

Representações Sociais dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as práticas de cuidado nas situações de violência doméstica contra a mulher

Social Representations of Primary Health Care professionals about care practices in situations of domestic violence against women

Representaciones Sociales de profesionales de Atención Primaria de Salud sobre prácticas de atención en situaciones de violencia doméstica contra la mujer

Recebido: 14/07/2020 | Revisado: 04/08/2020 | Aceito: 07/08/2020 | Publicado: 14/08/2020

Gilberto Alves Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7032-7354>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil

E-mail: gilbertoalvesdias2015@gmail.com

Juliana Costa Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2258-0718>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil

E-mail: juliana.costa@uesb.edu.br

Aline Vieira Simões

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5465-4980>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil

E-mail: line.vieira@hotmail.com

Benedito Fernandes da Silva Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2464-9958>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil

Email: ditofilho13@gmail.com

Vanda Palmarella Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5689-5910>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

Resumo:

Objetivo: buscou-se apreender as representações sociais das equipes da Atenção Primária à Saúde sobre as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica. Método:

Pesquisa qualitativa baseada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada aplicada a 24 profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família de um município do interior da Bahia. Para análise dos dados, utilizou-se o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* sob a perspectiva da Análise Fatorial por Correspondência e técnica de análise de conteúdo temática para contextualização dos resultados. Resultados: emergiram práticas de cuidado relacionadas à escuta, encorajamento, empoderamento e denúncia dos casos. Evidenciou-se ainda, o medo dos profissionais frente às possíveis represálias causadas pelos agressores e a falta de comunicação entre os setores da rede de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher. O apoio de familiares, vizinhos, profissionais de saúde e setores públicos é apontado como importante prática de cuidado para que as mulheres saiam das situações de violência. Conclusão: urge a necessidade de rever o processo de formação profissional, fomentar capacitação e proteção dos profissionais de saúde para o melhor desenvolvimento das práticas de cuidado à mulher em situação de violência doméstica.

Palavras-chave: Violência doméstica; Saúde da mulher; Estratégia saúde da família; Prática profissional; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: we sought to apprehend the social representations of the Primary Health Care teams about the care practices for women in situations of domestic violence. Method: qualitative research based on the Theory of Social Representations. The data were collected through semi-structured interviews applied to 24 professionals of Primary Health Care who work in the Family Health Strategy of a city in the interior of Bahia. For data analysis, the software *Interface de R pour les Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* was used from the perspective of Factor Analysis by Correspondence and thematic content analysis technique to contextualize the results. Results: care practices emerged related to listening, encouraging, empowering and reporting cases. It was also evident, the professionals' fear of possible reprisals caused by the aggressors and the lack of communication between the sectors of the network to confront domestic violence against women. The support of family members, neighbors, health professionals and public sectors is pointed out as an important care practice for women to get out of situations of violence. Conclusion: there is an urgent need to review the professional training process, promote the training and protection of health

professionals for the best development of care practices for women in situations of domestic violence.

Keywords: Domestic violence; Women's health; Family health strategy; Professional practice; Primary Health Care.

Resumen:

Objetivo: intentamos aprehender las representaciones sociales de los equipos de Atención Primaria de Salud sobre las prácticas de atención para mujeres en situaciones de violencia doméstica. Método: investigación cualitativa basada en la teoría de las representaciones sociales. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas a 24 profesionales de Atención Primaria de Salud que trabajan en la Estrategia de Salud Familiar de una ciudad en el interior de Bahía. Para el análisis de datos, se utilizó el software Interface de R pour les Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires desde la perspectiva de Factor Analysis by Correspondence y la técnica de análisis de contenido temático para contextualizar los resultados. Resultados: surgieron prácticas de atención relacionadas con la escucha, el estímulo, el empoderamiento y la notificación de casos. También fue evidente el temor de los profesionales a las posibles represalias causadas por los agresores y la falta de comunicación entre los sectores de la red para enfrentar la violencia doméstica contra las mujeres. El apoyo de miembros de la familia, vecinos, profesionales de la salud y sectores públicos se señala como una práctica de atención importante para que las mujeres salgan de situaciones de violencia. Conclusión: existe una necesidad urgente de revisar el proceso de capacitación profesional, promover la capacitación y protección de los profesionales de la salud para el mejor desarrollo de prácticas de atención para mujeres en situaciones de violencia doméstica.

Palabras clave: Violencia doméstica; La salud de la mujer; Estrategia de salud familiar; Práctica profesional; Primeros auxilios.

1. Introdução

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) consiste em uma problemática de grande magnitude que ocasiona demandas tanto dos setores governamentais quanto da comunidade científica. Apesar de não se tratar de um objeto de pesquisa recente, destaca-se o aumento no número de estudos nos últimos anos. Assim, consiste em uma temática ligada às questões sociológicas, históricas e culturais que permeiam crenças, tradições e demais

valores. Nesse sentido, a VDCM pode se manifestar de maneira física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018; Brasil, 2006).

As situações de violência podem ser causadas tanto por pessoas ligadas por laços consanguíneos, como pais, irmãos e filhos, ou também pessoas unidas de forma civil, como nos casos de companheiros, esposas e namorados (Brasil, 2018).

Em uma análise envolvendo 83 países, observa-se em uma taxa padronizada para cada 100 mil mulheres, que o Brasil é o 5º país com o maior número de feminicídios no mundo (4,8). El Salvador (8,9), Colômbia (6,3), Guatemala (6,2) e a Federação Russa (5,3) são os países que antecedem o Brasil neste *ranking*. Aproximadamente 13 mulheres morrem por dia em decorrência do feminicídio no Brasil (Waiselfisz, 2015; Cerqueira, Lima, Bueno, Neme, Ferreira, & Alves, 2019).

Ainda de acordo com os dados epidemiológicos, a maioria dos agressores são esposos, namorados e até mesmo ex-companheiros, correspondendo a 58% dos casos de violência. Já os pais, avôs, tios e padrastos correspondem a 42% dos casos. As mulheres com idades entre 18 e 59 anos representam o maior grupo de mulheres em situação de violência, correspondendo a 83,7% dos casos. Por sua vez, 1,4% possuem menos de 18 anos e 15% mais de 60 (Brasil, 2018).

Ressalta-se que não apenas os fatores biológicos estão em torno das situações de violência, mas condições sociais, econômicas, culturais, psicológicas, dentre outras. Os estudos de gênero buscam problematizar questões antes vistas somente pelo olhar biológico, no intuito de transformar o modelo de saúde restritamente biomédico para considerar os aspectos biopsicossociais (Santos, Leite, Amorim, Maciel, & Gigante, 2020).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como componente da Atenção Primária à Saúde (APS) consiste em uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para as mulheres em situação de violência. Nesse sentido, compreendendo que a ESF vislumbra tanto uma assistência curativa quanto de prevenção e promoção à saúde, estudar os fenômenos da VDCM, é de grande relevância para a capacitação dos profissionais de saúde desse nível de atenção (Oliveira, Pereira, Schraiber, Graglia, Aguiar, Sousa, & Bonin, 2020).

Dessa forma, este estudo teve como questão de pesquisa: quais as representações sociais das equipes da ESF sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nas situações de VDCM? O aporte teórico deste trabalho baseou-se na Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta pelo psicólogo romeno Serge Moscovici, o qual define a TRS como um

conjunto de conceitos, opiniões e explicações que estão ligadas às vivências culturais que se manifestam por meio de questões ligadas ao senso comum (Moscovici, 1981).

Assim, tendo em vista as questões supracitadas, este trabalho teve como objetivo apreender as representações sociais das equipes da Atenção Primária à Saúde sobre as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica.

2. Metodologia

Pesquisa descritiva, de natureza qualitativa, fundamentada na TRS, realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana de um município do interior baiano. Participaram da amostra 24 profissionais da APS que atuam na ESF sendo, quatro enfermeiras, três técnicas em enfermagem, uma auxiliar em enfermagem, 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião-dentista e duas auxiliares de saúde bucal (ASB). Os profissionais médicos não demonstraram disponibilidade para participarem da pesquisa.

Para a escolha dos profissionais de saúde estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde da ESF e ter atuação mínima de seis meses na USF. Como critério de exclusão, definiu-se: estar afastado do serviço por férias ou licença de qualquer natureza.

Foram utilizados os seguintes critérios de seleção das USF: unidades nas quais funcionam duas equipes ou equipe única da ESF, localizada em zona urbana, sendo a unidade composta por equipe mínima completa, como exigem os protocolos do Ministério da Saúde. Cinco unidades contemplaram os critérios supracitados e foram selecionadas, sendo uma equipe única e quatro equipes duplas. Como critérios de exclusão das USF destacam-se: unidades que apresentavam mais de duas equipes atuando na mesma estrutura física; unidades de saúde que estivessem em reforma.

Foi estabelecido contato com a coordenação de cada USF para agendamento dos encontros com os profissionais das equipes de ESF. Apresentou-se a pesquisa aos profissionais de saúde e àqueles que aceitavam participar foram solicitados à leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados entre o período de agosto de 2016 a abril de 2017, sendo utilizada a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em local privativo das USF, de forma individualizada, utilizando um gravador. Cada entrevista teve duração média de 40 minutos. A entrevista semiestruturada continha pontos para a caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde e questões disparadoras relacionadas às práticas

de cuidado desenvolvidas às mulheres em situação de violência pelas equipes da ESF, as facilidades e as dificuldades encontradas para o enfrentamento dos casos.

As entrevistas foram transcritas literalmente para submissão à técnica de Análise Fatorial de Correspondência (AFC) do *software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Neste sentido, a AFC realiza cálculos pelo teste qui-quadrado que buscam cruzar ocorrências lexicais com o intuito de apresentar no plano cartesiano as relações de aproximações ou distanciamento entre diferentes grupos de pertença. Dessa forma, tal análise permite a comparação de opiniões sobre um mesmo fato em diferentes grupos (Santos, Leite, Amorim, Maciel, & Gigante, 2020).

Para análise dos dados no *software Iramuteq* as falas dos profissionais de saúde foram agrupadas de acordo às categorias profissionais de cada um. Dessa forma, emergiram-se as seguintes categorias no banco de dados: categoria 1: Agente Comunitário de Saúde (ACS); categoria 2: enfermeiras; categoria 3: auxiliares em saúde bucal; categoria 4: técnicas e auxiliares de enfermagem e categoria 5: cirurgião-dentista.

Procedeu-se ao agrupamento das categorias profissionais - técnica e auxiliar de enfermagem - considerando a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, a qual aponta para a similaridade na função de ambas as categorias (Brasil, 2017).

Ademais, para a contextualização das ocorrências lexicais obtidas por meio da AFC, apresentaram-se trechos das entrevistas, os quais foram submetidos à análise de conteúdo modalidade temática. Assim, foram realizadas as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Este estudo contou com um total de 24 entrevistas, pois em decorrência do processo de saturação teórica, o qual ocorre quando novos temas ligados ao objeto de pesquisa não emergem frente às respostas dos entrevistados, notou-se que não era necessário realizar mais entrevista, uma vez que, as informações prestadas pelos participantes passaram a se repetir (Nascimento, Souza, Oliveira, Moraes, Aguiar, & Silva, 2018)

Para preservação dos nomes dos entrevistados, os mesmos foram codificados de acordo à categoria profissional, seguida da letra E de entrevistado e um algarismo arábico correspondente à ordem crescente de realização das entrevistas, para que no momento da elaboração do banco de dados os preceitos éticos fossem garantidos.

Trata-se de um recorte do projeto de pesquisa: “Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes de saúde da família”. Dessa forma, cumprindo todas as demandas solicitadas pela Resolução 466 de 2012 (Brasil, 2012), e sendo submetido ao

comitê de ética em Pesquisa sob CAAE: 49736915.3.0000.0055. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o parecer nº 1.304.618/2015.

3. Resultados

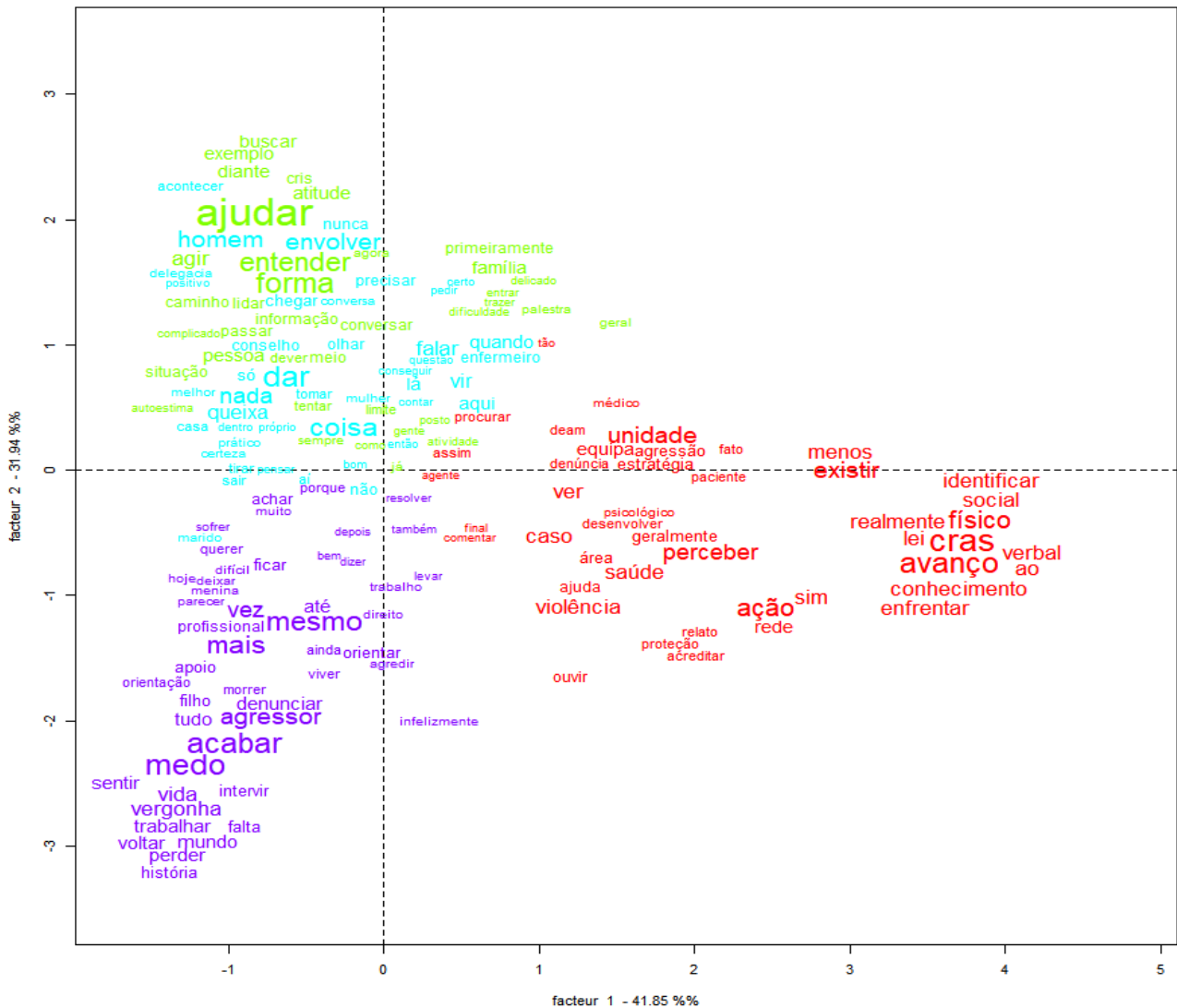
Os dados sociodemográficos dos participantes foram divididos de acordo às categorias profissionais para melhor caracterização.

Dos 13 ACS, 85% eram do sexo feminino e 15% do sexo masculino, 38% tinham ensino superior completo, 23% ensino superior incompleto e 38% ensino médio completo. As idades variaram entre 61 a 34 anos; já o tempo de atuação profissional entre oito a 21 anos. Das quatro enfermeiras, todas eram do sexo feminino e tinham cursado pós-graduação, as idades variaram entre 29 a 40 anos. Já o tempo de atuação profissional variou entre nove meses a 10 anos.

Entre as quatro técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, todas eram do sexo feminino e 25% tinham ensino superior incompleto. As idades variaram entre 38 a 47 anos e o tempo de atuação entre 13 a 25 anos. As duas ASB eram do sexo feminino, uma com 37 anos, pós-graduação e 10 anos de atuação. Já a outra tinha 45 anos, ensino médio completo e 20 anos de atuação. O cirurgião-dentista era do sexo masculino, 37 anos, pós-graduado com 11 anos de profissão.

Após a submissão do banco de dados ao *software Iramuteq*, obteve-se o plano cartesiano por meio da AFC. O plano cartesiano vislumbra as palavras emergidas pelos participantes da pesquisa. Por sua vez, neste estudo, foram estabelecidas na análise do *software Iramuteq* palavras com frequência mínima igual a 10. Dessa forma, apresenta-se o seguinte plano cartesiano:

Figura 1: Plano cartesiano gerado por meio das entrevistas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.



Fonte: Autores (2020).

No primeiro quadrante, localizado na região superior esquerda do plano cartesiano, destacam-se as palavras: *ajudar*, *entender*, *envolver*, *agir*, *queixa* e *atitude*. Ainda, neste quadrante surgem, com menos destaque, porém apresentando ligação com as práticas de cuidado, os termos: *conversa*, *delegacia* e *conselho*. Tais evocações vislumbram questões ligadas às atitudes dos profissionais frente aos casos de VDCM como também o encaminhamento dos mesmos para outros locais.

Nesse sentido, caracterizando o primeiro quadrante destacam-se algumas falas:

[...] *tentando ajudar a pessoa, levantar a autoestima, dentro da nossa estratégia, agora se fugir do controle, e a gente ver que é algo que a gente já tentou e não*

conseguiu fazer nada, aí essa pessoa vai ser orientada também a procurar outros caminhos (ACS, E16).

[...] ele já não é um sexo saudável, então a gente tenta falar isso pra essa mulher, tenta fazer ela entender que ela não tem que falar assim, não pra mim basta, ela tem que se posicionar diante dele [...] (ACS, E2).

[...] a gente orienta ela a procurar dar queixa e ela não quer, aí a gente não pode tomar providências pelo outro, então fica parecendo que a gente lava as mãos [...] (Enfermeira, E5).

Já no segundo quadrante, localizado na região superior direita, destaca-se a palavra *unidade*. Por sua vez, *unidade* refere-se à USF, a qual se designa como um local muito procurado pelas mulheres, sendo um dos principais locais das práticas de cuidado. Emergem também deste quadrante os termos *denúncia*, *palestra* e *estratégia*, os quais aparecem com menos destaque, porém contemplam práticas de cuidado às mulheres em situação de violência. Dessa forma, contextualizando as palavras, apresentam-se os trechos de falas:

[...] aqui na Unidade, a gente não tem nenhuma proteção, mas geralmente eu faço assim, eu encaminho, e quando possível fazer anonimamente eu faço (Enfermeira, E20).

A gente tem a questão dos agentes (ACS), das visitas que eles fazem ações deles, quando tem alguma situação a gente faz as orientações aqui na Unidade também [...] (Enfermeira, E5).

Assim, aqui na nossa unidade a gente desenvolve palestras, palestras na sala de espera, a gente traz ali na sala de reunião e conversamos, colocamos vídeos pra elas, falamos sobre a violência, como é, se tem alguma dúvida, pra elas responderem, e se em caso de violência verbal ou física que elas podem procurar denunciar e ficar atentas com essas coisas, alerta (ACS, E24).

No terceiro quadrante, localizado na região inferior direita, emergem com maior destaque as palavras: *CRAS* (Centro de Referência de Assistência Social), *avanço*, *perceber* e

ação. Como termos em menor destaque, surgem: *identificar, enfrentar, conhecimento, proteção, resolver, ouvir, acreditar, comentar e ajuda*. Caracterizando as palavras, apresentam-se as falas:

[...] tem o CRAS, que a gente não sabe dizer se é especificamente se eles resolvem isso lá, mas o ponto mais próximo que a gente conhece aqui, pelo menos que eu conheço, é o CRAS, a gente orienta e eles procuram pra lá o pessoal e vê pra onde vai encaminhar esse pessoal [...] (Técnica em Enfermagem, E18).

Os avanços [...] é essa questão de intersetorialidade, a gente pode tá contando com outros setores, pra tá ajudando, a assistente social, no CRAS a gente tem psicólogo [...] (Enfermeira, E22).

Assim, se chegar aqui no consultório a primeira coisa é tentar identificar se realmente é, aí a gente leva para a coordenação e da coordenação vai tomar as providências, ou chama ela pra conversar de uma forma mais delicada [...] (Cirurgião-Dentista, E11).

No quarto quadrante, localizado na região inferior esquerda, destacam-se entre as palavras relacionadas às práticas de cuidados: *acabar e denunciar*. Ademais, contemplam também este quadrante, em uma posição de menor destaque, as palavras: *orientação, apoio e intervir*. Os seguintes discursos contextualizam o quadrante:

A gente tem na sala de espera, que às vezes quando é feita, aborda vários tipos de temas, e já teve temas abordando a questão da violência, e a gente tá sempre atento a orientar a mulher, que a violência não é apenas ser agredida e mostrar a elas que elas têm que ter a autonomia de denunciar (ACS, E23).

Eu acho assim que deveriam tá tendo um apoio por trás, não sei se da secretaria ou da segurança pública, mas deveria tá junto com o PSF [Programa Saúde da Família], porque sempre vem tratar aqui no posto de saúde, e deveria ter um apoio, uma assistente social, uma pessoa entrevistando, pra tá averiguando esses casos e ver realmente se ouve ou não à violência (Cirurgião-Dentista, E11).

Infelizmente no nosso município não oferece muita coisa, então a primeira coisa que a gente faz é a orientação, o que ela deve fazer, a gente vai até onde elas permitem? Se elas pedirem ajuda, a gente orienta o que ela deve fazer [...] (ACS, E12).

4. Discussão

A construção social estabelecida ao mundo do ser mulher está alicerçada em atividades ligadas ao casamento, aos cuidados domésticos, dos filhos e do marido. Assim, a violência contra as mulheres, muitas vezes, acentua-se em virtude da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela necessidade de manter-se presa ao lar por conta das atividades domésticas, seja pela recusa de seus companheiros em permitir que as mesmas frequentem locais como a ESF (Azevedo, 2019).

Nesse sentido, as vivências estabelecidas pelas construções sociais fomentam uma série de opiniões, pensamentos e ideologias sobre fatores psicológicos, antropológicos, sociais, culturais e religiosos entre as pessoas. Surgem dessas questões representações sociais que podem direcionar diversas tomadas de decisão, dentre elas as práticas de cuidado dos profissionais de saúde da ESF nas situações de violência doméstica contra as mulheres (Moscovici, 1981).

As ocorrências lexicais *ajudar, entender, envolver, agir, queixa, atitude, conversa, delegacia e conselho* destacadas no primeiro quadrante da AFC vislumbram o engajamento da equipe de saúde em apoiar as mulheres em situação de violência. Somado a isso, a análise de conteúdo permite, mediante às falas que contextualizam as ocorrências do primeiro quadrante, reafirmar as ações da equipe de saúde, que vão desde o incentivo à autoestima da mulher até o direcionamento da mesma para outros setores da rede.

O espaço socialmente predestinado como responsável pelo lar, pela procriação dos filhos e submissão ao companheiro, tornou-se tão comum que muitas mulheres não reconhecem alguns atos, os quais já são configurados por lei, como fatores de violência. Tal perspectiva é notada nas relações de sexo forçado por exemplo (Azevedo, 2019; Brasil, 2006).

Nota-se, portanto, a força das representações sociais arraigadas com forte influência cultural frente ao papel ocupado pela mulher. É nítida a importância de se desconstruir representações para que novos modelos sejam criados. Para tal, destaca-se a importância da ESF na APS não somente como um local de acolhimento, acompanhamento e resolução dos casos, mas de educação permanente em saúde, o qual pode desmistificar, tanto para mulheres, homens, crianças e outros, entre estes os profissionais de saúde o papel social destinado à

mulher (Santos, & Lima, 2019). Assim, novas representações sociais podem ser formadas, compreendendo atitudes que eram naturalizadas como atos de violência contra a mulher.

Ainda, nas falas que contextualizam os achados do primeiro quadrante, destacam-se as dificuldades de orientação às mulheres em situação de violência, uma vez que muitas mulheres têm medo de realizar as denúncias. Estudo aponta que o apoio de familiares, amigos, vizinhos, auxílios financeiros, a proteção de programas como a Ronda Maria da Penha e grupos de conversas com mulheres que também estão em situação de violência ou já conseguiram sair da situação vivenciada, são de grande importância para o encorajamento da mulher ao ato da denúncia (Carneiro, Gomes, Estrela, Paixão, Romano, & Mota, 2020; Trentin, Vargas, Brehmer, Vargas, Schneider, & Leal, 2019)

Os termos *unidade, denúncia, palestra, estratégia*, elencados no segundo quadrante da AFC revelam, quando contextualizados pelas falas, que a USF representa tanto uma porta de entrada das mulheres em situação de violência, quanto um local de desenvolvimento de ações de prevenção e auxílio na resolução dos casos. Pesquisas realizadas em outros países como a Argentina, reafirmam os pontos da APS como locais nos quais as mulheres buscam ajuda para enfrentarem as situações de violência (Saletti-Cuesta, Ferioli, Martínez, Viel, Baudin, Romero, Funk, González, & Rodríguez, 2020).

Entretanto, apesar da relevância da APS para a resolução dos casos de VDCM, percebe-se que, os profissionais de saúde podem ser diretamente expostos ao risco de violência. Em alguns casos, os profissionais de saúde são ameaçados, violentados ou até mesmo omitem o cuidado aos casos de violência por medo de represálias (Lima, & Pacheco, 2016).

A fala da profissional *enfermeira E5* chama a atenção para a importância do ACS. Corroborando com os achados deste estudo, os ACS realizam diversas ações ante às situações de violência, estando entre elas: a comunicação à coordenação da equipe, a orientação às mulheres, o diálogo com os agressores e o acionamento da polícia. Ressalta-se ainda que os ACS estão entre os profissionais que mais conseguem detectar os casos de violência. Tal percepção pode ser explicada pelo fato da proximidade com as residências dos usuários da ESF (Arboit, Silva, Coloméd, & Pretese, 2018).

Nota-se que a equipe da USF realiza trabalhos de educação em saúde, como afirma a fala da profissional *ACS E24*. Como ponto positivo, observa-se a execução de palestras, salas de espera e utilização de vídeos para sensibilização das mulheres sobre as diferentes formas de violência. Tal perspectiva auxilia na desconstrução do padrão social imposto às mulheres,

as quais, em alguns casos, como destacado nas falas, não reconhecem algumas formas de violência.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul reafirma os resultados encontrados nesta pesquisa. Destacam-se entre as práticas de cuidado realizadas por profissionais de saúde às mulheres em situação de violência: o atendimento empático, efetivo e humanizado, o estabelecimento de vínculos para a reflexão mútua entre mulher, agressor e profissional como o incentivo à reelaboração de projetos de vida. O estudo aponta ainda que os profissionais de saúde estão entre os que prestam os primeiros cuidados às mulheres em situação de violência (Amarijo, Barlem, Acosta, & Marques, 2018).

O segundo quadrante quando analisado junto às falas revela representações sociais ligadas tanto aos processos de desconstrução do papel de submissão da mulher pelas atividades desenvolvidas na USF, quanto representações ligadas ao sentimento de medo dos profissionais frente ao envolvimento com os casos de violência. Tais resultados possibilitam reflexões sobre a necessidade de capacitação dos profissionais para que estejam aptos para lidarem com a temática, quanto à necessidade da oferta de segurança aos mesmos.

No terceiro quadrante, as conexões lexicais *CRAS* (Centro de Referência de Assistência Social), *avanço*, *perceber*, *ação*, *identificar*, *enfrentar*, *conhecimento*, *proteção*, *resolver*, *ouvir*, *acreditar*, *comentar* e *ajuda* apresentam maior destaque. Os termos juntamente com a contextualização proveniente das falas permitem compreender que os profissionais de saúde conhecem alguns dos serviços da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. Entretanto, nota-se incertezas frente aos locais de encaminhamento, o que aponta para a falta de capacitação e protocolos pré-estabelecidos.

As dificuldades na realização de trabalhos intersetoriais são destacadas em demais estudos tanto no setor saúde, seja na APS ou em serviços de urgência e emergência, quanto em serviços como Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS) e delegacias de defesa da mulher. Além disso, evidencia-se que os profissionais que compõem a rede não conseguem acompanhar a continuidade da resolução dos casos. Dessa forma, os profissionais dos serviços de saúde desconhecem as condutas realizadas pelos serviços sociais e de proteção à mulher em situação de violência, ou seja, o retorno de informações entre os serviços da rede é escasso (Machado, Almeida, Dias, Bernardes, & Castanheira, 2020).

Apesar das dificuldades, os resultados deste estudo apontam para várias práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da APS na ESF. Entretanto, diferente dos achados deste trabalho, estudo desenvolvido com 53 profissionais da ESF aponta uma visão de submissão das mulheres em relação às situações de violência. As falas demonstram que a

violência contra as mulheres é legitimada, aceita e tolerada como algo inerente à mulher, e a esse crime é dado características de relações naturais entre pessoas do sexo feminino e masculino que vivem em conflitos e que não se deve interferir (Santos, Oliveira, Viegas, Ramos, Policarpo, & Silveira, 2018).

Tal problemática também pode ser notada em Honduras e em municípios mexicanos nos quais os casos de violência tendem a evoluir para patologias sistêmicas e crônicas em virtude da falta de resolução (Kuhlmann, Foggia, Fu, & Sierra, 2017). Destaca-se por meio dos diferentes estudos supracitados que nas concepções dos diversos profissionais de saúde de diferentes regiões, a mulher ainda assume um espaço de submissão e apesar de atuar como responsável pelas atividades de cuidado com a família, a mesma ainda é inferiorizada em relação ao homem e responsabilizada pelas situações de violência sofrida.

Por sua vez, os achados desta pesquisa contidos no terceiro quadrante da AFC somados aos discursos dos profissionais de saúde da ESF mostram que os participantes desenvolvem ações para o enfrentamento e resolução dos casos de VDCM, mesmo encontrando dificuldades como a falta de comunicação e protocolos para encaminhamentos na rede. Dessa forma, quando analisados os demais estudos aqui apresentados, nota-se que os profissionais desta pesquisa possivelmente têm menores chances de apresentarem representações sociais que culpabilizam a mulher ou a coloque em outros espaços de submissão.

Destacam-se no quarto quadrante da AFC as conexões lexicais *acabar*, *denunciar*, *orientação*, *apoio* e *intervir*. Em relação às falas elucidadas na contextualização deste quadrante, percebe-se que os profissionais de saúde orientam as mulheres a reconhecerem outras formas de violência além da física, como afirma a profissional ACS E23. Tais orientações são de grande relevância. Estudo realizado com 19 mulheres idosas destaca a força de outras formas de violência, a exemplo da violência psicológica. Reconhecendo a importância de compreender que xingamentos, ofensas e tons abusivos são formas de violência, as idosas relatam situações de violência envolvendo desde os filhos aos motoristas de ônibus (Rodrigues, Giacomini, Fhon, Silva, Almeida, & Seredynskyj, 2019).

Os discursos dos profissionais *cirurgião-dentista E11* e *ACS E12* apontam para as dificuldades em lidar com os casos de VDCM. A falta de políticas públicas, a dificuldade de comunicação com demais setores da rede de proteção à mulher e o medo de envolvimento com os casos, são fatores que interferem diretamente nas práticas de cuidado para a resolução das situações de violência. Assim, evidencia-se que é necessária a articulação de uma série de outros fatores para que os profissionais da ESF ofereçam cuidado integral às mulheres

violentadas (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, Fonseca, 2018; Villa, Almeida, Santos, Lago, Tapety, & Ribeiro, 2018).

As representações sociais contidas nos resultados do quarto quadrante e nas falas que o contextualizam, denunciam a necessidade de políticas públicas que garantam segurança às mulheres em situação de violência, como também aos profissionais de saúde. Nessa direção, o envolvimento de familiares, vizinhos e amigos para encorajar a mulher a sair do ciclo de violência são necessários, tendo em vista que somente as orientações dos profissionais, em muitos casos não são suficientes. A proteção aos filhos e questões financeiras relacionadas ao sustento da mulher também devem ser pensadas, garantindo a mulher estrutura para saída do ciclo da violência.

Evidencia-se como limite deste estudo a não participação dos profissionais médicos. Nesse sentido, foi inviabilizada a análise das representações sociais em relação às práticas de cuidado com as mulheres em situação de violência doméstica de todos os profissionais de saúde que compõem a ESF.

5. Conclusão

A VDCM contempla um sério problema de saúde pública o qual depende nitidamente da APS na ESF e sua articulação com outros setores da rede de atenção à mulher em situação de violência como casas de apoio, delegacias, Ministério da Justiça, Conselho Tutelar, dentre outros para resolução da problemática.

São necessárias práticas de cuidado ligadas à educação em saúde que proporcionem a sensibilização da população. Dessa forma, pode ocorrer a reeducação dos agressores e a formação sensibilizada das próximas gerações. Além disso, a educação em saúde pode auxiliar na compreensão das mulheres frente à identificação da violência, uma vez que muitas vivem em situação de violência, mas não reconhecem muitos atos como formas de violência.

Urge a necessidade de mudanças na comunicação, formação profissional e capacitação dos profissionais de saúde, no intuito de garantir a identificação, notificação e encaminhamento das mulheres em situação de violência; além de possibilitar que representações sociais que inferiorizam a mulher sejam cada vez mais desconstruídas e combatidas pelas práticas de cuidado. Nessa perspectiva, a implementação de políticas públicas que garantam a segurança dos profissionais é de suma importância, pois emerge desse viés o encorajamento para enfrentar os casos de violência junto com as mulheres.

Percebe-se também que as representações sociais das equipes da ESF estão ligadas às práticas de cuidado dos profissionais em relação ao encorajamento, à escuta, ao atendimento humanizado, à denúncia, ao enfrentamento, entre outras representações que contribuem para o empoderamento da mulher. Dessa forma, os profissionais de saúde da ESF são diretamente responsáveis pelo cuidado/empoderamento dessas mulheres. Assim, investimentos na formação e capacitação desses profissionais são necessários visando a ressignificação e potencialização das suas práticas de cuidado.

Nota-se a necessidade de mais estudos considerando na produção científica as variações entre a mesma categoria profissional de diferentes regiões sobre o mesmo objeto de estudo.

Referências

Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Oliveira, D. C., Marques, S. C., & Fonseca, A. D. (2018). Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 39, e61308, 1-8. Recuperado de doi: 10.1590/1983-1447.2018.61308

Amarijo, C. L., Barlem, E. L. D., Acosta, D. F., Marques, S. C. (2018). Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 26, e33874, 1-7. Recuperado de doi: 10.12957/reuerj.2018.33874

Arboit, J., Silva, E. B., Colomé, I. C. S., Pretese, M. (2018). Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*, 27, 2, 506-17. Recuperado de doi: 10.1590/S0104-12902018169293

Azevedo, S. F. L. (2019). A ética da monogamia e o espírito do feminicídio: marxismo, patriarcado e adultério na Roma Antiga e no Brasil Atual. *História*, 38, e2019053, 1-19. . Recuperado de doi: 10.1590/1980-4369e2019053

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Brasil (2006). Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Seção 1. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

Brasil (2018). Mapa da violência doméstica contra a mulher 2018. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Câmara dos Deputados. Brasília (DF).

Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., Paixão, G. P. N., Romano, C. M. C., Mota, R. S. (2020). Desvelando as estratégias de enfrentamento da violência conjugal utilizadas por mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.29, e20180396, 1-11. Recuperado de doi: /10.1590/1980-265X-TCE-2018-0396

Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H. & Alves, P. P. (2019). Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Nascimento, L. C. N., Souza, T. V., Oliveira, I. C. S., Moraes, J. R. M. M., Aguiar, R. C. B., Silva, L. F (2018). Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev Bras Enferm*, 71, (1), 243-8. **Recuperado de** doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

Kuhlmann, A. K. S., Foggia, J., Fu, Q., Sierra, M. (2017). Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. *Rev. Panam. Saúde Pública*, 41, 1-9. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e104/en/>

Lima, N. J. S. O., Pacheco, L. R. (2016). Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, 10, (Supl. 5), 4279-85. Recuperado de doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201615

Machado, D. F., Almeida, M. A. S., Dias, A., Bernardes, J. M., Castanheira, E. R. L. (2020). Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, (2), 483-494. Recuperado de doi: 10.1590/1413-81232020252.14092018

Moscovici S. (1981). *Social Cognition: perspectives on everyday understanding*. London, Academic Press.

Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraibe., L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M., Sousa, P. C., Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface*, 24, e190164, 1-17. Recuperado de doi: 10.1590/Interface.190164

Rodrigues, R. A. P., Giacomini, S. B. L., Fhon, J. R. S., Silva, L. M., Almeida, V. C., Serebinskyj, F. L. (2019). Violência contra mulheres idosas segundo o modelo ecológico da violência. *Av Enferm*, 37, (3), 275-283. Recuperado de doi: doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.73702

Saletti-Cuesta, L., Ferioli, A., Martínez, F. V., Viel, E., Baudin, V., Romero, P., Funk, N., González, A. C., Rodríguez, A. (2020). El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades del norte cordobés, Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 36, (1), e00184418, 2-11. Recuperado de doi: 10.1590/0102-311X00184418

Santos, I. B., Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Maciel, P. M. A., Gigante, D. P. (2020). Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, (5), 1935-1946. Recuperado de doi: 10.1590/1413-81232020255.19752018

Santos, J. P. B., Lima, R. R. T. (2019). Educação permanente em saúde para qualificar o acolhimento às mulheres vítimas de violência: debatendo uma proposta. *Res., Soc. Dev.*, 9, (1), e173911859, 1-9. Recuperado de doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1859>

Santos, W. J., Oliveira, P. P., Viegas, S. M. F., Ramos, T. M., Policarpo, A. G., Silveira, E. A. A (2018). Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: Representações Sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10, (3), 770-7. Recuperado de doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777)

Souza, M. A. R., Wall, M. L., Thuler, A. C. M. C., Lowen, I. M. V., Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03353, 1-7. Recuperado de doi: [10.1590/s1980-220x2017015003353](https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353)

Trentin, D., Vargas, M. A. O., Brehmer, L. C. F., Vargas, P. C., Schneider, D. G., Leal, S. M. C. (2019). Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, e20180083, 1-14. Recuperado de doi: [10.1590/1980-265X-TCE-2018-0083](https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0083)

Villa, L. B. N., Almeida, C. A. P. L., Santos, R. F., Lago, E. C., Tapety, F. I., Ribeiro, I. P. (2018). Assistência dos familiares da Estratégia Saúde da Família na atenção à mulher vítima de violência. *Rev. Nursing.* 21, 247, 2494-2497. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970885>

Waiselfisz, J. J. (2015). Mapa da Violência 2015. Atualização: Homicídios de Mulheres no Brasil. Flacso. Brasil.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Gilberto Alves Dias – 100%

Juliana Costa Machado – 60%

Aline Vieira Simões – 50%

Benedito Fernandes da Silva Filho – 70%

Vanda Palmarella Rodrigues – 100%