

Impacto da Residência de Medicina da Família e Comunidade no Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência

Impact of the residence of family and community medicine in the care of victims of violence

Sávia Denise Silva Carlotto Herrera¹ Cristina Morais Machado² Neilton Araujo de Oliveira³, Marcos Gontijo da Silva⁴ Yuniel Martínez Hernández⁵ Florence Germaine Tible Lainscek⁶

RESUMO

Os programas de residência devem garantir meios de aprendizado e aplicabilidade no âmbito do SUS e promover melhorias da atenção integral, em especial a mulheres vítimas de violência. **Objetivo:** avaliar a qualidade dos serviços da AB no quesito violência contra a mulher no município de Gurupi-TO. Pesquisa do tipo transversal realizada de Dezembro/2017 a Março/2018 em 12 UBS da rede urbana. Os profissionais de saúde responderam ao questionário QualiAB, e foram extraídas as questões que tratam da avaliação da violência contra a mulher. Os dados das UBS com o programa foram comparados com as sem, por meio do teste de qui-quadrado, no programa EPI INFO 3.2.2. Responderam ao questionário 107 profissionais. No quesito "Diagnóstico e acompanhamento das situações de violência doméstica e sexual", não houve diferença entre os grupos, porém nos indicadores "estratégias utilizadas pela unidade para detecção" e "procedimentos realizados em caso de detecção da violência contra mulher" são melhores nas unidades com programa. Conclui-se que esta pesquisa evidenciou que o programa de residência enquanto política do SUS, contribui na melhora da qualidade do serviço de atendimento à violência contra a mulher de forma efetiva e resolutiva aos usuários do SUS.

Palavras chave: Residência da Família e Comunidade, Gestão em saúde, Violência contra mulher.

ABSTRACT

The residency programs should guarantee means of learning and applicability within the scope of the SUS and promote improvements in comprehensive care, especially for women victims of violence. **Objective:** to evaluate the quality of AB services in relation to violence against women in the municipality of Gurupi-TO. A cross-sectional survey was carried out from December 2017 to February 2018 in 12 UBS of the urban network. The health professionals answered the QualiAB questionnaire, and the questions dealing with the evaluation of violence against women were extracted. The data of the UBS with the program were compared with those without, by means of the chi-square test, in the program EPI INFO 3.2.2. 107 professionals answered the questionnaire. In the question "Diagnosis and monitoring of situations of domestic and sexual violence", there was no difference between the groups, but the indicators "strategies used by the unit for detection" and "procedures performed in case of detection of violence against women" are better in the units with program. It is concluded that this research showed that the residence program as a SUS policy contributes to improve the quality of the service to attend violence against women in an effective and resolute way to SUS users.

Keywords: Family and Community Residence, Health management, Violence against women.

¹Docente da Universidade de Gurupi/UnirG, Gurupi/TO. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT. E-mail: saviadenise@hotmail.com

²Médica Residente do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade de Gurupi/UnirG.

³Docente do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde/UFT, Palmas/TO. Doutor em Ensino de Biociências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ).

⁴Docente da Universidade Federal do Tocantins/UFT Gurupi-TO. Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás/UFG.

⁵Docente do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Regional de Gurupi/UnirG, Gurupi-TO.

⁶Docente da Universidade de Gurupi/UnirG, Gurupi/TO. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica (AB) é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada o pilar de estruturação do sistema nacional de saúde, que visa o atendimento prioritário, ampliação do acesso e avanço no processo de universalização dos serviços de saúde, melhorando a resolubilidade. Esta é a principal porta de entrada para mulheres vítimas de violência (WHO, 2008).

Em 2013 foi instituído a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) incentivando a expansão dos Programas de Residência Médica em Saúde de Família e Comunidade (PRMSFC) no Brasil. Estes foram formulados com o objetivo formar médicos qualificados na área clínica, com uma prática integradora, continuada, atuando em equipes multidisciplinares inseridas em regiões prioritárias, voltada à construção da cidadania, desenvolvendo suas ações em bases epidemiológicas. Os PRMSFC visam formar médicos com conhecimentos e habilidades em prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes, buscando altos índices de resolutividade dos problemas de saúde da população. Sua atitude deve ser integral, com enfoque na família e nos núcleos sociais que constituem a comunidade.

A rede de atenção Básica de Gurupi é constituída por uma rede de 13 (treze) unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), 12 (doze) delas estão localizadas na Zona urbana, abrangendo mais de 50.000 pessoas. As unidades básicas de saúde (UBS) estão instaladas de forma direta nas comunidades. Para a implantação do PRMSFC-Gurupi, foi promovida uma readequação das equipes técnicas e uma estruturação física dos ambientes das unidades básicas de saúde receptoras. Houve uma padronização da rotina de trabalho focada na aplicação das políticas públicas atuais de atenção básica com o propósito, além de formar médicos, melhorar a qualidade dos serviços de saúde das unidades de implantação.

A violência contra a mulher é um grave problema no Brasil e em especial no estado do Tocantins, as taxas de homicídio de mulheres apresentaram, entre os anos de 2006 e 2014 aumento expressivo bem como casos de estupro e violência doméstica (BRASILIA, 2016). Esta envolve “violência física” que compreende lesões e danos à integridade física das mulheres; “violência psicológica”, que inclui humilhações, isolamento, desrespeitos e intimidações; “violência patrimonial”, que se concretiza em roubo, retenção ou danos aos bens materiais, recursos e/ou documentos; “violência verbal”, caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias; e “violência sexual”, caracterizada por relações sexuais forçadas ou práticas sexuais não consentidas (GUIMARÃES et al., 2015).

Com base nessas manifestações, muitas mulheres aportam no SUS buscando cuidado e, por diferentes razões, frequentemente não relatam a causa de seus agravos. Nem sempre os/as profissionais de saúde relacionam as lesões observadas à violência doméstica. Em alguns casos, essas mulheres são denominadas pelos/as profissionais de saúde como “poliqueixosas”, dada a diversidade de sinais e sintomas físicos e psicológicos, muitas vezes difíceis de serem localizados, explicados, diagnosticados e tratados (SIGNORELLI et al., 2013).

São mais suscetíveis a uma série de agravos de saúde, como dores crônicas, problemas ginecológicos e psicológicos, num quadro descrito por McCauley como *Battering Syndrome* ou “*Síndrome da Mulher Espancada*” (MCCAULEY et al., 1995). A esse cenário somam-se as implicações familiares e relacionadas ao trabalho. Consequentemente, essas mulheres buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde (SIGNORELLI et al., 2013).

Dessa maneira, a atenção primária deve ser resolutive e eficaz nesse tipo de atendimento. Os profissionais do SUS devem ser capacitados a entender e compreender um pouco mais sobre as diferentes facetas desse complexo panorama. Esse pode ser um dos alicerces para a construção, proposição e implementação de políticas públicas e estratégias de minimização dessa problemática, pensando-se especialmente no âmbito da saúde coletiva (GUIMARÃES et al., 2015).

Assim, com base nessa conjuntura, caracterizada por mulheres que demandam cuidado em saúde e por profissionais de saúde que necessitam atender mulheres em situação de violência doméstica, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço executado nas UBS de Gurupi-TO, comparando a qualidade do serviço prestado nas UBS que possuem o referido programa com as que não possuem, por meio da ferramenta QualiAB.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa descritiva, transversal e retrospectiva foi realizada em 12 unidades básicas de saúde (UBS) da zona urbana do município de Gurupi-TO no período de dezembro de 2017 a março de 2018. O estudo foi realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa em seres humanos da Universidade de Gurupi/ UnirG sob o parecer n. 2.255.519/2017 e CAAE: 73302917.4.0000.5518.

Foram abordados diretamente na unidade em que são lotados, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde)

de 20 equipes de saúde da família, sendo que 10 equipes possuía o PRMSFC distribuídas em quatro UBS.

Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), 107 profissionais de saúde responderam ao questionário QualiAB 2016 validado por Castanheira et al., 2011, e reformulado em 2016, que é autoaplicável contendo 115 questões, onde foram extraídas para este estudo as questões 32, 49 e 50 que trata sobre o tema violência contra a mulher.

Os dados foram inseridos em planilha computadorizada do programa Excel 2016. Posteriormente foi aplicado o teste de qui-quadrado para comparar a qualidade dos serviços entre os grupos de UBS com e sem PRMSFC.

Foi usado heterogeneidade de 50%, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. O nível de significância de $p < 0,05$ ou 5%, através do programa EPI INFO 3.2.2.

Esta pesquisa recebeu apoio do Decit/SCTIE/MS, CNPq, SESAU/TO e FAPT por meio do edital PPSUS/TO 01/2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa abordou 107 profissionais de saúde, sendo 61 em UBS com PRMSFC e 46 sem PRMSFC, onde foram entrevistados médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes comunitários de saúde - ACS (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição do tipo de profissionais pesquisados nas UBS estudadas.

Categoria Profissional	UBS CRM*		UBS SEM**		n. total por categoria	% total por categoria
	n.	%	n.	%		
Médico	6	9.85%	7	15.22%	13	12.15%
Enfermeiro	7	11.47%	8	17.39%	15	14.02%
Técnico de Enfermagem	3	4.91%	6	13.04%	9	8.41%
ACS	45	73.77%	25	54.35%	70	65,42%
	61		46		107	100%

*Unidade Básica de Saúde com Residência Médica. **Unidade Básica de Saúde sem Residência Médica

No presente estudo 65,42% dos profissionais que preencheram o questionário foram agentes comunitários de saúde (ACS). Fica evidente uma maior participação de ACS em virtude de possuir maior número deste profissional nas unidades, pois segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista

em saúde da família, técnico de enfermagem ou auxiliar e agentes comunitários de saúde (ACS), este último não deve ultrapassar em 12 profissionais e deverão cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente (BRASIL, 2017).

Deve-se destacar que, enquanto contingente de força de trabalho o ACS representa uma cifra importante no cenário dos trabalhadores da saúde (HILDEBRAND, SHIMIZU; 2008). O fato de ACS não receberem uma formação específica em saúde torna suas subjetividades, de certa forma, não tão agenciadas por elementos da biomedicina, como outras/os profissionais (HESLER; 2013).

Outro ponto a se considerar é o desconhecimento de protocolos para o registro das situações de violência, bem como a ausência de parâmetros comuns a todos os profissionais de saúde, o que relega o registro à subjetividade de cada profissional. Um sistema de informação que apresente os indicadores de violência e que seja padronizado poderia facilitar o registro da violência e até estimulá-lo (BORBUREMA; 2017).

A questão 32 do questionário QualiAB trata de 10 itens sobre ações regularmente desenvolvidas na UBS voltadas à saúde da mulher, porém somente o item 6 (seis) trata especificamente sobre violência sobre as mulheres que é “Diagnóstico e acompanhamento das situações de violência doméstica e sexual”, nesse quesito na percepção dos entrevistados observou-se que não houve diferença significativa no atendimento nas unidades com e sem PRMSFC (Tabela 2).

Tabela 2: Percepção dos profissionais de saúde sobre as ações regularmente desenvolvidas na UBS voltadas à saúde da mulher em UBS com e sem PRMSFC em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2018.

Item		UBS CRM		UBS SEM		χ^2	P
		n.	%	n.	%		
Diagnóstico e acompanhamento das situações de violência doméstica e sexual	Sim	26	60.47%	26	44.07%	2.676	0.1018
	Não	17	39.53%	33	55.93%		

A ESF constitui-se em um espaço privilegiado do SUS para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de pessoas em situação de violência (HOLANDA et al 2013). Em uma pesquisa realizada em Florianópolis-SC foram pesquisados 878 prontuários de mulheres acima de 18 anos expostas a violência em áreas de vulnerabilidade social. Dos casos relatados, 58% foram registrados por médicos (médicos da APS, psiquiatra e homeopata), 24% por enfermeiros, 6,9% por psicólogos, 3,4% por agente comunitário de saúde, 3,4% por assistente social e 3,4% por fonoaudiólogo. A maior parte dos relatos ocorreram na APS (75,86%), 14% em Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), 7% em Centro de Atenção especializada (Policlínica) e 3,4% foi relatado durante um atendimento em visita domiciliar (BORBUREMA et al, 2017).

A importância da atenção primária na abordagem integral da problemática de violência é visualizada tanto por profissionais das UBS com residência médica quanto pelos profissionais das UBS sem residência médica. Ambos reconhecem que o diagnóstico e acompanhamento das situações de violência doméstica e sexual é uma das ações regularmente desenvolvidas na atenção básica.

A questão 49 do questionário QualiAB trata de 8 (oito) itens sobre as estratégias utilizadas pela UBS para detecção da violência contra a mulher, porém foram analisados os itens de 1 (um) a 5 (cinco) visto que tratam de forma de atendimento. Nesses quesitos na percepção dos profissionais foi que os quatro primeiros itens são melhores nas unidades com PRMSFC com a exceção do item 5 onde não foi visualizado diferença entre as unidades com e sem PRMSFC (Tabela 3).

Tabela 3: Percepção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da violência contra a mulher em UBS com e sem PRMSFC em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2018.

Item		UBS CRM*		UBS SEM**		χ^2	p
		n.	%	n.	%		
1. Protocolo de atendimento	Sim	28	60.87%	25	40.98%	4.148	0.0416
	Não	18	39.13%	36	59.02%		
2. Identificação de sintomas/ queixas físicas, psicológicas	Sim	34	73.91%	32	52.46%	5.1069	0.0238
	Não	12	26.09%	29	47.54%		
3. Livre declaração da mulher	Sim	34	73.91%	28	45.90%	8.4438	0.0036
	Não	12	26.09%	33	54.10%		
4. Discussão de caso em equipe	Sim	33	71.74%	24	39.34%	11.055	0.0008
	Não	13	28.26%	37	60.66%		
5. Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos	Sim	28	60.87%	29	47.54%	1.8715	0.1713
	Não	18	39.13%	32	52.46%		

*Unidade Básica de Saúde com Residência Médica. **Unidade Básica de Saúde sem Residência Médica

Em se tratando de protocolos de atendimento aos casos de violência contra a mulher, houve maior percepção sobre a existência nas UBS com PRMSFC (60.87%). Apesar das singularidades presentes nos diferentes serviços de saúde, torna-se necessário qualificar o cuidado integral às mulheres em situação de violência sexual a partir da construção de protocolos compartilhados dirigidos à garantia de direitos no campo da saúde sexual e reprodutiva (VIEIRA et al; 2016). A adoção de protocolos permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente diante dos casos de violência (HASSE, VIEIRA, 2014; BRASIL, 2012).

Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência é necessário que os profissionais da atenção básica estejam atentos a mulheres “poliqueixosas” ou com “queixas difusas”, que são atreladas a exames inconclusivos, devendo sempre atentar para possível situação de violência. (BRASIL, 2016; SIGNORELLI et al, 2013). A necessidade de identificar sintomas/ queixas físicas e psicológicas foi reconhecida como estratégia para detecção de violência contra a mulher por 73.91% dos profissionais de UBS com residência médica, notando a preocupação dessas unidades com o rastreio dos casos de violência.

Dentro dessa temática o profissional deve estar sensível à dificuldade da mulher conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as expressões da mulher. Também deve atentar ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica, respeitando seu tempo para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construir conjuntamente seu plano de cuidados, caso ela queira (BRASIL, 2016).

A livre declaração da mulher foi considerada uma estratégia utilizada por 73.91% dos profissionais das UBS com residência médica para detecção de casos de violência contra a mulher, contra 45.90% das UBS sem residência médica.

Cada profissional possui papel fundamental no fluxo de atendimento à mulher, que perpassa o acolhimento grupal, individual e as orientações jurídicas. Para atenção de qualidade, destaca-se a atuação da equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, visando ao resgate à autoestima e fortalecimento da vítima (COSTA et al, 2013). A concepção dos profissionais sobre a autonomia e participação do usuário no cuidado é um assunto que merece novos estudos e pode contribuir para o avanço da desejada atenção integral e centrada no usuário (MOREIRA et al, 2014). Maior visibilidade foi dada a discussão de caso em equipe nas UBS com residência médica (71.74%) comparada com as UBS sem residência médica.

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização e a capacitação de todos os colaboradores do serviço de saúde. A realização de oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais são importantes para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas (BRASIL, 2012). A percepção dos profissionais de que a sensibilização e capacitação da equipe para

identificação de casos de violência não apresentou diferença entre unidades básicas de saúde com e sem residência médica.

As estratégias utilizadas dentro deste Programa de Residência em Gurupi-TO, em especial a educação em saúde, por meio de palestras e atividades com o público específico, e também pelo envolvimento da equipe, através de reuniões semanais com discussão de casos, auxiliaram para uma maior percepção entre esses profissionais.

A questão 50 do questionário QualiAB trata de 12 (doze) itens sobre os procedimentos realizados em caso de detecção da violência contra mulher, porém foram excluídos os itens 9 (nove) e 10 (dez) visto que não foram percebidos pelos voluntários.

Nos itens avaliados a percepção dos entrevistados foi que todos são melhores nas unidades com PRMSFC implantado (Tabela 4).

Tabela 4: Percepção dos profissionais de saúde sobre os procedimentos realizados em caso de detecção da violência contra mulher em UBS com e sem PRMSFC em Gurupi, Tocantins, Brasil, 2018.

Item		UBS CRM*		UBS SEM**		X ²	P
		n.	%	n.	%		
1. Denúncia ao CRAS e/ou CREAS***	Sim	37	100%	18	29.51%	13.375	0.0002
	Não	0	0.00%	43	70.49%		
2. Denúncia à autoridade policial	Sim	37	100%	12	19.67%	8.294	0.0039
	Não	0	0.00%	49	80.33%		
3. Notificação compulsória	Sim	37	100%	23	37.70%	18.229	0.0000
	Não	0	0.00%	38	62.30%		
4. Acompanhamento multiprofissional da unidade	Sim	40	86.96%	20	32.79%	5.557	0.0184
	Não	6	13.04%	41	67.21%		
5. Acompanhamento em grupo	Sim	43	93.48%	0	0.00%	4.093	0.0430
	Não	3	6.52%	61	100.00%		
6. Acompanhamento individual conforme protocolo	Sim	33	71.74%	19	31.15%	17.297	0.0000
	Não	13	28.26%	42	68.85%		
7. Encaminhamento para serviço de referência	Sim	29	63.04%	25	41.67%	4.761	0.0291
	Não	17	36.96%	35	58.33%		
8. Denúncia ao DISQUE 180	Sim	46	100%	22	36.07%	20.884	0.0000
	Não	0	0.0%	39	63.93%		
11. Não temos esse tipo de demanda	Sim	15	32.61%	1	1.64%	54.085	0.0000
	Não	31	67.39%	60	98.36%		
12. Não atende a essa demanda específica	Sim	0	0.00%	4	7.55%	3.617	0.0571
	Não	46	100.0%	49	92.45%		

*Unidade Básica de Saúde com Residência Médica. **Unidade Básica de Saúde sem Residência Médica. ***Centro de Referência de Assistência Social/ Centro de Referência Especializada de Assistência Social.

Os profissionais precisam conhecer a rede intrasetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado das mulheres vítimas de violência para outros serviços e unidades das redes: Serviços da Atenção Básica - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Ambulatórios Especializados, Policlínicas, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais,

Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), Casa da Mulher Brasileira, entre outros (BRASIL 2012; 2014).

Nota-se que 100% dos profissionais nas UBS com residência médica responderam que há denúncia para o CRAS e CREAS, enquanto apenas 29.51% dos profissionais das UBS sem residência médica seguem esse fluxo. Este dado denota a qualidade do atendimento oferecido as mulheres vitimadas, visto que um sistema eficaz de referência e contra-referência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando-os através de informações sobre as necessidades e demandas do caso (BRASIL, 2012).

É papel da atenção básica orientar as mulheres sobre a importância de registrar a ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo (BRASIL, 2016). Deve-se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes, Delegacia de Polícia ou Delegacia de Proteção à Mulher, responsáveis pela requisição de perícia pelo Instituto Médico Legal (BRASIL, 2012), neste estudo referiram denúncia à autoridade policial em casos de violência a mulher nas UBS com residência médica 100% dos profissionais, onde vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência (BRASIL, 2016).

Apesar da existência da Lei nº 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória em território nacional dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2013), a subnotificação ainda é uma realidade (SOUSA et al, 2015). Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (SALIBA et al, 2007). Neste contexto, a concepção dos profissionais das UBS que possuem residência médica vai de encontro às recomendações do Ministério da Saúde e da Lei que recomendam notificação compulsória a todos os casos de violência contra a mulher.

As unidades de saúde e outros serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na saúde e serviços de assistência social. (BRASIL, 2016; LUCENA et al., 2012; KIND et al, 2013). Tal recomendação é também prevista na Lei nº 11.340/06, Lei Maria da Penha, que oferece à mulher vítima de violência todo o apoio institucional de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais especializados das áreas da Saúde,

psicossocial e jurídica. Nas unidades de saúde com residência médica 86.96% dos profissionais referiram o acompanhamento multiprofissional na UBS, reforçando o papel de coordenação do cuidado atribuída à atenção básica.

O acompanhamento em grupo é outra ferramenta utilizada na atenção integral a vítima de violência. 93.48% dos profissionais relataram a existência de grupos nas UBS com residência médica. Ramos e Oltramari (2010) promoveram uma atividade reflexiva de grupo com mulheres que sofreram violência doméstica, a qual proporcionou a aprendizagem de novas formas de agir e pensar por meio da interação entre suas participantes. As reflexões do grupo também proporcionaram a formação de agentes multiplicadores de conscientização para a diminuição da violência, sendo que esta rede de multiplicadores foi percebida quando as participantes disseram que recomendavam o grupo e discutiam com outras mulheres em situação de violência.

É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situações de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade e sua integridade moral e psicológica, tanto no espaço da instituição quanto no espaço público (por exemplo: junto à mídia, à comunidade, etc) (BRASIL, 2012). O acompanhamento individual conforme protocolo é citado por 71.74% dos profissionais das UBS com residência médica, evidenciando a superioridade do programa comparado com as unidades sem residência médica.

Os fluxos de atendimentos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar. O encaminhamento para serviços de referência foi relatado por 63.04% dos profissionais de UBS com residência médica. As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção, devendo incluir a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico (BRASIL, 2012).

O disque 180 é um serviço de atendimento telefônico gratuito que escuta, acolhe e orienta as mulheres em situação de violência durante 24 horas/dia, sete dias por semana, incluindo finais de semana e feriados (BRASIL, 2016). Segundo dados do site Governo do Brasil, o serviço telefônico de assistência à mulher vítima de violência recebeu 72.839 queixas apenas no primeiro semestre deste ano. A violência física foi o crime mais registrado no primeiro semestre deste ano, com 34 mil casos, seguida da violência psicológica, com 24.378, e da violência sexual, correspondendo a 5.978 casos. Visualiza-se o desconhecimento de 63.93% dos funcionários das UBS sem residência médica sobre

esse importante artifício de denúncia, denotando a superioridade das UBS com residência médica (100%) no conhecimento e utilização de recursos disponíveis.

Em uma pesquisa realizada na atenção secundária e terciária, da rede municipal de saúde de Fortaleza e do Rio de Janeiro, observou-se a fragilidade da qualificação profissional para esse tipo de atuação, decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação das profissões de saúde, agravada pela falta de treinamento no contexto dos serviços; o que contribui para a invisibilidade da demanda e para uma assistência nem sempre adequada (VIEIRA et al, 2016). A invisibilidade dos casos de violência contra a mulher também está presente neste estudo, sobretudo nas UBS sem residência médica, onde 98.36% dos profissionais relataram não ter esse tipo de demanda e 92.45% relataram não atender a essa demanda específica.

Neste estudo, durante o período da coleta, houveram servidores em algumas UBS em que estavam de férias, não aceitaram participar da pesquisa e ainda, uma unidade sem servidor médico. Foi a primeira avaliação externa dos servidores da saúde, quanto a qualidade dos serviços prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em especial no atendimento à mulheres vítimas de violência sexual.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as unidades com PRMSFC implantado são significativamente melhores em dois dos três quesitos pesquisados, “estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da violência contra a mulher” e “procedimentos realizados em caso de detecção da violência contra mulher”. Isso mostra a necessidade de capacitação constante das equipes de saúde municipal em especial as sem residência médica, e evidencia que o PRMSFC enquanto política do SUS, contribui sobremaneira e melhoram a qualidade do serviço de atendimento à violência contra a mulher. Desta forma, abre discussão e frente a novos estudos quanto a avaliação de usuários vítima de violência e a aplicação de novas estratégias a serem utilizadas na melhoria da percepção do profissional em relação a este tema.

REFERÊNCIAS

BORBUREMA T.L.R. 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*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, 2017.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em 28/10/18.

_____. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. *Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento*. Brasília, 2014.

_____. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. 124 p.

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

SENADO FEDERAL. Instituto de Pesquisa DataSenado. Secretaria de transparência. *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais*. Observatório da Mulher contra a Violência. n.1. Senado Federal: Brasília, 2016. 39 p. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR.pdf>>. Acesso em 28/10/18.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935–947, 2011.

COSTA, D. A. C. et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 302-9, jun. 2013.

GOVERNO DO BRASIL. Ligue 180 recebeu mais de 72 mil denúncias de violência contra mulheres no primeiro semestre. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/noticias/cidadania->

e-inclusao/2018/08/ligue-180-recebeu-mais-de-72-mil-denuncias-de-violencia-contramulheres-no-primeiro-semester>. Acesso em 27/10/2018.

GUIMARÃES, M. C. et al. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 256–66, 2015.

HASSE, M.; VIEIRA, E.M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.482-93, jul./set., 2014.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 180-6, Mar. 2013.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 3, p. 319-24, June 2008.

HOLANDA, V. R.; HOLANDA, E. R.; SOUZA, M. A. 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.209-17, 2013.

KIND, L. et al . Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1805-15, Sept. 2013.

LUCENA, K. D. T. et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1111-21, 2012.

MCCAULEY, J. et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, v. 123, p. 737–46, 1995.

MOREIRA, T. N. F. et al . A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-27, Set. 2014.

RAMOS, M. E.; OLTRAMARI, L. C. Atividade reflexiva com mulheres que sofreram violência doméstica. *Psicologia: Ciência e profissão*, Brasília, v. 30, n. 2, p. 418-27, jun. 2010.

SALIBA, O. et al . Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-7, Jun., 2007.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 6, p. 1230–40, 2013.

SOUSA, M. H. de et al . Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 94-107, Mar. 2015.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 12. p. 3957-3965, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The world health report 2008: primary health care : now more than ever*. World Health Organization, 2008.