

Vanda Palmarella Rodrigues
Juliana Costa Machado
Organizadoras



PERSPECTIVAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

E SUAS INTERFACES COM AS QUESTÕES DE GÊNERO



**EDIÇÕES
UESB**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA (UESB)

Reitor

Prof. Dr. Luiz Otávio de Magalhães

Vice-Reitor

Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

Pró-Reitora de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEX)

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro

Diretora da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba

Editor

Yuri Chaves Souza Lima

COMITÊ EDITORIAL

Presidente

Profª Drª Gleide Magali Lemos Pinheiro (PROEX)

Representantes dos Departamentos/Áreas de Conhecimento

Profª Drª Alba Benemerita Alves Vilela (DS II)

Profª Drª Delza Rodrigues de Carvalho (DCSA)

Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti (DS 1)

Prof. Dr. Flávio Antônio Fernandes Reis (DELL)

Prof. Dr. José Antonio Gonçalves dos Santos (DCSA)

Prof. Dr. José Rubens Mascarenhas de Almeida (DH)

Prof. Dr. Luciano Brito Rodrigues (DTRA)

Profª Drª Sylvana Naomi Matsumoto (DFZ)

Representantes da Edições UESB

Me. Manuella Lopes Cajaíba (Diretora)

Esp. Yuri Chaves Souza Lima (Editor)

Adm. Jacinto Braz David Filho (Revisor)

Dr. Natalino Perovano Filho (Portal de Periódicos)

Produção Editorial

Normalização Técnica

Jacinto Braz David Filho

Revisão de linguagem

Iasmin Moutinho Machado

Editoração Eletrônica

Ana Cristina Novais Menezes (DRT-BA 1613)

Capa

Imagem construída com o auxílio da Meta IA, solicitada pela doutoranda Elba Miranda Nascimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB).

Publicado em: 10 de abril de 2025.

**Vanda Palmarella Rodrigues
Juliana Costa Machado
Organizadoras**

**PERSPECTIVAS DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
E SUAS INTERFACES COM AS QUESTÕES DE GÊNERO**



Vitória da Conquista – Bahia
2025

Copyright © 2025 by Organizadoras.
Todos os direitos desta edição são reservados a Edições UESB.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação de direitos autorais
(Lei 9.610/98).

Livro selecionado conforme Edital UESB N.º 102/2022
Publicação de livros técnico-científicos em formato digital (e-books)

P548

Perspectivas da violência contra a mulher e suas interfaces com as questões de gênero. [recurso eletrônico]. / Orgs. Vanda Palmarella Rodrigues e Juliana Costa Machado. - - Vitória da Conquista: Edições UESB, 2025.

146 p.

ISBN 978-65-87106-85-4

E-book

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. I. Rodrigues, Vanda Palmarella. II. Machado, Juliana Costa. III. T.

CDD: 362.8292

Catálogo na fonte: Karolyne Alcântara Profeta — CRB 5/2134
Biblioteca Universitária Professor Antonio de Moura Pereira UESB
Campus de Vitória da Conquista

Editora filiada à:



Campus Universitário – Caixa Postal 95 – Fone: 77 3424-8716
Estrada do Bem-Querer, s/n – Módulo da Biblioteca, 1º andar
45031-900 – Vitória da Conquista – Bahia
www2.uesb.br/editora – E-mail: edicoesuesb@uesb.edu.br

O fim da violência doméstica depende de levarmos a sério a ideia de que poder é ação conjunta e de que violência é a destruição do poder possível, do poder dos outros, tal como tem sido perpetrada contra mulheres (Tiburi, 2018, p. 111).

SUMÁRIO

Sobre as Autoras e Autores.....	8
--	----------

Apresentação

<i>Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	13
--	-----------

Capítulo 1 – Ser mulher no contexto de violência doméstica: representações sociais das equipes da saúde da família

<i>Michele Silva dos Santos, Gilberto Alves Dias, Larisse Ramos de Oliveira, Luanna Rodrigues de Jesus, Roberta Laíse Gomes Leite Moraes, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	15
---	-----------

Capítulo 2 – Ser homem no contexto de violência contra a mulher: representações sociais das equipes da saúde da família

<i>Lorena Prado Neri, Gilberto Alves Dias, Jobandra Cristina Vieira Santos, Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	25
---	-----------

Capítulo 3 – Saúde da mulher em situação de violência doméstica sob a ótica das equipes saúde da família

<i>Michele Silva dos Santos, Larisse Ramos de Oliveira, Giane Lopes Oliveira, Gilberto Alves Dias, Ninalva de Andrade Santos, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	34
---	-----------

Capítulo 4 – (Des)conhecimento dos profissionais das equipes saúde da família sobre a violência doméstica contra a mulher

<i>Lorena Prado Neri, Gilberto Alves Dias, Giane Lopes Oliveira, Aline Vieira Simões, Ninalva de Andrade Santos, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	47
--	-----------

Capítulo 5 – Violência doméstica contra a mulher a partir das ocorrências da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

<i>Michele Silva dos Santos, Letícia Silva dos Santos, Elba Miranda Nascimento, Roberta Laíse Gomes Leite Moraes, Vilara Maria Mesquita Mendes Pires e Vanda Palmarella Rodrigues.....</i>	56
--	-----------

Capítulo 6 – Representações sociais de estudantes universitários sobre violência doméstica à luz da abordagem estrutural

*Luana Ramos da Silva, Izabella Gonçalves Borba Soares, Aline Vieira Simões, Alba Benemerita Alves Vilela, Charles Souza Santos, Vanda Palmarella Rodrigues e Juliana Costa Machado.....*69

Capítulo 7 – Abordagem da violência doméstica contra a mulher na formação de estudantes universitários de Fisioterapia

*Ivonete Machado Vieira, Giane Lopes Oliveira, Aline Vieira Simões, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....*81

Capítulo 8 – Concepções das equipes da estratégia saúde da família sobre violência obstétrica

*Franciele Soares Balbinote, Júlia Maria Nascimento Penha, Ranna Gabriele Sampaio da Conceição, Tamiles Souza Oliveira, Ninalva de Andrade Santos, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....*94

Capítulo 9 – Representações sociais das equipes da estratégia saúde da família sobre violência obstétrica

*Esther Aderno Souza, Franciele Soares Balbinote, Maria Clara Pinto de Andrade Muller, Amanda de Alencar Pereira Gomes, Elba Miranda Nascimento, Ninalva de Andrade Santos, Aline Vieira Simões e Vanda Palmarella Rodrigues.....*107

Capítulo 10 – Violência obstétrica: experiências das equipes da estratégia saúde da família

*Maria Clara Pinto de Andrade Muller, Júlia Maria Nascimento Penha, Esther Aderno Souza, Amanda de Alencar Pereira Gomes, Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, Juliana Costa Machado e Vanda Palmarella Rodrigues.....*120

Capítulo 11 – Violência doméstica contra mulher: concepções sobre a assistência de Agentes Comunitários de Saúde

*Tamiles Souza Oliveira, Bruna Cabral Barreto de Souza, Maria Vitória Oliveira Couto, Vilara Maria Mesquita Mendes Pires, Aline Vieira Simões, Alba Benemerita Alves Vilela e Juliana Costa Machado.....*127

Capítulo 12 – Violência doméstica contra mulher e repercussões em crianças sob a abordagem de Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão integrativa

*Maria Vitória Oliveira Couto, Tamiles Souza Oliveira, Bruna Cabral Barreto de Souza, Aline Vieira Simões, Alba Benemerita Alves Vilela e Juliana Costa Machado.....*139

SOBRE AS AUTORAS E AUTORES

ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente da graduação dos cursos de Enfermagem e Odontologia e docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Docente permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Líder do Grupo de Pesquisa: Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais. Membro e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO). Editora da Revista *Saúde.com*.

ALINE VIEIRA SIMÕES

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a UESB, modalidade interinstitucional – DINTER. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Enfermagem em Saúde da UESB. Membro e Pesquisadora dos Grupos de Pesquisa: GPVIO e Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem.

AMANDA DE ALENCAR PEREIRA GOMES

Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UESB. Pós-graduada em Saúde da Mulher e Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica. Doula e Consultora em Amamentação. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Excelência – UNEX Jequié. Membro do Grupo de Pesquisa GPVIO e Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Aleitamento Materno (NEPEAM) vinculado à UESB.

BRUNA CABRAL BARRETO DE SOUZA

Enfermeira pela UESB. Membro do GPVIO. Atuou como bolsista de Iniciação Científica pela UESB, vinculada ao projeto de pesquisa Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre Violência Doméstica contra a Mulher e suas Práticas Assistenciais. Atuou como membro colaborador da Liga Acadêmica de Saúde Pública (LASP/UNIFACS). Pós-graduanda em Urgência, Emergência e Atendimento pré-hospitalar pela Faculdade Prominas.

CHARLES SOUZA SANTOS

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UERJ. Docente do curso de graduação em enfermagem e do PPGES da UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Estudos Interdisciplinares em Saúde Coletiva. Membro do Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais da UESB.

ELBA MIRANDA NASCIMENTO

Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pelo PPGES-UESB. Docente Substituta no curso de Enfermagem da UESB de Estágio Obrigatório em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Membro do GPVIO.

ESTHER ADERNO SOUZA

Enfermeira pela UESB. Membro e pesquisadora do GPVIO e ex-diretora científica da Liga Acadêmica de Estudos em Saúde Coletiva (LAESC/UESB). Atuou como bolsista de Iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no projeto de pesquisa: Representações Sociais das Equipes de Estratégia Saúde da Família sobre Violência Obstétrica.

FRANCIELE SOARES BALBINOTE

Enfermeira pela UESB. Residente de segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência, Emergência e Intensivismo do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Membro e Pesquisadora do GPVIO. Colaboradora no Projeto de Pesquisa: Representações Sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre violência obstétrica. Atuou como Bolsista de Iniciação Científica/CNPq no projeto: Representações Sociais das Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre Violência Obstétrica.

GIANE LOPES OLIVEIRA

Fisioterapeuta. Atuou como bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) vinculada ao Projeto de Pesquisa Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes da estratégia saúde da família. Participou como colaboradora do Projeto de Pesquisa Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica. Membro do GPVIO.

GILBERTO ALVES DIAS

Fisioterapeuta. Residência em Urgência e Emergência com Ênfase em Intensivismo – UESB/SESAB. Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela UESB. Docente substituto do curso de Fisioterapia da UESB. Atuou como bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) vinculado ao Projeto de Pesquisa: Violência Doméstica contra a Mulher: Representações Sociais das Equipes da Estratégia Saúde da Família. Membro do GPVIO.

IVONETE MACHADO VIEIRA

Fisioterapeuta pela UESB. Participou como colaboradora do Projeto de Pesquisa Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica.

IZABELLA GONÇALVES BORBA SOARES

Odontóloga pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Atuou como membro do GPVIO e como bolsista UESB do Projeto de Pesquisa Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica.

JOHANDRA CRISTINA VIEIRA SANTOS

Fisioterapeuta. Atuou como membro do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida e do GPVIO (2018-2019). Discente voluntária de Iniciação Científica do projeto de pesquisa intitulado Violência Doméstica contra a Mulher: Representações Sociais das Equipes de Saúde da Família. Pós-graduada em Fisioterapia em Saúde da Mulher pela Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR). Pós-graduada em Sexualidade pelo Grupo Zayn Educacional.

JÚLIA MARIA NASCIMENTO PENHA

Enfermeira pela UESB. Pós-Graduanda em Enfermagem em Cuidados Paliativos. Pós-Graduada em Urgência e Emergência com ênfase em Terapia Intensiva, modalidade Residência, pela UESB/SESAB (2024). Enfermeira Captadora de Córneas certificada pelo Banco de Olhos da Bahia (2022). Membro Técnica e Pesquisadora do GPVIO. Membro colaboradora da Liga Acadêmica do Curso de Enfermagem-Urgência e Emergência (LACE-UE). Colaboradora no Projeto de Pesquisa: Representações sociais de estudantes universitários sobre violência no namoro.

JULIANA COSTA MACHADO

Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde pela UESB. Professora do curso de Graduação em Enfermagem e do PPGES. Vice-Líder e Pesquisadora do GPVIO. Membro e pesquisadora do Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais da UESB.

LARISSA RAMOS DE OLIVEIRA

Enfermeira. Mestre em Ciência da Saúde pelo PPGES-UESB. Pós-Graduada no curso de Especialização Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Pós-Graduanda no curso de Especialização Enfermagem Geriátrica e Gerontológica pela Uniasselvi; Docente da Faculdade Morgana Potrich, no curso de graduação em Enfermagem (Mineiros, GO). Membro do grupo de pesquisa Violência, saúde e cultura de paz.

LETÍCIA SILVA DOS SANTOS

Fisioterapeuta pela UESB. Atuou como membro do GPVIO e como bolsista de iniciação científica UESB do Projeto de Pesquisa projeto Violência contra a mulher em fase de climatério: um estudo a partir dos registros de ocorrência na DEAM no município de Jequié, BA.

LORENA PRADO NERI

Fisioterapeuta pela UESB. Atuou como membro do GPVIO e como discente de iniciação científica voluntária do Projeto de Pesquisa Violência Doméstica contra a Mulher: Representações Sociais das Equipes da Estratégia Saúde da Família.

LUANA RAMOS DA SILVA

Fisioterapeuta pela UESB. Atuou como membro do GPVIO (de 2015 a 2019) e bolsista FAPESB (2016-2017) de Iniciação Científica do projeto de pesquisa intitulado: Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica.

LUANNA RODRIGUES DE JESUS

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela UESB. Docente do Curso Técnico em Enfermagem do Centro Territorial em Educação Profissional Piemonte do Paraguaçu I/ CETEP PPI, Itaberaba, Bahia. Membro do Grupo de Pesquisa: Violência, Saúde e Cultura de Paz.

MARIA CLARA PINTO DE ANDRADE MULLER

Enfermeira pela UESB. Cuidadora de Idosos, pelo Hospital Sírio Libanês. Atuou como Bolsista de Iniciação Científica/FAPESB no projeto: Representações Sociais das Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre Violência Obstétrica, como Bolsista de Iniciação Científica/FAPESB no projeto Descortinando a Subjetividade da Transexualidade e como membro do GPVIO.

MARIA VITÓRIA OLIVEIRA COUTO

Enfermeira pela UESB. Membro do GPVIO. Atuou como Pesquisadora bolsista de Iniciação Científica pela FAPESB, vinculada ao projeto de pesquisa Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre Violência Doméstica contra a Mulher e suas Práticas Assistenciais.

MICHELE SILVA DOS SANTOS

Enfermeira. Atuou como pesquisadora voluntária de Iniciação Científica do projeto: Violência doméstica contra mulher: representações sociais das equipes de saúde da família, como colaboradora do projeto Violência contra a mulher em fase de climatério: um estudo a partir dos registros de ocorrência na DEAM no município de Jequié e como membro do GPVIO.

NINALVA DE ANDRADE SANTOS

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de Graduação em Enfermagem. Membro e pesquisadora do GPVIO. Colaboradora dos projetos de pesquisa Representações Sociais das Equipes da Estratégia Saúde da Família sobre Violência Obstétrica e Descortinando a subjetividade da transexualidade. Pesquisadora do GPVIO.

RANNA GABRIELE SAMPAIO DA CONCEIÇÃO

Enfermeira pela UESB. Pós-Graduada (*Lato Sensu*) em Urgência, Emergência e Intensivismo, modalidade residência pela UESB (2024). Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Membro e Pesquisadora do GPVIO. Membro colaboradora da Liga Acadêmica do Curso de Enfermagem-Urgência e Emergência (LACE-UE).

ROBERTA LAÍSE GOMES LEITE MORAIS

Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UESB. Professora do curso de Graduação em Enfermagem. Membro e pesquisadora do GPVIO.

TAMILES SOUZA OLIVEIRA

Enfermeira pela UESB. Pós-Graduada (*Lato Sensu*) em Urgência, Emergência e Intensivismo, modalidade Residência, pela UESB/SESAB. Membro Técnica e Pesquisadora do GPVIO. Membro colaboradora da Liga Acadêmica do Curso de Enfermagem-Urgência e Emergência (LACE-UE). Atuou com Bolsista de Iniciação Científica FAPESB no Projeto de Pesquisa: Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre Violência Doméstica contra a Mulher e suas práticas assistenciais.

VANDA PALMARELLA RODRIGUES

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFBA. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do PPGES da UESB. Líder do GPVIO. Membro e pesquisadora do Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais da UESB.

VILARA MARIA MESQUITA MENDES PIRES

Enfermeira. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea na Universidade Católica do Salvador (UCSal). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB. Membro e Pesquisadora do GPVIO.

APRESENTAÇÃO

A trajetória inicial do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié, teve início em 2009, quando um grupo de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem, a partir da sua atuação na supervisão de estágio da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, desenvolveu uma pesquisa-ação intitulada “Violência Intrafamiliar no Contexto das Unidades de Saúde da Família”, com a finalidade de instrumentalizar as equipes de saúde da família, no município de Jequié, onde o estágio foi realizado para identificar e intervir nas situações de violência intrafamiliar.

A partir daí, este grupo iniciou os estudos sobre violência intrafamiliar no Laboratório de Saúde Coletiva “Maristella Santos Nascimento” e, em 27 de maio de 2015, o GPVIO foi criado, oficialmente, com cadastro no diretório de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento em Pesquisa (CNPq), na Pró-Reitoria de Pesquisa da UESB. A partir de 2018, passou a vincular-se ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), tendo como linha de pesquisa violência e relações de gênero.

Nessa perspectiva, são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão sobre identificação, prevenção, combate e enfrentamento à violência direcionada às crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos, pessoas com deficiência (PcD) e pessoas em situação de rua, produzindo conhecimento, com a finalidade de subsidiar o cuidado à saúde, bem como políticas de enfrentamento da violência doméstica, incluindo profissionais da rede de atenção para a prevenção, combate à violência e incentivo à cultura de paz.

Desde sua criação, o grupo avançou muito contando com a participação proativa de docentes e discentes de graduação das diversas áreas de saúde e afins, profissionais da rede de atenção ao enfrentamento de violência, do município de Jequié, comprometidos(as) com a realização de pesquisas e a devolutiva dos resultados, por meio de atividades de extensão, de educação em saúde, formação profissional, capacitação profissional, entre outros.

Vale destacar que, a partir da vinculação das pesquisadoras do GPVIO ao PPGES, houve uma ampliação do escopo das pesquisas, tanto em relação às temáticas, quanto aos locais em que as pesquisas são realizadas, a exemplo da parceria firmada com a Associação Casa das Mulheres de Jequié e região, uma instituição sem fins lucrativos, integrante da rede de atenção e de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, além de que o Programa Coração de Tinta que vem subsidiando a Formação de Facilitadores em Justiça Restaurativa, com Foco nos Círculos de Paz, entre outros.

Em comemoração aos 10 anos do GPVIO, esta coletânea tem a finalidade de publicizar as primeiras pesquisas, que foram realizadas por suas pesquisadoras, desde a criação, no sentido de dar visibilidade às diversas nuances da violência doméstica, dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde, dos serviços policiais e da formação profissional em saúde, na perspectiva da integralidade.

Os achados empíricos apresentados, nos 12 capítulos, decorrem dos seguintes projetos de pesquisa: Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família, e seu respectivo subprojeto: Representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre violência obstétrica; Violência contra a mulher em fase de climatério: um estudo a partir dos registros de ocorrência na DEAM no município de Jequié, e seu respectivo subprojeto: Violência doméstica contra a mulher a partir dos registros de ocorrências da DEAM; e Representações sociais de estudantes universitários sobre violência doméstica, com seu subprojeto: Representações sociais de estudantes universitários de fisioterapia sobre violência doméstica contra a mulher.

Agradeço à colaboração dos(as) autores(as) e coautores(as) dos capítulos, em especial a Juliana Costa Machado, que se debruçou proativamente na organização desta coletânea.

Espero que os resultados das pesquisas apresentadas nesta coletânea contribuam para que os(as) leitores(as) tenham a possibilidade de criar estratégias para o enfrentamento da violência, por meio da realização de novas pesquisas, ações de educação em saúde, capacitação profissional, entre outros.

Vanda Palmarella Rodrigues

Referência

TIBURI, M. *Feminismo em comum*: para todas, todes e todos. 7. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018. 126 p. il.

Capítulo 1

Ser mulher no contexto de violência doméstica: representações sociais das equipes da saúde da família

Michele Silva dos Santos

Gilberto Alves Dias

Larisse Ramos de Oliveira

Luanna Rodrigues de Jesus

Roberta Laíse Gomes Leite Morais

Juliana Costa Machado

Vanda Palmarella Rodrigues

Por muito tempo a mulher foi vista pela sociedade como um ser do sexo frágil, submissa e só podendo desempenhar os papéis da reprodução, atividades domésticas, cuidados com o esposo e filhos. Desde a Grécia antiga, alguns dos grandes filósofos que se firmaram já sustentavam essa ideia de submissão da mulher e superioridade do homem, da qual ela devia obediência apenas ao seu marido. A partir da institucionalização da família, propriedade privada e acúmulo de bens, a sociedade passa a se caracterizar com o modelo patriarcal e o papel doméstico da mulher, que cada vez mais se torna habitual (Mendes; Vaz; Carvalho, 2015).

Ao longo da história ocidental, muitas mulheres que não aceitavam as condições em que viviam se rebelaram, lutando sempre pela liberdade e, na maioria das vezes, tendo que pagar com suas próprias vidas, como consequência do ato de rebeldia. Na Idade Média, entre os séculos XIV-XVI, a perseguição à figura feminina pelo clero tinha como objetivo a exclusão da mulher na participação social, isso porque elas, nessa época, buscavam mudanças, conhecimento e ações que eram contrários aos dogmas doutrinários da Instituição Católica, o que levou à inquisição e ao extermínio de mais de 100 mulheres (Chagas, L.; Chagas, A. T., 2017).

Na Inglaterra, no final das últimas décadas do século XIX, as mulheres se organizaram para lutar por seus direitos, ficando conhecidas como Movimento *Women's Suffragettes* (Mulheres Sufragistas), que promoveu grandes manifestações, tendo como um dos pontos de pauta o direito ao voto (Mendes; Vaz; Carvalho, 2015).

O movimento feminista conseguiu ocupar grande espaço na sociedade, surgindo, assim, uma reflexão sobre o passado, além de um lugar para se pensar no presente e, desse modo, as desigualdades e a situação de submissão e discriminação do ser mulher, na chance de promover

mudanças não só para o presente, como também para o futuro próximo. Desde então, as mulheres vêm buscando batalhar por condições dignas na sociedade; valorização no mercado de trabalho e no trabalho doméstico; igualdade de salários; direito e controle sobre o próprio corpo; e gozo de sua sexualidade, enfim, por uma construção de uma sociedade mais justa e igualitária, na qual a figura feminina possa realmente assumir seu papel (Costa; Sardenberg, 2008).

Nesse longo percurso da luta feminista, muitos direitos foram conquistados garantindo a cidadania feminina. Embora uma das mais significativas vitórias tenha sido a sanção da Lei Maria da Penha em 2006, a violência doméstica contra a mulher continua sendo um problema grave à saúde pública e, nesse contexto, são necessários criar mecanismos para investir na implementação de estratégias de prevenção, assistência à mulher e estimular a cultura de paz, um dos eixos que estruturam a Política Nacional de Promoção da Saúde (Mendes; Vaz; Carvalho, 2015).

De acordo com o Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e Caribe (OIG), da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), em 2021, ao menos 4.473 mulheres foram vítimas de feminicídio em 29 países e territórios da região. Esse dado representa um total de 12 mortes violentas de mulheres por razão de gênero a cada dia (CEPAL, 2022).

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno transversal e ainda se encontra presente na sociedade, sendo uma expressão de questão social, que pode atingir o público-alvo feminino de todas as classes, raça, etnia e cultura resultantes das desigualdades de gênero, estabelecidas pela submissão da mulher ao homem, sendo esse um fenômeno múltiplo e muito complexo que tem tido destaque importante nas discussões teóricas, filosóficas e questionamentos ético-políticos (Santos; Nery, 2016).

Apesar dos avanços conquistados pelo movimento feminista, é crucial reconhecer que a experiência de ser mulher é moldada por uma variedade de identidades e contextos sociais. Sob a perspectiva interseccional de Judith Butler (2003), torna-se evidente que as mulheres não são um grupo homogêneo, mas sim atravessadas por múltiplos e entrelaçados sistemas de opressão, como racismo, classismo, LGBTfobia, dentre outros. Butler argumenta que o gênero não pode ser desvinculado dessas outras categorias de identidade, pois todas elas se interseccionam para moldar as experiências individuais e coletivas das mulheres.

Para uma compreensão mais abrangente das complexidades do ser mulher, é imperativo adotar uma abordagem interseccional, que reconheça e desafie as disparidades de poder que atravessam diversos domínios da vida das mulheres. Isso não apenas promove uma base mais inclusiva, como também contribui genuinamente para a compreensão da violência de gênero na luta feminista (Butler, 2003).

De modo geral, mulheres em situação de violência doméstica se sentem envergonhadas, amedrontadas, culpadas e, ao mesmo tempo, responsáveis pela continuidade da família. Por isso, pensam várias vezes antes de tomar alguma atitude. O termo “empoderamento” pode significar a possibilidade de ganho de poder a elas, que vivenciam a agressão, trazendo uma maior capacidade de agir, criar mudanças dentro de um relacionamento que visa o rompimento da situação de opressão. Algumas procuram de todas as formas uma maneira de independência, seja física, psicológica ou financeira (Morais; Rodrigues, 2016).

A sociedade moderna exige que a mulher domine várias funções sem deixar de lado o seu papel principal, que é o dever de cuidar da casa e de sua família, ou seja, por mais que a

sociedade avance, o pensamento patriarcal ainda se mantém presente e camuflado através dos séculos. Sendo assim, é indispensável uma atenção maior da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para as situações de violência doméstica vivenciadas pelas mulheres ofertando todo apoio necessário no acolhimento e na construção de estratégias para empoderá-las no enfrentamento à violência.

Neste contexto, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, instituída em 2011, visa estabelecer orientações aos profissionais a respeito dos conceitos, princípios, diretrizes, ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, como também de assistência e garantia dos direitos daquelas que estejam em situação de violência (Brasil, 2011).

Através do exposto, o estudo se justifica pela importância em que a ESF representa para a comunidade, promovendo um vínculo entre os profissionais e usuários que, na maioria das vezes, faz dessas unidades o primeiro lugar a ser procurado pelas mulheres em situação de violência doméstica, buscando amenizar seus problemas. Nesses casos, as equipes da ESF têm a possibilidade de oferecer uma atenção ampliada que incorpore a compreensão, o apoio e a mudança de atitudes e práticas, estimulando a autoestima e o valor individual, nos quais consigam encontrar uma solução para o enfrentamento do problema.

Esse artigo tem como objetivo analisar as representações sociais das(os) profissionais da ESF sobre ser mulher no contexto de violência doméstica.

Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações sociais consistem em um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou grupo elabora a propósito de um objeto, apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade (Abric, 2000).

Este recorte do estudo foi desenvolvido em 12 Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana de um município do interior da Bahia. Os dados foram coletados no período de agosto de 2016 a abril de 2017, através da Técnica de Associação Livre de Palavras, aplicada a 100 profissionais das equipes da ESF; e da entrevista semiestruturada realizada com 24 profissionais das equipes da ESF entre estas(es), enfermeiras(os), cirurgiã(ão)-dentista, Agentes Comunitárias(os) de Saúde (ACSs), técnicas(os) de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnicas(os) em saúde bucal (TSBs).

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes saúde da família”, que foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) — Campus de Jequié, sob CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovado sob o parecer nº 1.304.618/2015, respeitando os preceitos éticos e legais inerentes à Resolução nº 466/12, com a finalidade de cumprir todas as exigências éticas da pesquisa em saúde que envolve seres humanos.

Para a seleção das(os) profissionais de saúde, foram adotados como critérios de inclusão ser profissional de saúde da ESF com seis meses de atuação na USF e, como critério de exclusão, o afastamento do serviço por férias ou licença de qualquer natureza. Para a escolha das USF, utilizaram-se como critérios de inclusão: Unidades que funcionavam com duas equipes ou equipe única da ESF da zona urbana, e com equipe mínima completa mediante as exigências do Ministério da Saúde. Inicialmente, foi realizado contato com a coordenação da USF para agendamento do encontro com as (os) profissionais de saúde, de modo que as(os) pesquisadoras(es)

apresentassem a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) às(aos) participantes.

Para a realização da Técnica de Associação Livre de Palavras, foi solicitado que a (o) profissional evocasse as cinco primeiras palavras que vinham em sua mente quando era referido o estímulo indutor Ser Mulher. Em seguida, a(o) profissional devia dizer a ordem de importância.

O *software* Ensemble de Programmes Permettant 1' Analyses des Evocations (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès, foi utilizado na análise das evocações. Este *software* analisa estatisticamente as palavras a partir da frequência e a ordem média de evocação, construindo o quadro de quatro casas que possui os quadrantes: no quadrante superior esquerdo está localizado o núcleo central (NC), no quadrante inferior esquerdo, localiza-se a zona de contraste, e nos quadrantes superior e inferior à direita, encontra-se o sistema periférico (Vèrges, 2002).

Buscou-se realizar as entrevistas individualmente em local privativo da USF, com auxílio de um gravador portátil, com tempo médio de quarenta minutos.

Para a análise dos dados das entrevistas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática seguindo as três fases: a pré-análise, que consiste na organização do material a ser analisado, no intuito de torná-lo operacional a partir da leitura flutuante da escolha dos documentos, formulação das hipóteses, objetivos, referenciação, índices e elaboração de indicadores (Bardin, 2015).

Na segunda fase, realizou-se a exploração do material, definindo a identificação das unidades de registro e unidades de contexto nos documentos, bem como das categorias e subcategorias. O tratamento dos resultados, inferência e interpretação contemplou a terceira fase da análise de conteúdo (Bardin, 2015). O anonimato das(os) participantes foi assegurado a partir da palavra Participante, acompanhada de um algarismo arábico, indicando a ordem em que foram realizadas as entrevistas.

O quadro de quatro casas é a elaboração de quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. Os termos mais estáveis e consensuais para os participantes da pesquisa constituem o Núcleo Central (NC) das Representações Sociais (RS), situados no quadrante superior esquerdo. Já no quadrante superior direito e inferior direito estão localizados os elementos periféricos, que tendem a se aproximar ou do NC, ou dos elementos de contraste, que se encontram no quadrante inferior esquerdo. Com essa perspectiva, os dados evocados foram agrupados em três categorias, sendo essas: elementos do núcleo central, elementos periféricos e elementos de contraste (Vèrges, 2002).

Ao buscar as representações sociais de um grupo sobre algum fenômeno, é imprescindível que se procure identificar a presença das dimensões conceituais, imagéticas e atitudinais (Silva et al., 2015). Por isso, buscou-se identificar tais dimensões no NC do ser mulher, vivenciando a violência doméstica pelas percepções dos profissionais da ESF.

Das(os) 100 profissionais de saúde, 89 eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Destas(es), 53 eram ACSs, 20 técnicas(os) de enfermagem, 11 enfermeiras(os), nove TSBs, quatro cirurgiãs(ões)-dentistas e dois/duas médicas(os), tendo idades variadas de 27 a 67 anos. Em relação à escolaridade, 15 tinham ensino superior completo, 13 ensino superior incompleto, 17 realizaram pós-graduação *Lato sensu*, 54 possuíam o ensino médio incompleto e um, o ensino fundamental completo.

No que diz respeito ao tempo de atuação profissional, 19 profissionais atuavam de 21 a 30 anos; 58, de dez a 20 anos; 20, de um a nove anos; e três, que atuavam de seis a nove meses. Sobre o tempo de atuação na USF, 29, de dez a 18 anos; 61, de um a nove anos; e dez estavam entre seis e 11 meses. De todas (os) as(os) 100 profissionais de saúde, 62 já participaram de capacitação sobre a violência doméstica.

A partir das evocações do estímulo indutor *ser mulher*, foi gerado um *corpus* que totalizou 496 palavras, sendo 88 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (rang) foi três, a frequência mínima três e a frequência média 12. Esta análise está apresentada no Quadro 1:

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações das(os) profissionais da ESF, frente ao termo indutor *ser mulher* – Jequié, BA, 2022.

Rang < 3,00				Rang > 3,00		
Núcleo central				Primeira periferia		
Freq.	Méd.	Freq.	O.M.E.	Freq.	O.M.E.	
<12	Beleza	18	2,833	Amiga	29	3,552
	Guerreira	81	2,617	Amorosa	41	3,098
	Inteligência	16	2,813	Cuidadora-Lar	16	3,188
	Mãe	48	2,542	Sensível	16	3,375
				Trabalho	20	3,450
Zona de contraste				Segunda periferia		
<12	Feminina	10	2,200	Atitude	5	3,200
	Frágil	5	2,800	Avó	4	4,250
	Humana	3	3,000	Conquistadora	5	3,600
	Liberdade	3	1,000	Direito	4	3,500
	Organização	3	3,000	Esperança	4	4,000
	Perseverança	3	2,667	Família	4	3,750
	Privilegio	3	2,667	Gentil	3	4,333
	Protetora	4	3,000	Independente	4	3,500
	Respeito	5	3,000	Paciente	8	3,250
	Responsabilidade	6	2,000	Sincera	3	4,000

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

O NC encontra-se localizado no quadrante superior esquerdo. As palavras agrupadas nesse quadrante possuem alta frequência e foram prioritariamente evocadas. É duradouro, e esses são elementos que caracterizam a parte mais consensual e estável da representação, bem como a mais resistente das mudanças, em função das atitudes cotidianas de cada sujeito (Correia *et al.*, 2014), formando, assim, o possível NC das representações sociais sobre o ser mulher.

De acordo com o quadro, os possíveis elementos centrais da representação social das(os) profissionais de saúde, em ordem decrescente de frequência, apresentam os seguintes termos: *guerreira*, *mãe*, *beleza* e *inteligência*. Mas, apesar do termo *guerreira* ter sido evocado mais vezes, ele foi prontamente o menos evocado. Na ordem decrescente, os termos mais prontamente evocados são: *beleza*, *inteligência*, *guerreira* e *mãe*, sendo possível evidenciar que a dimensão conceitual do NC está relacionada à *guerreira* e a *mãe*, observando, assim, que as(os) profissionais trazem consigo o conceito de que a mulher nasceu para ser mãe, cuidar dos filhos, do marido, da casa, lutando por sua família e enfrentando todos os obstáculos.

Na dimensão imagética do NC, compreende-se que os termos *beleza* e *inteligência* correspondem à idealização das (os) profissionais de saúde das equipes da ESF sobre o ser mulher, os quais a sociedade coloca que a mulher precisa se cuidar, estar bonita e assim seguindo os padrões de beleza impostos, e em que ela também precise ser inteligente para administrar o lar, a família e o trabalho. Observa-se que esses termos se encontram ligados à *guerreira e mãe*, evidenciando que a mulher necessita atuar em vários papéis para ser reconhecida como mulher. Os trechos das entrevistas abaixo vêm mostrando isso, efazendo associação com os termos encontrados no núcleo central:

[...] a mulher consegue, diante das adversidades contemplar o ser mãe, mulher, trabalhadora ao mesmo tempo [...] (Participante 8, Técnica de Enfermagem).

[...] mãe é uma característica nata da mulher e ela precisa ser forte para ser mãe [...] (Participante 18, Técnica de Enfermagem).

[...] a mulher se volta mais para cuidar da família e dela mesma [...] (Participante 17, ACS).

Os elementos periféricos são mais flexíveis estão localizados no quadrante superior esquerdo e no quadrante inferior esquerdo, sendo chamados, respectivamente, de primeira e segunda periferia, que funcionam como complementos do NC, protegem as RS e são caracterizadas por conterem elementos mais acessíveis, vivos e concretos (Silva *et al.*, 2015).

Os termos constantes na primeira periferia possuem alta frequência e ordem média de evocação igual ou maior a três. Entre os termos evocados, por ordem decrescente de frequência, estão: *amorosa*, *amiga*, *trabalho*, *cuidadora do lar* e *sensível*. O termo *amorosa* apresentou maior frequência em ordem decrescente nas evocações, seguido do termo *amiga*, entretanto *amiga* foi mais prontamente evocado seguido de *trabalho*.

Algumas regras são ditadas dentro de diversos arranjos sociais, os quais são distintos, mas que culminam na mesma imposição, das quais se tem a imagem da mulher como um ser frágil, que deve ser companheira, meiga, amorosa e delicada, não podendo realizar determinadas tarefas por conta de sua condição de gênero, logo a violência doméstica contra a mulher já está sendo cometida (Soares *et al.*, 2014).

Destacando-se que o trabalho possivelmente está relacionado aos conflitos de relações de gênero que desencadeiam a vivência de violência doméstica, da qual a mulher é submissa ao homem e fica em casa cuidando dos filhos e da casa, não podendo trabalhar fora o que ocasiona sua dependência, como destacado a seguir.

[...] A gente consegue uma bolsa-família pra você, a gente consegue um trabalho pra você, sua família vai tá assistida, se ele vir a te agredir de novo, a gente pode dar queixa, as coisas vão funcionar [...] que ela entenda que mesmo que se ela, se afastar daquele agressor ela vai continuar composta dos filhos dela, ela vai poder criar os filhos dela, independente dele, mesmo ela não trabalhando [...] (Participante 2, ACS).

[...] Aí quando foi de manhã na hora dela sair pra trabalhar ele pegou e levou ela pra dentro do banheiro e bateu, ficou toda roxa [...] (Participante 15, Técnico de Enfermagem).

O número alarmante de mulheres em situação de violência doméstica decorre das relações sociais desiguais estabelecidas no modo de produção vigente, que apresenta consequências reais para a vida da classe trabalhadora, especialmente a elas. A instauração de uma sociedade patriarcal foi e continua sendo muito útil para manter esse modo de produção, o que propicia a coisificação da mulher, reafirmando a ideia de que as mulheres são submetidas às vontades do

patriarcado, ao satisfazerem seus prazeres e assumirem a função de cuidar de seus filhos, o que dificulta o desenvolvimento social, econômico, político, cultural, entre outros, além de contribuir para o aumento das diversas formas de violência cometidas contra elas (Sousa; Sirelli, 2018).

O termo *sensível* foi o terceiro mais prontamente evocado, retratando um provável estado das mulheres em situação de violência doméstica pelas percepções das(os) profissionais de saúde, uma vez que essas mulheres tendem a ficar mais fragilizadas, necessitando de uma atenção maior, ser escutada, contando com apoio e incentivo para o enfrentamento da violência. O participante expressou:

[...] Primeiramente, tem que ser feito um trabalho de autoestima, porque a pessoa, tá ali sensível, muitas vezes, debilitada [...] (Participante 16, ACS).

A segunda periferia contempla os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados quando comparadas ao núcleo central e à primeira periferia, que constitui a interface mais próxima da representação, com as práticas sociais (Silva *et al.*, 2015). Evidencia-se, entre eles, uma ordem de maior frequência para menor, sendo essa: *paciente, atitude, conquistadora, avó, direito, esperança, família, independente, gentil e sincera*.

O termo *gentil*, mais prontamente evocado, seguido de *avó* e *esperança*, provavelmente contempla uma representação das(os) profissionais de saúde, a qual se refere ao ser mulher, mostrando uma visão de gentil e cuidadora como avó e, por ser idosa, é um exemplo a ser seguido por outras mulheres. A esperança está relacionada ao fato de que, apesar de tudo que passam, acreditam que um determinado momento tudo irá se modificar. Dando continuidade à ordem decrescente dos termos prontamente evocados, estão: *sincera, família, conquistadora, direito, independente, paciente e atitude*, reforçando assim os termos conceituais *guerreira* e *mãe* evocados no NC.

No que diz respeito aos termos *família* e *direito*, evocados na segunda periferia, em quinto e sexto lugar por ordem decrescente, direcionam-se à relação que as(os) profissionais fazem sobre a família ser elemento de peso no momento da escolha de sair da situação de violência doméstica contra a mulher, sendo notório que a figura materna esquece do sofrimento para proteger os próprios filhos e a família, sendo possível observar a privação de ações e vontades por seus parceiros, suprimindo os seus direitos. Os participantes comentaram:

[...] elas não querem que os filhos sofram a questão da perda da família, só que essa família não é uma família de verdade, não é uma família concreta, não é estruturada [...] (Participante 2, ACS).

[...] só salientar assim que essa questão de que a roupa não influencia nada, porque ninguém tem o direito de violentar a outra por causa de roupa, a mulher tem o direito de ir e vir, com roupa curta ou sem roupa curta [...] (Participante 8, Técnica de Enfermagem).

Dessa forma, por não terem como garantir a própria sobrevivência financeira nem a de seus filhos, sujeitam-se à dependência econômica dos agressores. Percebe-se, então, que a questão social e a dependência financeira trazem ainda uma relevante influência nessa dinâmica de violência, aprisionando diversas mulheres.

Os elementos de contraste são termos associados aos sentimentos, os quais, possivelmente, são representações sociais das(os) profissionais de saúde em relação ao que se imagina aos sentimentos de ser mulher. Eles também podem ser considerados importantes e, possivelmente,

vão reforçar as ideias constantes na primeira periferia, ou também podem revelar a existência de um subgrupo minoritário que possui representações diferentes (Silva *et al.*, 2015). Os sentimentos estão por ordem decrescente: *feminina*, evocado dez (10) vezes; *responsabilidade*, evocado seis (6) vezes; *frágil e respeito* evocados ambos cinco (5) vezes; *protetor*, evocado quatro (4) vezes e *humana, liberdade, organização, perseverança e privilégio*, todos evocados três (3) vezes, respectivamente e, tendo, assim, as falas das(os) participantes de encontro com as evocações:

[...] a mulher precisa de alegria para organizar a vida com leveza e o jeito feminino é necessário tanto no físico como na saúde [...] (Participante 13, TSB).

[...] às vezes acaba se envolvendo com as drogas e vai virando a bola de neve e a mulher por ser assim na maioria das vezes mais sentimental, mais frágil, acaba sofrendo mais [...] (Participante 16, ACS).

[...] Porque a gente chega pra elas e fala assim olha, se você não quer ter relação sexual ele precisa respeitar, porque à medida que ele não respeita isso é uma violação [...] (Participante 2, ACS).

[...] uma coisa inaceitável, em pleno século XXI com toda a nossa liberdade de expressão, liberdade de escolha e ainda existir isso [violência doméstica contra a mulher] [...] (Participante 14, Enfermeira).

A mulher em situação de violência doméstica é comum trazer consigo mesma a baixa autoestima, a desvalorização de si mesma e, conseqüentemente, tornar-se um ser fragilizado, que inspira na sociedade o sentimento de piedade, o que perpetua a antiga imagem da mulher dependente, fraca e que não pode se igualar ao homem (Soares *et al.*, 2014).

Essa subserviência da mulher em relação ao homem é construída historicamente e, para superá-la, é necessário buscar elementos que propiciem o entendimento da realidade atual de abuso e violência, relacionando isso com a escassez de políticas públicas, que visam assegurar maior proteção, bem como as formas de resistência dos movimentos feministas, que vêm lutando arduamente para a conquista de direitos, mas que ainda se deparam com dificuldades e falta de reconhecimento mesmo entre elas (Sousa; Sirelli, 2018).

Com as análises das representações sociais sobre o ser mulher, no contexto de violência doméstica entre as(os) profissionais de saúde que atuavam na ESF, evidenciou uma representação estruturada, que contém elementos conceituais, imagéticos e atitudinais. As representações do ser mulher se encontram ancoradas no imaginário social, naturalizadas ao longo dos anos, resultante das relações sociais desiguais de gênero estabelecidas entre o masculino e o feminino, o que configura a submissão da companheira ao companheiro. Contudo, atualmente, muitas conquistas já foram alcançadas, além das atividades domésticas, o cuidado com o marido e os filhos, também se somam outras atividades fora do âmbito familiar.

As representações sociais das(os) profissionais de saúde definem responsabilidades e compromissos de mãe, como cuidadora-do-lar, avó, somadas às necessidades de ser independente, ter trabalho, ser feminina, amorosa e gentil. As cobranças só aumentam e, por muitas vezes, as mulheres precisam desempenhar todas essas funções ainda têm de saber enfrentar a vivência de violência doméstica.

Acredita-se que o conhecimento das representações sociais das(os) profissionais de saúde acerca do ser mulher, no contexto de violência doméstica, possibilite a problematização desse fenômeno com a equipe, bem como facilite a busca de capacitações para o melhor acolhimento, estratégias de prevenção e enfrentamento da violência, principalmente em relação às questões de gênero. Além do mais, tendo destaque para a desigualdade nos papéis sociais estabelecidos

para a mulher e para o homem, entre outros aspectos. Dessa forma, uma abordagem completa para enfrentar a violência de gênero deve levar em consideração a interseccionalidade das identidades das mulheres, garantir que políticas e intervenções sejam inclusivas e sensíveis a essas múltiplas realidades.

Com o presente estudo, manifesta-se a necessidade de novas pesquisas para a convalidação dos dados encontrados entre as(os) profissionais entrevistadas(os), destacando-se também uma dificuldade de discutir os achados encontrados com a pesquisa, em virtude da escassez de produções atuais envolvendo o objeto deste estudo.

Referências

- ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições70, 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). *CEPAL*: ao menos 4.473 mulheres foram vítimas de feminicídio na América Latina e no Caribe em 2021. Santiago do Chile, 2022. Disponível em: [https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/cepal-menos-4473-mulheres-foram-vitimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021#:~:text=Em%202021%2C%20ao%20menos%204.473,e%20o%20Caribe%20\(CEPAL\)](https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/cepal-menos-4473-mulheres-foram-vitimas-feminicidio-america-latina-caribe-2021#:~:text=Em%202021%2C%20ao%20menos%204.473,e%20o%20Caribe%20(CEPAL)). Acesso em: 26 abr. 2024.
- COSTA, A. A. A.; SARDENBERG, C. M. B. (org.). *O feminismo no Brasil: reflexões teóricas e perspectivas*. Salvador: NEIM/UFBA, 2008. Disponível em: <http://www.neim.ufba.br/site/arquivos/file/feminismovinteanos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- CORREIA, C. M. *et al.* Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 118-25, mar. 2014.
- CHAGAS, L.; CHAGAS, A. T. A posição da mulher em diferentes épocas e a herança social do machismo no Brasil. *Psicologia.pt.*, p. 1-8, 23 jul. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1095.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.
- MENDES, R. S.; VAZ, B. J. O.; CARVALHO, A. F. O movimento feminista e a luta pelo empoderamento da mulher. *Gênero & Direito – Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre*

Gênero e Direito, João Pessoa, n. 3, p. 88-99, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/viewFile/25106/14464>.

Acesso em: 08 out. 2018.

MORAIS, M. O.; RODRIGUES, T. F. Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. *Revista de Ciências Humanas*, Viçosa, v. 16, n. 1, p. 89-103, jan./jun. 2016.

SANTOS, S. M. J.; NERY, I. S. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um olhar sobre a atuação do ministério público. *Revista FSA*, Teresina, v. 13, n. 2, p. 86-101, mar./abr. 2016.

SILVA, C. D. et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 22-9, fev. 2015.

SOARES, M. C. S. et al. Significados e influências da violência doméstica: sentimentos refletidos por mulheres em situação de violência. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 5, p. 155-63, dez. 2014. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4494>. Acesso em: 20 out. 2018.

SOUSA, M. O.; SIRELLI, P. M. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 326-45, ago. 2018.

VÈRGES, P. *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações*: EVOC: manual. Versão 5. Aix en Provence: [s. n.], 2002.

Capítulo 2

Ser homem no contexto de violência contra a mulher: representações sociais das equipes da saúde da família

Lorena Prado Neri

Gilberto Alves Dias

Jobandra Cristina Vieira Santos

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires

Juliana Costa Machado

Vanda Palmarella Rodrigues

A violência doméstica contra a mulher pode se manifestar através da violência física, psicológica, patrimonial, verbal e sexual (Brasil, 2006).

O Brasil é o quinto país em que mais se matam mulheres no mundo, com uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, em um grupo de 83 países com dados semelhantes. A violência doméstica contra a mulher pode atingir todas as classes e grupos sociais, entretanto apresentam, em maior proporção, homicídios de mulheres negras, com um aumento de 54,2%, no período de 2003 a 2013, passando de 1.864 para 2.875 (Waiselfisz, 2015). Foram registradas 15.100 notificações no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no estado da Bahia, para ambos os sexos, no período de 2009 a 2012, sendo notificados 9.318 atendimentos de violência doméstica contra a mulher, tendo como principal agressor o cônjuge (Brasil, 2012). Constitui-se, assim, a violência na relação conjugal, culturalmente aceita e construída historicamente com base no patriarcado, o que evidencia as desigualdades de gênero.

No contexto da América Latina, uma pesquisa realizada em 12 países demonstrou que mulheres relataram já ter sofrido violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo. O Brasil apresentou 14% das mulheres entrevistadas; Panamá e Uruguai, 50,2%; e a Bolívia, 58,5% (Bott *et al.*, 2021).

A violência de gênero é permeada pela hegemonia do poder masculino nas relações estabelecidas entre mulheres e homens, tendo como parâmetro a hierarquia de gênero que reproduz os papéis sociais que definem o *ser mulher* e o *ser homem*. Pela invisibilidade da violência e pelas dissimetrias que determinam as normas e regras sociais sobre os comportamentos de mulheres e homens, o homem é posto em condição de superioridade em relação à mulher (Bandeira, 2014).

Ressalta-se a naturalização dos papéis sociais no imaginário social para a mulher de ser mãe, esposa, dona de casa; e para o homem, de ser pai, marido e chefe de família, que foi construído culturalmente, nos quais estão implícitas as desigualdades de gênero, o que define a opressão contra as mulheres (Guedes *et al.*, 2007).

No contexto atual, a mulher continuamente ainda é imposta a uma série de diferenciações, nos diversos âmbitos moldados socialmente, sob a ótica de uma cultura sexista, que demarca um quadro estigmatizante do *ser mulher*, requerendo uma ativa ação política do universo feminino para o enfrentamento das variadas formas de assédio nas esferas familiar, social e laboral. Isso inclui, por exemplo, a diferenciação salarial entre homens e mulheres e a destinação das mulheres à maior inserção no trabalho informal, mal remunerado e não qualificado (Almeida, 2018).

As desigualdades de gênero não devem ser vistas como resultados neutros de um sistema global, mas sim como um sistema dinâmico de opressão, das quais vantagens dadas aos homens resultam nas desigualdades vivenciadas pelas mulheres. Ao buscar a igualdade, é necessário reconhecer que essa análise deve considerar outras relações sociais, como divisões hierárquicas ligadas às classes sociais, grupos étnicos e idade. Além disso, é crucial reconhecer que as mulheres enfrentam desafios adicionais, em virtude da interseccionalidade de suas identidades, em que fatores como orientação sexual, identidade de gênero, raça, classe e outras características exacerbam a discriminação e a violência, tornando mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e outras identidades mais vulneráveis a diferentes formas de opressão (Welzer-Lang, 2001).

Diante do fenômeno evidenciado, apresenta-se como objeto de estudo as representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o *ser homem* no contexto de violência doméstica contra a mulher, fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais (TRS), considerando que todas as relações humanas pressupõem e caracterizam representações sociais com a capacidade de influenciar o comportamento de uma pessoa da coletividade, tendo maior visibilidade, devido ao fato de corresponderem ao produto das ações e comunicações (Moscovici, 2012).

Busca-se, então, uma aproximação da realidade a partir da compreensão de questões sociais, culturais, históricas e ideológicas que permeiam este cenário, uma vez que direcionam as condutas adotadas pelas equipes da ESF no contexto da violência doméstica contra a mulher.

Nessa direção, objetivou-se analisar as representações sociais das(os) profissionais das equipes de ESF a respeito ser homem no contexto de violência doméstica contra a mulher.

O estudo qualitativo, fundamentado na abordagem estrutural da TRS, consiste em um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que uma pessoa ou grupo elabora sobre um objeto, apresentando-se, como uma visão subjetiva e social da realidade (Abric, 2000).

Este recorte da pesquisa foi desenvolvido em 12 Unidades de Saúde da Família (USFs) da zona urbana de um município do interior da Bahia. Os dados foram coletados no período de agosto de 2016 a abril de 2017, por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), aplicada a 100 profissionais das equipes da ESF, e pela entrevista semiestruturada realizada com 24 profissionais das equipes da ESF, entre estas (es): enfermeiras (os), cirurgião (ã)-dentista, Agentes Comunitárias (os) de Saúde (ACSs), técnicas (os) de enfermagem, auxiliar de enfermagem, Técnicas (os) em Saúde Bucal (TSBs).

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado: “Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes saúde da família”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) — Campus de Jequié, sob CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovado sob o parecer nº 1.304.618/2015, no intuito de respeitar as questões éticas previstas na Resolução nº 466/12.

Os critérios de inclusão para seleção das (os) profissionais de saúde foram: ser profissional de saúde da ESF, com atuação mínima de seis meses de experiência na USF; e como critério de exclusão, o afastamento do serviço por férias, ou licença de qualquer natureza.

Os critérios de inclusão para a seleção das USF foram: Unidades onde funcionam duas equipes ou equipe única da ESF da zona urbana que tinham equipe mínima completa, de acordo às exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Inicialmente, foi realizado o contato com a coordenação da USF, para que pudesse viabilizar o agendamento de um encontro com as (os) profissionais de saúde, oportunizando a apresentação da pesquisa às(aos) participantes e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante a realização da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), foi solicitado que a(o) profissional evocasse as cinco primeiras palavras que surgiam em sua mente após o questionamento “Quais palavras vêm a sua mente quando te digo: Ser Homem?”. Em seguida, foi solicitado que a(o) profissional referisse a ordem de importância dos termos.

Utilizou-se o *software* Ensemble de Programmes Permettant 1^{re} Analyses des Evocations (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vèrges para a análise das evocações. Este programa realiza a análise estatística das palavras segundo a frequência e a ordem média de evocação, embasando a construção do quadro de quatro casas, que configura o núcleo central (NC), localizado na parte superior esquerda, e a zona de contraste no quadrante inferior esquerdo, abaixo do NC, e o sistema periférico, localizado nos quadrantes superior e inferior à direita (Vèrges, 2002).

Buscou-se realizar as entrevistas em local privativo da USF, de forma individualizada, sendo gravadas com duração média de quarenta minutos.

Os dados empíricos que emergiram das entrevistas foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com modalidade temática, organizada em três fases: A pré-análise é a primeira fase, em que se organiza o material a ser analisado, a fim de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais através da leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos, além da referenciação dos índices e elaboração de indicadores. A segunda fase consiste na exploração do material com a definição de categorias e subcategorias, identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Por fim, a terceira fase contempla o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2015).

As falas das(os) foram identificadas pela palavra *participante*, acompanhada de um algarismo arábico referente à ordem crescente de realização das entrevistas, seguida da categoria profissional, visando à garantia do anonimato.

Das(os) 100 profissionais de saúde, 89 eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Destas(es), 53 eram ACSs, 11 enfermeiras(os), nove TSBs, 20 técnicas(os) de enfermagem, quatro cirurgiãs(ões)-dentistas e duas médicas(os). As idades das(os) participantes variaram de 27 a 67 anos. No que tange à escolaridade, 15 tinham Ensino Superior completo, 13 Ensino Superior

incompleto, 17 realizaram Pós-graduação *Lato sensu*, 54 Ensino Médio completo e um Ensino Fundamental completo.

Em relação ao tempo de atuação das(os) participantes, 3 atuavam de seis a nove meses; 20, de um a nove anos; 58 de dez a 20 anos; e 19, de 21 a 30 anos. Sobre o tempo de atuação na USF, dez estavam entre seis e 11 meses; 61, de um a nove anos; e 29, de dez a 18 anos. Das(os) 100 profissionais de saúde, 62 já participaram de capacitação sobre violência doméstica.

O *corpus* gerado por meio do estímulo indutor *ser homem* totalizou 497 evocações, sendo 74 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (*rang*) foi três. Já a frequência mínima foi =9, a média =17, e a máxima =29. Dessa forma, obteve-se o seguinte quadro de quatro casas (Quadro 1):

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações das(os) profissionais de saúde frente ao estímulo *ser homem*, 2017.

Rang < 3,00				Rang > 3,00		
Núcleo central				Primeira periferia		
Freq. Méd.		Freq.	O.M.E.	Freq.		O.M.E.
> 17	Companheiro	24	2,875	Honesto	27	3,370
	Forte	27	2,852			
	Pai	29	2,724			
	Provedor	18	2,167			
	Responsável	27	2,222			
	Trabalhador	31	2,871			
Zona de contraste				Segunda periferia		
<17	Batalhador	14	2,643	Amigo	14	3,714
	Egoísta	13	2,462	Amoroso	11	3,364
	Líder	15	2,400	Arrogante	15	3,067
	Machista	11	1,636	Carinhosos	8	4,000
	Protetor	14	2,643	Cuidadoso	10	3,200
				Fiel	9	3,111
				Inteligência	9	3,222
				Respeitador	14	3,357
				Sensível	7	3,143

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Em relação à funcionalidade dos quadrantes, no superior esquerdo, encontra-se o Núcleo Central (NC), o qual abarca as evocações mais socialmente determinadas e significativas para as(os) entrevistadas(os). Dessa forma, o NC contempla evocações de alta frequência, sendo essas ainda as mais prontamente evocadas.

Assim, acredita-se que, como elementos centrais das possíveis representações sociais das(os) profissionais de saúde, em ordem decrescente de frequência, estão os seguintes termos: *trabalhador*, *pai*, *forte*, *responsável*, *companheiro* e *provedor*. Todavia, apesar de o termo *trabalhador* ter obtido a maior frequência do NC, foi um dos menos prontamente evocados. No que diz respeito à média de prontidão de evocações (*rang*), em ordem decrescente, obtiveram-se os termos: *companheiro*, *trabalhador*, *forte*, *pai*, *responsável* e *provedor*.

Nota-se que a dimensão conceitual do NC está representada pelos termos: *pai*, *trabalhador* e *provedor*. Nessa perspectiva, infere-se que as(os) profissionais de saúde ainda contemplam uma representação conceitual do *ser homem* inserido no espaço público, responsável pelo sustento

da família. Dessa forma, com a finalidade de contextualizar as evocações encontradas no NC, apresentam-se trechos das entrevistas:

[...] Porque hoje a gente vê muito ainda só o homem sendo o provedor da casa, e é complicado, não sei se isso ocasiona também essas agressões contra a mulher (Participante 9, Técnica de Enfermagem).

[...] A maioria dos homens que violentam as mulheres se aproveitam dessa situação de ser provedor (Participante 2, ACS).

[...] Provedor porque o homem provê a casa, tem que trabalhar para sustentar a família (Participante 6, TSB).

[...] a formação do homem deve ter sustento na responsabilidade e caráter (Participante 9, Técnica de Enfermagem).

[...] ser trabalhador é o dever de todo homem [...] (Participante 24, ACS).

Em relação à dimensão imagética, percebe-se que está contida nas evocações: *responsável, forte e companheiro*. Assim, nota-se que as(os) profissionais de saúde apresentam representações sociais que idealizam de forma positiva o *ser homem* como observado no trecho a seguir “[...] o homem precisa ser companheiro, está sempre ao nosso lado nos apoiando e ajudando” (Participante 23, ACS).

No lado esquerdo do quadro de quatro casas, encontra-se no quadrante superior a primeira periferia e no quadrante inferior a segunda periferia. Por sua vez, as periferias são regiões com menores frequências quando comparadas ao NC, no entanto, apesar disso, elas são de suma importância, pois buscam complementar as representações sociais das evocações obtidas no NC.

Como evocação na primeira periferia, encontramos o termo *honesto*, o qual reforça mais uma vez uma adjetivação positiva sobre a idealização dessas(es) profissionais sobre o *ser homem*. Já na segunda periferia, em ordem decrescente de evocações, emergiram os seguintes termos: *arrogante, amigo, respeitador, amoroso, cuidadoso, fiel, inteligência, carinhoso e sensível*.

Nesse sentido, nota-se que a maioria das evocações presentes na segunda periferia reforçam as representações sociais de cunho positivo sobre o *ser homem*. Entretanto, o termo *arrogante*, sendo o de maior frequência e mais prontamente evocado nesta periferia, mostra uma nova representação do *ser homem*, sendo essa, por ora, uma significação de caráter negativo.

Convalidando as evocações encontradas na primeira e segunda periferia, apresentam-se algumas falas das(os) entrevistados:

[...] honesto e trabalhador [...] com essas características o homem vai prosperar na vida (Participante 10, ACS).

[...] espera-se que o homem seja protetor e companheiro (Participante 23, ACS).

Por fim, no quadrante inferior esquerdo, emergem os elementos de contraste. Nestes estão presentes as evocações com menores frequências e mais tardiamente evocadas, apesar de serem consideradas importantes para o grupo de profissionais de saúde. Assim, em ordem decrescente de frequência, estão os seguintes termos: *líder, protetor, batalhador, egoísta e machista*. Tal como a segunda periferia, os elementos periféricos vislumbraram adjetivações extremas ao *ser homem*.

Por ora, os profissionais de saúde apresentam representações sociais que qualificam de forma positiva o homem, como também emergem questões de cunho negativo, as quais recaem sobre os termos *machismo* e *protetor*. Ressalta-se, ainda, a força dessas representações quando ligada às questões relacionadas ao patriarcado, as quais colocam o *ser homem* em uma posição de privilégio

na sociedade, enquanto o *ser mulher* ocupa uma posição de submissão. Por sua vez, o *machismo* é intrínseco ao patriarcado e tem forte influência no contexto da violência doméstica contra a mulher.

Assim, contextualizando os resultados dos elementos periféricos, emergem algumas falas das(os) entrevistadas(os):

[...] Então assim, a partir do momento que aquela pessoa sabe que ele exerce um poder sobre outra pessoa, aí pronto, o poder dela se torna maior, da questão da força, por ser homem (Participante 8, Técnica de Enfermagem).

[...] Eu tenho uma paciente assim, que é bem sofrida assim, mas a gente percebe que o marido é controlador, ele que traz ela pra cá, pra vim na unidade, ele fica aguardando, ele que marca. Então tem todo esse caso que o agressor já vem pra tentar abafar a situação. [...] (Participante 13, TSB).

[...] Machista, porque na maioria das vezes a gente vê na situação que muitos homens não levam a sério, não dão importância à mulher (Participante 4, ACS).

Além disso, o termo *protetor* também recai, possivelmente, como uma representação social diretamente ligada ao patriarcado, uma vez que as(os) profissionais de saúde entendem que a mulher necessita de um homem para ser protegida e consequentemente respeitada. Dessa forma, vê-se a figura feminina como uma pessoa submissa à proteção do homem como observado na fala a seguir: “[...] Protetor por ser mais forte, a mulher precisa de um homem para ser respeitada, para se sentir protegida” (Participante 6, TSB).

A violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública que se tornou mais recorrente nas últimas décadas, ganhando cada vez mais visibilidade em meio aos estudos acadêmicos. Assim, pesquisas relacionadas às Representações Sociais (RS) podem auxiliar na formação e capacitação das(os) profissionais de saúde, vislumbrando a prestação de serviços mais qualificados frente aos casos.

Dessa forma, a representação social estruturada tem como objetivo consolidar informações do senso comum, por meio de dimensões conceituais, imagéticas e atitudinais (Moscovici, 2012), emergidas pelas(os) profissionais de saúde.

Por sua vez, o NC de uma representação é o retrato de experiências, condições históricas, ideológicas e sociológicas, as quais emergem a valores, normas e princípios que estão diretamente interligados às RS (Abric, 1984). Nesse sentido, os termos *pai*, *trabalhador* e *provedor* evocados no NC central são representações conceituais das(os) profissionais de saúde. Assim, nota-se que entre as(os) mesmas(os) ainda existe uma classificação de funções estabelecidas de acordo o que rege a construção social naturalizada para homens e mulheres.

Ainda, ressalta-se a complexidade da representação social presente na evocação *provedor*; uma vez que a perspectiva de sustento da família somente pelo homem é um fator que dificulta o rompimento das situações de violência contra a mulher. Tal ocorrência se dá pelo fato de o público feminino não conter recursos para seu sustento e, muitas vezes, das(os) suas(seus) filhas(os), permanecendo junta a seu parceiro.

Segundo Strey et al. (2013), as diferenças sexuais são físicas, e as diferenças de gênero são socialmente construídas. Dessa forma, cada cultura tem imagens do que homens e mulheres devem ser e do que significa *ser homem* e *ser mulher*.

No que diz respeito à dimensão imagética, percebe-se que é evidenciada nas evocações *responsável*, *forte* e *companheiro*. Nesse viés, entende-se que as(os) profissionais de saúde idealizam o *ser*

homem por meio características de cunho positivo. Para esse grupo, o homem ocupa um espaço de importância, o qual retrata muitas vezes os *status* de privilégios que o homem ocupa frente à visão da sociedade.

A categoria analítica *gênero* diz respeito às imagens idealizadas para a mulher e para o homem, que são historicamente construídas, e trazem consigo uma dose significativa de ideologia patriarcal, ao estabelecer uma estrutura de poder que coloca as mulheres em posições inferiores em relação aos homens e em todos os âmbitos da sociedade (Saffioti, 2009).

As periferias buscam oferecer sustentação ao NC, garantindo a sua estabilidade, o que reduz a possibilidade de divergências (Abric, 2000). Dessa forma, na primeira periferia, emerge o termo *honesto*, o qual reforça a ideia positiva encontrada no NC. Já na segunda periferia surgem as seguintes evocações: *arrogante, amigo, respeitador, amoroso, cuidadoso, fiel, inteligência, carinhoso e sensível*.

Por sua vez, nota-se a interação tanto do NC e das periferias, no que diz respeito à visão positiva do *ser homem*. Tal conexão reforça as representações sociais das(os) profissionais de saúde. Entretanto, o termo *arrogante* foge dessa perspectiva, embasando um fator de soberania do homem, o qual é crucial para possíveis situações de violência contra a mulher.

Ressalta-se ainda que a questão de gênero está implícita nas relações sociais, e explícita à necessária confrontação das estruturas de poder, que dificultam o exercício de cidadania das mulheres, uma vez que, apesar dos avanços obtidos, ainda se evidencia um quadro problemático e estigmatizante que exige o enfrentamento e a superação de hierarquias naturalizadas, principalmente através de ações mais efetivas por parte do Estado nas dimensões política, social e jurídica (Almeida, 2018).

Já em relação à zona de contraste, a qual possui baixa frequência, vislumbra-se sobre a mesma auxiliar na consolidação das representações sociais do NC. Além disso, este último quadrante tenta mostrar a representação de uma minoria de profissionais que possuem outra visão sobre o assunto (Abric, 2000). Nesse sentido, emergem da zona de contraste os termos: *líder, protetor, batalhador, egoísta e machista*.

Reforçando a adjetivação de caráter negativo ao *ser homem*, emergem dos elementos de contraste os termos *machista* e *egoísta*, os quais estão diretamente ligados à relação patriarcal presente na sociedade. Por ora, recai sobre essas representações a submissão da mulher frente ao homem, ampliando, assim, as possibilidades que colocam as mulheres em possíveis situações de violência.

Nessa perspectiva, essas relações hierárquicas capacitam o *ser homem* a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres, o que evidencia a disputa pelo poder, o controle da situação e imposição de medo às mulheres (Saffioti, 2009).

Essas diferenciações entre homens e mulheres são forjadas por padrões patriarcais, sexistas, dominantes e resistentes, que são transversais ao contexto de uma sociedade de classes, implicando um universo constituído das relações de poder subordinação (Almeida, 2018).

Além disso, emergem dos elementos de contraste os termos *líder, protetor, batalhador*. Assim como nas periferias o termo *batalhador* recai sobre adjetivações de cunho positivo ao *ser homem*. Entretanto, o termo *líder* e *protetor* vislumbra circunstâncias que podem colocar a mulher em situação de inferioridade, uma vez que a sociedade associa esses termos a posições ocupadas pelo homem como *líder* e responsável por fazer escolhas pela mulher.

Ainda, o termo *protetor* abrange consigo, possivelmente, mais uma representação de cunho positivo ao *ser homem*. No entanto, ressalta-se que em alguns casos, *protetor* evidencia a suposição de que a mulher não é suficientemente capaz de se proteger sozinha.

Por sua vez, o conhecimento das relações de exploração e opressão por si só não é suficiente para que os homens renunciem aos privilégios reproduzidos historicamente. Urge estabelecer um limite, pois romper com as relações e os preconceitos tão arraigados é impossível individualmente, considerando que a estrutura material reafirma esse lugar, mesmo que homens e mulheres questionem esses papéis e lugares sociais (Sousa; Sirelli, 2018).

Portanto, entende-se então que a problemática da violência doméstica contra a mulher se vislumbra em torno das relações de gênero, nas quais as mulheres são inferiorizadas em relação aos homens.

Nesse contexto, ressalta-se que as representações sociais das(os) profissionais de saúde estão diretamente ligadas a conceitos que reconhecem o *ser homem* em uma visão tanto positiva, quanto negativa. Nota-se que as(os) profissionais entendem a representação social do homem *trabalhador e provedor* como uma questão de cunho negativo, uma vez que isso retira as possibilidades de independência da mulher, o que por ora a deixa mais vulnerável às situações de violência doméstica.

Ademais, evidencia-se que, possivelmente, as(os) profissionais de saúde ainda vislumbrem o *ser homem* como *líder*, o que retira da mulher a possibilidade de representações frente a diversos cargos da sociedade. Além disso, nota-se, também, que a mulher ainda é vista como sensível, que necessita do homem para garantir sua *proteção*.

Por fim, vê-se que as relações de gênero ainda colocam o homem em *status* de privilégio, enquanto a mulher ocupa um espaço de submissão. Entretanto, mais pesquisas são necessárias para convalidar os achados aqui apresentados. Dessa forma, entende-se que esse fator age como limite para o presente estudo.

Referências

ABRIC, J. C. A. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

ABRIC, J. C. A. A theoretical and experimental approach to the study of social representations in situation of interaction. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (ed.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

ALMEIDA, C. R. N. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 3, e47164, 2018.

BRASIL. Lei nº 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 União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de violências e acidentes (VIVA). *Violência doméstica, sexual e/ou outras violências*. 2012. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>. Acesso em: 03 set. 2018.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 449-69, maio/ago. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BOTT, S. *et al.* La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*, v. 45, e34, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53351?locale-attribute=pt>. Acesso em: 26 abr. 2024.

GUEDES, R. N. *et al.* A violência conjugal sob o olhar de gênero: dominação e possibilidade de desconstrução do modelo idealizado hegemonicamente de casamento. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 6, n. 3, p. 1-9, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/j.1676-4285.2007.1103/261>. Acesso em: 17 set. 2018.

MOSCOVICI, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres*. Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos. Rio de Janeiro: FLACSO - Brasil, p. 1-44, jun. 2009. Disponível em: http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

SOUSA, M. O.; SIRELLI, P. M. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 326-345, ago. 2018.

STREY, M. N. *et al.* *Psicologia social contemporânea: livro-texto*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VÈRGES, P. *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações: EVOC: manual*. Versão 5. Aix en Provence: [s. n.], 2002.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília: Flacso, 2015.

Capítulo 3

Saúde da mulher em situação de violência doméstica sob a ótica das equipes saúde da família

*Michele Silva dos Santos
Larisse Ramos de Oliveira
Giane Lopes Oliveira
Gilberto Alves Dias
Ninalva de Andrade Santos
Juliana Costa Machado
Vanda Palmarella Rodrigues*

A violência doméstica contra a mulher decorre da desigualdade de gênero, do sistema de opressão e dominação do homem sobre a mulher, baseada na hierarquia de gênero atravessando as imagens reprodutoras dos papéis sociais que definem o *ser mulher* e o *ser homem* (Gomes *et al.*, 2014).

A Lei Maria da Penha traz, em seu Artigo 5º, que a violência doméstica contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial, no âmbito da unidade doméstica ou familiar, e em qualquer relação íntima ou não (Brasil, 2006).

Por sua vez, a violência advém das desigualdades baseadas na condição do sexo, com início no contexto familiar em que as relações de gênero se constituem no protótipo de relações hierárquicas. Nessa direção, quem oprime e quem se sujeita pode ser marcado pela raça, idade, classe, etnia e outros fatores que remodelam as relações do núcleo familiar (Bandeira, 2014).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil no ano de 2013 ocupava a quinta posição no *ranking* global de violência doméstica contra a mulher, entre os 83 países do mundo, ficando abaixo dos países El Salvador, Colômbia, Guatemala e da Federação Russa, que mantêm taxas maiores que as do Brasil. Em relação aos países civilizados, nosso país possui 48 vezes mais homicídios de mulheres que o Reino Unido; 24 vezes mais homicídios de mulheres que Irlanda e Dinamarca; e 16 vezes mais homicídios de mulheres que Japão ou Escócia (Waiselfisz, 2015).

O número de vítimas de homicídio, no ano de 2013, foi de 4.762 o que equivale a uma taxa de 4,8 por 100 mil mulheres. Esses dados resultam no total de 2,4 vezes maior que a taxa

média internacional (Waiselfisz, 2015). Em 2015, houve uma redução de vítimas, caindo para 4.621 homicídios, o que corresponde a uma taxa de 4,5 por 100 mil mulheres (Cerqueira *et al.*, 2017). O significado da magnitude destes dados é pouco percebido e, muitas vezes, ignorado, podendo ser melhor compreendido ao comparar a situação do Brasil com a de outros países do mundo.

Uma pesquisa realizada pelo Mapa da Violência em 2013, segundo as unidades federativas (UFs) a região Sudoeste e Nordeste, apresentou os maiores números de vítimas 1.604 e 1.546, respectivamente, seguida pela região Sul (595), Centro-Oeste (514) e Norte (503) (Waiselfisz, 2015).

Quanto ao estado da Bahia, em 2013, o ordenamento das UFs, segundo taxas de homicídio de mulheres, ocupou a 12^a posição, com 5,8 por 100 mil mulheres. O município de Salvador registrou 115 homicídios, o que corresponde a uma taxa de 7,9 por 100 mil mulheres. Vitória, Maceió, João Pessoa e Fortaleza encabeçam as capitais com taxas mais elevadas, acima de 10 homicídios por 100 mil mulheres (Waiselfisz, 2015). Já no ano de 2015, a taxa de homicídio da Bahia caiu para 4,9 por 100 mil (Cerqueira *et al.*, 2017).

Por conseguinte, mesmo que a situação atual mostre uma redução nos números, a situação real é caracterizada pelos elevados índices de assassinatos de mulheres, o que preocupa a tendência histórica que evidencia um lento, mas contínuo crescimento na violência doméstica (Waiselfisz, 2015). Os dados apresentados revelam que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Em inúmeros casos, até ocorrer a violência fatal, o público feminino é vítima de uma série de outras violências de gênero (Cerqueira *et al.*, 2017).

A violência doméstica não só é uma violação dos direitos humanos, como também afeta as questões de saúde, em virtude do aumento dos atendimentos desencadeados pelas lesões, traumas e mortes. Assim, constitui-se como um importante problema de saúde pública. Nessa perspectiva, destacam-se o impacto sobre o perfil demográfico e epidemiológico da população, em que se tem várias implicações para os sistemas de saúde, sobretudo as decorrentes da grande necessidade de assistência, emergência e reabilitação das vítimas (Porto; Júnior; Lima, 2014).

A violência doméstica contra a mulher interfere no estado emocional, diminui a autoestima e traz prejuízos, sobretudo à sua saúde pessoal, mental e reprodutiva (Gomes *et al.*, 2015). As formas de violência podem afetar a mulher em seu ser, e em seu estar no mundo, o que passa a ser expressivo pela linguagem corporal, podendo deixar marcas reais e sensíveis. As múltiplas formas de expressão são desencadeadas pela violência que ocorre dentro do âmbito familiar sofrida diariamente, construída de uma situação real e consciente da agressão física, psíquica, moral e social, considerando a interrelação entre o agressor e a vítima (Nascimento; Ribeiro; Souza, 2014; Oliveira *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2018).

A violência doméstica contra a mulher segue perpetuando o ciclo da violência no qual inicia-se de forma lenta e silenciosa com desentendimentos, humilhação, intimidação, seguida por ameaças como a separação, o impedimento de participação na vida dos filhos, entre outros. Assim, avançam-se para os conflitos e agressão física. E, após os ataques ao corpo, ocorrem as fases de arrependimentos, promessas de mudanças, levando a mulher à reconciliação. No entanto, esse período é temporário com retorno para a fase inicial e, com isso, as situações de violência só tendem a piorar, promovendo reações, sentimentos e repercussões da violência doméstica (Lucena *et al.*, 2016).

Neste interim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária na atenção à saúde como reorganizadora do modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de expandir, qualificar e consolidar a atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e causar impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2017).

Considerando a violência como uma questão de saúde, a ESF é um *locus* privilegiado de intervenção, sendo representada como porta de entrada dos casos de violência doméstica, configura-se, assim, como um espaço de acolhimento e elaboração de projetos de apoio às mulheres em situação de violência (Porto; Júnior; Lima, 2014).

Possibilitam-se a longitudinalidade do cuidado e o desenvolvimento de vínculo estabelecido entre os gestores, usuários, familiares, comunidade, profissionais e equipes, favorecendo a construção das relações de afetividade, confiança entre o usuário e os profissionais da saúde, o que facilita a promoção à saúde e a prevenção de agravos (Gomes *et al.*, 2015; Gomes; Erdmann, 2014). Sendo assim, a violência, como resultado de processos históricos e sociais de desigualdades, assume uma preocupação no âmbito da ESF.

Nesse contexto, faz-se crucial destacar os desafios enfrentados diante das sobreposições de opressões vividos por algumas pessoas na assistência à saúde, frente aos cuidados em situações de violência doméstica. Embora políticas transversais abordem desde a promoção da saúde até demandas específicas, persistem as exclusões e contrastes no atendimento, especialmente para grupos vulneráveis como a população LGBTQIAPN+. Nos serviços de saúde, pessoas travestis e transexuais, particularmente mulheres transexuais, frequentemente enfrentam manifestações discriminatórias, refletidas em suas condições de saúde. A ausência do debate sobre interseccionalidades nessas políticas de saúde é crítica, pois diferentes camadas de vulnerabilidades podem intensificar as desigualdades e marginalizações desses grupos minoritários. Essas interseccionalidades precisam ser consideradas para uma abordagem inclusiva, eficaz no cuidado e assistência à saúde dessas comunidades (Nogueira; Leitão; Silva, 2021).

Nessa perspectiva, é indispensável a atenção da equipe de profissionais de saúde para as situações de violência vivenciadas pelas usuárias da ESF, buscando oferecer apoio, acolhimento e resolutividade, além de empoderá-las ao enfrentamento da violência e à necessidade de superar as adversidades com o respaldo legal e apoio deles.

Desse modo, para uma assistência qualificada é necessário mais que um olhar clínico para identificar os aspectos peculiares que estão relacionados ao processo de adoecimento, além de uma escuta sem julgamentos, que requer uma assistência sensível e integral capaz de identificar a violência sofrida pela mulher com o agravo à saúde.

Diante do exposto, o estudo se justifica pela importância que a ESF representa para a comunidade, no sentido de apoiar e proteger a mulher em situação de violência doméstica, o que oportuniza as equipes da ESF oferecer uma atenção ampliada que incorpore a compreensão, a mudança de atitudes e práticas, cujas ações ultrapassem o simples diagnóstico biologicista e curativista das lesões físicas para uma atenção holística, integral e singular às necessidades das mulheres.

Nessa direção, objetivou-se descrever a visão das (os) profissionais de saúde sobre as implicações da violência doméstica para a mulher.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Este recorte teve como participantes 24 profissionais das USF de um município do interior baiano, entre estas(es), quatro enfermeiras(os), um(a) cirurgião(ã)-dentista, 13 Agentes Comunitárias(os) de Saúde (ACSs), três técnicas(os) de enfermagem, um(a) auxiliar de enfermagem, e duas (dois) técnicas(os) em saúde bucal (TSBs), selecionados a partir dos critérios de inclusão: profissionais das equipes da ESF, que tinham no mínimo seis meses de atuação e, como critério de exclusão, o afastamento do serviço por férias ou licença de qualquer natureza.

Para a escolha das USF, utilizou-se os critérios de inclusão: USF, a qual funcionam duas equipes da ESF ou equipe única da zona urbana, com equipe mínima completa, conforme os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde. Assim, o estudo foi realizado em cinco USF, sendo uma com equipe única, e outra com quatro equipes duplas, considerando a disponibilidade das mesmas.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2016 a abril de 2017. Inicialmente, foi realizado o contato prévio com a coordenação da USF, solicitando agendamento de um encontro com as(os) profissionais das equipes da USF, de maneira que as pesquisadoras pudessem explicar a finalidade da pesquisa e convidar as(os) profissionais que tivessem interesse de participar da pesquisa.

Para tanto, após explicar o objetivo do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), procedeu-se a gravação da entrevista semiestruturada em um local apropriado na própria USF, com duração média de 40 minutos, a partir das seguintes questões norteadoras: Entendimento sobre violência doméstica contra a mulher; e Percepção das práticas de cuidado desenvolvidas à mulher em situação de violência, pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

A análise dos dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo, modalidade e temática, seguindo três fases: A de pré-análise, que é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante; (b) escolha dos documentos; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referência dos índices e elaboração de indicadores. A segunda fase consiste na exploração do material, com a definição de categorias e subcategorias; a identificação das unidades de registro; e das unidades de contexto nos documentos. E a terceira, diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2015).

Nesse processo, os resultados foram organizados em três categorias temáticas: 1ª: Areação da mulher após agressão e respectivas subcategorias (ficam em silêncio, afastamento do meio social, permanecem na situação de violência, desabafa com a equipe, retiram a queixa); 2ª: Sobre os sentimentos após agressão e respectivas subcategorias (sentir medo, vergonha e sofrimento); e 3) As repercussões da violência doméstica para a saúde da mulher e sua respectiva subcategoria (tentativa de suicídio).

A pesquisa foi submetida ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovada sob o parecer nº 1.304.618/2015, respeitando os preceitos éticos e legais inerentes à Resolução nº 466/12, com a finalidade de cumprir todas as exigências éticas da pesquisa em saúde que envolve seres humanos. As falas foram

identificadas no texto através da palavra *participante*, seguida do número que correspondeu à ordem de realização das entrevistas e da categoria profissional.

Categoria 1: Reação da mulher após agressão

Nessa categoria, as (os) profissionais de saúde destacaram que as mulheres ficam em silêncio, afastam-se do meio social, permanecem na situação de violência, desabafam com a equipe e retiram a queixa, como reação após a agressão.

Subcategoria 1.1: Ficam em silêncio

As (Os) profissionais de saúde destacaram que a mulher não dá visibilidade à situação de violência doméstica, ficando em silêncio, conforme as falas a seguir:

[...] Elas escondem, as que falam. (Elas) Falam sobre a questão que o marido xingou [...] (Participante 5, Enfermeira).

E quase sempre essas mulheres ficam silenciosas, não falam, não comentam, por vergonha. [...] E aí ficam caladas. Basicamente, é isso [...] (Participante 7, ACS).

[...] E, às vezes, são várias situações que abrangem isso, que as mulheres acabam se calando (Participante 9, Técnica de Enfermagem).

[...] Algumas se fecham, porque é mais fácil para elas se fecharem (Participante 12, ACS).

Algumas mulheres permanecem em silêncio pela violência doméstica sofrida, outras por vergonha e medo do que pode acontecer se alguém ficar sabendo das situações que elas passam ou vem passando. E, assim, seguem caladas, sem conseguir desabafar com outras pessoas.

O estudo mostrou que as mulheres têm uma compreensão vaga de percepção a respeito da vivência de violência, como uma forma de aprisionamento mental, através dos sentimentos de humilhação e vergonha que sentem delas próprias, por permanecerem nessa situação (Zancan; Wassermann; Lima, 2013).

O silêncio pode ser entendido como um dos artifícios de defesa diante à violência, considerando os sentimentos de fragilidade e impotência decorrentes da agressão sofrida contra a mulher, que na maioria das vezes, sem protestos e sendo atacada, só lhes resta submeter-se à própria situação. As ameaças e ataques contribuem para o isolamento, impedindo-a de expor a violência vivida, levando-a a se refugiar num silêncio (Dutra *et al.*, 2013).

Subcategoria 1.2: Afastamento do meio social

Com o passar dos sucessivos atos de violência, as mulheres passam a se restringir de suas relações familiares, para não representarem um risco ao agressor, configurando um isolamento social, que pode contribuir para o medo das frequentes ameaças, agressões e vergonha por se manter na relação (Dutra *et al.*, 2013). De modo geral, é comum ocorrer essa retração já que na maioria dos casos de violência doméstica contra a mulher. A autoestima é um dos fatores mais afetados como repercussão negativa do impacto da violência vivenciada, principalmente pela depreciação da autoimagem, resultante dos insultos advindos dos parceiros (Guimarães *et al.*, 2018).

Outro motivo apontado é o afastamento das pessoas ao seu redor, para que não seja percebida a situação de violência, levando as mulheres a se refugiar em um silêncio que se estende até as instituições que poderiam oferecer suporte, conforme falas a seguir:

[...] A mulher vive ali naquela coisa de não sair de casa, desmoralizada. Não tem valor nenhum [...] (Participante 4, ACS).

[...] E a outra pessoa, cada vez mais, vai se recuando, se retraindo (Participante 8, Técnica de Enfermagem).

[...] Não gostam nem de tocar no assunto, eu respeito isso, eu vou até onde elas me permitem ir, mas algumas falam (Participante 12, ACS).

Mediante a vulnerabilidade das mulheres à situação de violência vivida, elas tendem a se excluir da convivência social, do direito de ir e vir, sendo a maioria delas privadas de liberdade (Oliveira *et al.*, 2015). Acredita-se que a representação que as(os) profissionais em geral e os ACSs em particular têm acerca da violência doméstica contra a mulher interfere diretamente na qualidade da assistência dessas vítimas (Broch *et al.*, 2016).

Os ACSs apresentam atribuições estratégicas e complexas, pois além de serem responsáveis pela aproximação entre a comunidade e a equipe de saúde, também têm um vínculo maior com a comunidade de uma forma geral (Hesler *et al.*, 2013), posto que residem no mesmo território, o que parece favorecer que algumas mulheres relatem seus conflitos familiares, e por muitas vezes são os primeiros a perceberem a violência.

Subcategoria 1.3: Permanece na situação de violência

Nessa subcategoria, a fala da(o) profissional vem mostrando a realidade de algumas mulheres que vivenciam situação de violência. No imaginário de algumas delas, denunciar o parceiro é como algo muito grave, pois acabaria com a vida dele e da família que construíram juntos. Então, permanecem na situação de violência. Algumas não encontram apoio na própria família e ficam desamparadas.

Constantemente, o medo gera submissão a um ciclo de violência. A mulher procura ajuda de amigos e familiares inicialmente, mas não obtém êxito, pois, as mesmas, na maioria das vezes, compartilham da ideia de que o público feminino deve obedecer ao parceiro e, dessa forma, permanecer na situação em que está vivendo (Oliveira *et al.*, 2015).

[...] Olha só, elas procuram a Delegacia da Mulher, dão a queixa, mas depois (elas) voltam pra o marido de novo [...] Acabam voltando pro parceiro de novo, e aí a gente não vai atrás, o pessoal não vai atrás [...] (Participante 6, ACD).

Estudos mostram que aproximadamente 34% das mulheres em situação de violência buscam atendimento na USF ou em serviços especializados de atendimento à mulher, voltando a viver com o agressor, à esperança de melhorar o relacionamento conjugal (Broch *et al.*, 2016). Ou seja, as mulheres agredidas pelos seus companheiros não conseguem interromper com o ciclo da violência. Assim, elas têm seus direitos humanos violados, além de ficarem vulneráveis às agressões, com riscos à vida, à saúde e à integridade física (Pereira; Ferreira, 2017).

Subcategoria 1.4: Desabafa com a equipe

Pesquisas corroboram que a USF constituiu o primeiro local de auxílio às mulheres em situação de violência, sendo importante para detecção do problema, e favorecendo a identificação de agravos à saúde da população. Por conseguinte, é criado um vínculo entre profissional, mulher e equipe, alguém com quem essa mulher possa contar, que a escute, aconselhe, apoiando-a em suas decisões. Por vezes, a abordagem da violência doméstica com as usuárias se torna difícil, pois muitas delas a omitem, por medo ou vergonha (Gomes *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, os participantes destacaram:

[...] Ó, primeiro que as mulheres, elas mesmo(as) fala(m) pra gente, porque elas usam o profissional no caso, assim o agente de saúde como uma pessoa amiga que ela pode contar e que sabe que não vai se envolver diretamente na história, não vai [...] é quebrar a confiança dela falando pra outra pessoa, e nem vai quebrar a confiança dela falando pro próprio agressor, então ela se sente segura, ela precisa desabafar com alguém [...] (Participante 2, ACS).

[...] Elas [mulheres] procuram só para desabafar [...] elas querem conversar, elas querem ouvir, acho que elas saem daqui se sentindo melhor [...] Só querem que a gente acalme o emocional dela, que a gente oriente, só buscam palavras mesmo de consolo [...] (Participante 14, Enfermeira).

A(o) ACS é um profissional que está mais perto dessas mulheres em situação de violência. Elas(es) conseguem estabelecer uma relação amigável e na maioria das vezes, é a(o) única(o) profissional que essas mulheres têm a coragem de procurar e se abrir. Para além delas(as) demais profissionais têm seu papel fundamental neste vínculo com uma assistência qualificada e com um olhar para as subjetividades da mulher.

Estudos destacam a necessidade do encaminhamento da mulher em situação de violência para uma rede resolutiva, enfatizando que os profissionais da saúde devem priorizar, inicialmente, a escuta e o diálogo, de modo a fortalecer o vínculo de maneira que a mulher tenha a possibilidade de expressar todas as implicações inerentes ao contexto da violência (Broch *et al.*, 2016; Rodrigues *et al.*, 2014; Silva; Padoin; Vianna, 2015).

Subcategoria 1.5: Retiram a queixa

As(Os) profissionais das equipes da ESF ressaltaram a retirada da queixa como uma problemática vivenciada pela mulher em situação de violência e que muitas não denunciavam, pois sabem que vão retirar a queixa, de acordo com as falas explicitadas a seguir:

[...] A gente vê aí casos de mulheres que são espancadas, ameaçadas, elas vão e dão queixa, no dia seguinte tiram a queixa [...] (Participante 5, Enfermeira).

[...] Elas não quiseram dar queixa, elas disseram que não iam dar queixa, porque iam voltar pra casa e ia acontecer tudo do mesmo jeito [...] E disse que não ia dar queixa, que não ia fazer nada [...] as próprias mulheres disseram que não adianta dar queixa [...] (Participante 14, Enfermeira).

[...] Ela acaba voltando para retirar a queixa, aqui tem muitas assim, elas voltam para o agressor [...] (Participante 15, Técnico de Enfermagem).

O estudo afirma que no momento de desespero, das ações pela intimidação e ameaça, por meio de humilhação, rejeição, exploração e agressão verbal, a mulher em situação de violência doméstica se posiciona em denunciar, mas o sentimento de culpabilização é uma das formas de revitimização e, assim, param para refletir, acabando por retirar a queixa e, em sua maioria, não conseguem denunciar. Por não terem apoio, muitas vezes, a situação na qual se encontram ou a sua situação financeira as obrigam a permanecer ao lado dos parceiros (Melo; Pederiva, 2016).

O projeto de Lei do Senado nº 324 de 2016 acrescenta um parágrafo único ao art. 16 da Lei Maria da Penha, Lei nº. 11.340, para instituir prazo de reflexão à renúncia de representação. Acrescido no prazo de 60 dias, tem-se por escopo evitar que a vítima, movida por medo ou compaixão momentânea, arrependa-se e desista da representação contra o agressor, o que acaba por incentivar a reiteração das hostilidades (Brasil, 2016).

Estudos evidenciaram que as mulheres não reagem à violência e pressupõem que a Lei Maria da Penha não solucionará a situação após a queixa. Além disso, a saída do agressor da prisão propiciará seu retorno com mais raiva e sede de vingança. A retirada da denúncia também pode ser justificada pelo sentimento de afetividade ao parceiro, pela dependência financeira, as ameaças recebidas, o desejo de reconstruir a família e pela esperança de que o cônjuge possa mudar (Porto; Junior; Lima, 2014; Zancan; Wassermann; Lima, 2013; Rodrigues *et al.*, 2014; Silva; Padoin; Vianna, 2015).

As(os) profissionais de saúde precisam estar atenta(o)s aos cenários de violência vivenciadas pelo público feminino nos vários contextos da assistência à saúde. Cabem a elas buscar apoio nas redes de atenção às mulheres em situação de violência doméstica, visando à articulação intersetorial, para que suas ações tenham resultados e, assim, os serviços de saúde promovam acolhimento com uma relação de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe e as usuárias, além de uma escuta qualificada às necessidades, de forma que possam estimulá-las e empoderá-las a denunciar com consciência crítica sobre as questões de autonomia, independência, gênero (Gomes *et al.*, 2014).

Categoria 2: Sentimentos da mulher após agressão

Nesta categoria, as(os) profissionais das equipes da ESF destacaram alguns sentimentos das mulheres após a agressão: medo de represália, agressões físicas ou da situação do agressor ao chegar em casa, e de morrer; vergonha pela discriminação da sociedade ou mesmo da família pela situação vivenciada, e pelo sofrimento, mediante as agressões que, na maioria das vezes, são presenciadas pelos filhos.

Subcategoria 2.1: Medo

O estudo aponta que o medo pode ocasionar a desistência das ações e impedir a mulher de transformar o cotidiano vivido, dando um passo para a liberdade, por meio da denúncia e saída da situação de violência. A manifestação do medo parece transformar as mulheres violentadas em constantes reféns da violência (Oliveira *et al.*, 2015). Sobre este aspecto, ressalta-se a fala do Técnico de Enfermagem a seguir:

[...] Elas acabam todas voltando por medo, não por dependência da pessoa que agrediu, mas (sim) por medo, acabam voltando [...] Aí a gente não tem como orientar mais nada, porque elas têm vergonha de chegar até a gente, porque a gente já tá sabendo que ela voltou para o agressor [...] (Participante 15, Técnico de Enfermagem).

O medo é atribuído à sensação de ameaça sobre o perigo da agressão, sendo uma maneira de controle e intimidação, mantendo a violência silenciada e sem punição. Esse sentimento está relacionado também à insegurança, que contribui para o isolamento da mulher, impedindo-a de expor a agressão vivenciada dentro do lar, o que atinge não somente a ela, como também os filhos e outros familiares.

A falta de apoio da família na maioria das vezes desestimula as mulheres a procurarem ajuda, por conta do medo, das críticas de uma sociedade baseada nos costumes e tradições da submissão do gênero feminino em relação ao masculino (Oliveira *et al.*, 2015). O medo é atribuído à sensação de ameaça sob o perigo da agressão, sendo uma maneira de controle e intimidação, mantendo a violência em silêncio, sem reação (Zancan; Wassermann; Lima, 2013).

Por sua vez, a ocorrência de represálias do agressor influencia também na tomada de decisão de romper o cotidiano, com a manipulação do agressor. Ademais, o medo gera submissão a um ciclo de violência, pela insegurança econômica, receio de ameaças por parte de quem agride, por medo de perder os filhos ou pela valoração atribuída ao casamento, o que reforça a dominação masculina nas relações conjugais (Dutra *et al.*, 2013). Além disso, por receio de ameaças do companheiro, e da insegurança quanto à ação da polícia, a mulher permite que o indivíduo agressor fique em casa. O aprisionamento é relacionado com a perda de liberdade e de dominação pelo outro, encobrindo sentimentos de negação e desubmissão, resultando, assim, em uma fragilizada autoestima (Zancan; Wassermann; Lima, 2013).

Subcategoria 2.2: Vergonha

A violência psicológica com base na Lei Maria da Penha é entendida como qualquer conduta que ocasione dano emocional e diminua a autoestima da mulher (Brasil, 2006). Assim, estar inserida nesse contexto de violência desencadeia um sentimento de vergonha considerado o que a sociedade, vizinhos e até mesmo da família pensam e/ou julgam, a respeito da permanência da mulher na situação de violência. Nessa direção, as(os) profissionais da saúde ressaltaram que:

[...] A grande dificuldade é o comportamento da própria mulher diante da situação, entendeu? Porque não é só denunciar. Tem toda a questão da vergonha, de discriminação [...]. Eu acho que tem várias coisas embutidas nisso [...] (Participante 5, Enfermeira).

[...] Por vergonha, eu acho que nem é medo não [...]. É vergonha mesmo! De tanto que ela tá humilhada [...]. Você, adulta, tomar uma surra não é brincadeira não, e você admitir que você tomou alguma surra de alguém [...] (Participante 13, ACD).

[...] Ficam com vergonha e não aparecem mais no posto. Tem vergonha até mesmo de passar pela gente [...] (Participante 15, Técnico de Enfermagem).

As(Os) profissionais das equipes da ESF mostraram que as mulheres em situação de violência doméstica, em sua maioria, negam a situação, encobrem, escondem, não demonstram em público, ficam reclusas, não saem de casa, limitam-se a conviver socialmente e se isolam.

O cotidiano dessas mulheres envolve conflitos constantes de submissão, menosprezo, solidão e humilhação, expostas pela violência física, sexual e psicológica, nos quais são expressos como uma convivência encoberta pelo dominado, tanto pela “ausência de cuidados” e afetos, como uma forma de um aprisionamento mental, através de sentimentos de humilhação e vergonha que sentem delas mesmas, por permanecerem nessa situação (Hesler *et al.*, 2013).

Subcategoria 2.3: Sofrimento

O sofrimento é perceptível em todo o ciclo da violência, sendo que, inicialmente, ele pode ser omitido ou camuflado, mas, com o passar do tempo, e com as repetições de agressões e violências, essa tristeza passa a ser intensa, diante desse misto conflituoso, gerando, também, outros sentimentos, como por exemplo: estresse, irritabilidade, agitação, insegurança, entre outros agravos, conforme explicitado na fala a seguir:

[...] Mas dá pra perceber que são mulheres sofridas. Eu conheço. Eu tenho uma paciente mesmo que ela é bem sofrida [...] Mas dá pra perceber porque ela é bem sofrida, ela é muito assim, agitada, muito, como se tivesse vivendo uma tensão mesmo e a gente percebe [...] A gente percebe muito a tristeza, a irritabilidade também, a feição é uma feição sofrida [...] (Participante 13, ACD).

As várias agressões sofridas por mulheres, dentro de relações afetivas, geram um sofrimento que vai além das lesões corporais deixadas pelos atos violentos, seja moral, seja físico, psicológico ou qualquer outro ato descomedido de força. A mulher, em situação de violência, carrega consigo marcas subjetivas que muitas vezes extrapolam o sentido que os danos físicos podem ter deixado nela. Essa forma de ataque compromete a saúde psíquica da mulher, ocasionando outros efeitos colaterais que afetam não só a mulher agredida, como também todos que estão a sua volta (Guimarães *et al.*, 2018).

O contexto patriarcal constitui um comportamento de dominação e opressão de gênero, tal qual se configura como uma forma do homem controlar, dominar e subordinar a mulher e, por essa dominação, principalmente psicológica, promove na parceira a sensação de culpa e de medo e, assim, ela passa a se sentir humilhada, envergonhada e desonrada no contexto da sociedade e da própria família, com esse advento que provoca sofrimento (Gomes *et al.*, 2014; Guimarães *et al.*, 2018; Lucena *et al.*, 2016).

O estudo aponta que o sofrimento também está ligado à humilhação presenciada pelos filhos, familiares e amigos, e pode ser exposto à vizinhança, além do julgamento dos demais a respeito da permanência da mulher em situação de violência, além do silêncio mediante às agressões, os maus-tratos sofridos pela mulher, que geram perdas significativas em sua saúde física e mental, levando a repercussões na vida da violentada (Gomes; Erdmann, 2014).

Desse modo, é de grande importância que as(os) trabalhadoras(es), que assistem às mulheres em situação de violência, estejam atentas(os) às suas práticas e observem o contexto de vida de cada mulher, contemplando a dimensão humana e social, bem como as suas expressões corporais e emocionais, para decidirem qual atitude se coaduna com as experiências únicas e singulares, que impulsionam o exercício profissional (Rodrigues *et al.*, 2014).

Categoria 3: Repercussões da violência doméstica para a saúde da mulher

Esta categoria traz consigo uma das repercussões mais negativas da violência doméstica contra a mulher, como a tentativa de suicídio, de maneira a cessar a ocorrência traumática propulsor do desgaste da saúde mental, com alterações psíquicas que são desencadeadas pelos transtornos da depressão.

Subcategoria 3.1: Tentativa de suicídio

O adoecimento psíquico da mulher se combina com os achados da literatura. O estudo trouxe as marcas no corpo da mulher em situação de violência doméstica, que sempre eram acompanhadas por grande sofrimento moral, tendo a capacidade de devastar em maiores proporções as situações traumáticas (Oliveira *et al.*, 2015).

[...] Então ela já foi pedir ajuda ao pai, e ela já tentou se matar, não quer viver mais, porque não aguenta mais [...] (Participante 23, ACS).

O sofrimento mental das mulheres em situação de violência pode ser destacado por sintomas de depressão, pensamentos repetitivos, acúmulo de problemas, ansiedade, hostilidade, afastamento social, tristeza, desânimo, entre outros efeitos negativos que afetam a saúde mental da mulher (Gomes *et al.*, 2014).

Os estudos corroboram com os resultados do trabalho nos quais a depressão e a morte são elementos que desencadeiam o suicídio. O desejo de morrer seria, na verdade, uma forma de sair da situação de sofrimento e da dor. Um dado importante, observado em um estudo, apontou que 39% das mulheres que sofrem agressões nos lares já cogitaram cometer suicídio, o que evidencia que a violência doméstica contra o gênero feminino provoca efeitos como a má qualidade de vida e prejuízos para a saúde mental (Zancan; Wassermann; Lima, 2013).

A tentativa de suicídio e o ato de se suicidar, propriamente dito para mulher, apontam a vivência de violência como um dos motivos precipitantes e, dessa forma, o distanciamento das relações sociais e familiares, as agressões físicas, verbais, psicológica, moral e sexual constituem os principais motivos para essas iniciativas (Correia *et al.*, 2014).

Os achados do estudo mostraram que as(os) profissionais das equipes da ESF têm dificuldade em abordar ou mesmo dar apoio às mulheres em situação de violência doméstica, visto que, na maioria das vezes, elas omitem, resguardam-se, ou se isolam, o que dificulta qualquer tipo de ajuda.

Apesar dos avanços na legislação, algumas mulheres foram motivadas a se posicionar, prestar queixas, procurar ajuda através dos serviços de saúde, externalizar as agressões para as(os) profissionais da saúde, para romper o silêncio; outras se sentem acanhadas em denunciar seus parceiros, por medo das represálias, distanciamento dos filhos, dependência financeira e emocional, permanecendo na situação em que se encontram.

Os pensamentos negativos dos desgastes vivenciados diariamente das agressões e opressões favorecem o adoecimento físico e psíquico, o que potencializa a tentativa de suicídio pelas mulheres.

Cabe às(aos) profissionais desses serviços estarem bem articuladas(os), atualizadas(os) e preparadas(os) para orientar e dar suporte a essas usuárias, além de proporcionar escutas qualificadas, as quais possam aconselhá-las e subsidiá-las na tomada de decisão após agressão para prestarem denúncia, deixando de lado os julgamentos e olhando para a mulher de forma holística, visando o cuidado integral.

Destaca-se, também, a importância das ações de educação em saúde, prevenção e empoderamento dessa mulher como protagonista da sua própria vida, de modo a fortalecê-la no enfrentamento da violência.

Referências

- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 449-469, ago. 2014.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Seção 1. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 23 jul. 2018.
- BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado de nº 324, de 2016*. Acrescenta parágrafo único ao art. 16 da Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha, para instituir prazo de reflexão à renúncia de representação, 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ecidania/visualizacaomateria?id=126802>. Acesso em: 23 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 abr. 2024.
- BROCH, D. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE Online*, Recife, v. 10, n. 10, p. 3743-3750, out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11439>. Acesso em: 20 set. 2020.
- CERQUEIRA, D. *et al.* *Atlas da Violência 2017*. Rio de Janeiro: IPEA: FBSP, 2017.
- CORREIA, C. M. *et al.* Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2014.
- DUTRA, M. L. *et al.* A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, maio 2013.
- GOMES, I. C. R. *et al.* Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 134-144, maio/ago. 2014.

- GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 1-9, jan./fev. 2014.
- GOMES, V. L. O. et al. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 718-724, jul./ago. 2015.
- GUIMARÃES, R. C. S. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte*, Colômbia, v. 9, n. 1, p. 1988-1997, jan./abr. 2018.
- HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 1, p. 180-186, mar. 2013.
- LUCENA, K. D. T. et al. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. *J Hum Growth Dev.*, v. 26, p. 139-146, 2016.
- MELO, A. G.; PEDERIVA, R. Violência contra a mulher: a permanência da mulher na relação violenta após a denúncia e a retirada da queixa. *Unesco & Ciência – ACBS*, Joaçaba, SC, v. 7, n. 2, p. 221-228, jul./dez. 2016.
- NASCIMENTO, E. F. G. A.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-10, jun. 2014.
- NOGUEIRA, F. J. S.; LEITÃO, E. S. F.; SILVA, E. C. S. Interseccionalidades na Experiência de Pessoas Trans nos Serviços de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MS, v. 13, n. 3, p. 35-49, 2021. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1243>. Acesso em: 27 abr. 2024.
- OLIVEIRA, P. P. et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 196- 203, jan./mar. 2015.
- PEREIRA, E. G.; FERREIRA, G. A. A violência doméstica contra a mulher sob a ótica da vitimização repetida: uma análise da atuação do serviço de prevenção à violência doméstica. *O Alferes*, Belo Horizonte, v. 71, n. 27, p. 133-169, jul./dez. 2017.
- PORTO, R. T. S.; JÚNIOR, J. P. B.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, jul./set. 2014.
- RODRIGUES, V. P. et al. Prática de trabalhadora(s) de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 735- 743, jul./set. 2014.
- SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulheres em situação de violência: limites da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, jan. 2015.
- WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos: Flacso, 2015.
- ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 63- 76, jul. 2013.

Capítulo 4

(Des)conhecimento dos profissionais das equipes saúde da família sobre a violência doméstica contra a mulher

*Lorena Prado Neri
Gilberto Alves Dias
Giane Lopes Oliveira
Aline Vieira Simões
Ninalva de Andrade Santos
Juliana Costa Machado
Vanda Palmarella Rodrigues*

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência consiste na utilização de ameaças, força física ou de poder contra outra pessoa ou um grupo, resultando em dor, sofrimento, danos físicos e psicológicos, podendo resultar em morte. Considerando as repercussões dos vários tipos de violência na qualidade de vida das pessoas em situação à problemática, que constitui um assunto transversal na área de saúde, tem-se a prevenção e o controle como um dos grandes desafios no campo da saúde coletiva (OMS, 2002).

A violência doméstica contra a mulher, temática deste estudo, constitui-se nas agressões resultantes das desigualdades de gênero as quais, frequentemente, provocam danos de ordem física, psicológica, sexuais e emocionais para as mulheres, decorrentes de ataques, privações ou ameaças (Hane; Ellsberg, 2002).

Dados estatísticos evidenciam a magnitude da problemática, remetendo a sua importância no âmbito da saúde coletiva. Os dados, entre 1980 e 2013, foram notificados com 106.093 mortes de mulheres, em decorrência da violência doméstica. Por outro lado, há de se considerar que este cenário tem se mantido após o sancionamento da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), criada com a finalidade de minimizar a violência doméstica contra mulher, ao assegurar a penalização com maior severidade aos agressores, ao tempo que designa estratégias de proteção à mulher em situação de violência (Waiselfisz, 2015; Cunha, 2016).

Santas, G., Santas, F. e Eryurt (2020), mostraram que a violência doméstica contra a mulher é um agravo que se perpetua ao longo das décadas, com alta prevalência, que atinge todas as camadas sociais e com variadas formas de agressão. Nos Estados Unidos da América, há uma

elevada prevalência de violência física e sexual por parceiro íntimo em torno de 25%, cuja taxa média na América do Norte é de 21%, já na Europa Central é de 28% e na América Latina, um total de 24% (Ali; McGarry; Dhingra, 2016).

No Brasil, visando fortalecer as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero, foram instituídos o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra Mulheres, que buscam ampliar a atenção a mulher com ações integradas, implantando e fortalecendo a rede de atendimento (Brasil, 2010, 2011).

A violência contra a mulher pode ser física, quando envolve a integridade corporal da mulher; psicológica, que inclui intimidações e desprezo; patrimonial, quando relacionada a questões documentais, recursos e bens materiais pertencentes a ela; verbal, a qual resulta de ofensas, ameaças ou xingamentos e a violência sexual, compreendida quando a mulher é obrigada a realizar quaisquer tipos de atos sexuais contra a sua vontade (Signorelli; Auad; Pereira, 2013).

A integralidade da atenção nos casos de violência doméstica requer identificação do ato em si e a denúncia dos agressores, além de serem asseguradas na proteção e o tratamento das pessoas que vivenciaram as agressões. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), como porta de entrada ao sistema de saúde, constituem-se como importantes locais de acolhimento para as mulheres agredidas. Neste contexto, as (os) profissionais de saúde não somente se tornam referência para a identificação dos casos de violência, como também socializam informações às mulheres quanto à importância da denúncia do agressor, além de discutirem ações que contribuam com o empoderamento das mulheres, visando à desconstrução das desigualdades de gênero (Signorelli; Auad; Pereira, 2013).

O cuidado das(os) profissionais de saúde às mulheres em situação de violência doméstica precisa se fundamentar em ações que propiciem que ao acolhimento, para que sejam precedidos da escuta ativa, como uma das interfaces necessárias à formação de vínculo profissional/clientela. A subjetividade que envolve os casos de violência doméstica desnuda a relevância de se conhecer cada situação, desde os fatores desencadeantes às repercussões, sendo importante contribuir para o enfrentamento da situação, de modo a prevenir maiores danos, de ordem física ou psicológica. Esta realidade torna imprescindível que as(os) profissionais de saúde conheçam a rede de atenção à mulher em situação de violência, para os devidos encaminhamentos, evitando a peregrinação da mesma, que de fato aumentará seu sofrimento (Signorelli; Auad; Pereira, 2013).

Diante do exposto, o estudo se justifica pela importância do conhecimento das (os) profissionais da atenção básica, porta de entrada no sistema e local de formação de vínculos com a comunidade, para a identificação e classificação dos casos de violência doméstica contra a mulher, percepção dos danos decorrentes do agravo, bem como saber como e para onde referenciar a mulher, a fim de que denuncie o agressor, e que os demais encaminhamentos necessários. Acredita-se que os estudos, neste sentido, possam ser instrumentos fundamentais para minimização da problemática a qual, quando não identificada, fica inviabilizada para implementação de medidas viáveis de prevenção e controle.

Esta pesquisa tem por finalidade de descrever o conhecimento das(os) profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) acerca da violência doméstica contra a mulher.

O estudo descritivo é de caráter qualitativo, e foi realizado com 24 profissionais das Unidades de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, localizadas na zona urbana. Foram critérios de seleção: USFs, em que funciona de uma a duas equipes da ESF, com localização na zona urbana, acompanhada de equipe mínima completa (conforme preconizado pelo Ministério da Saúde), e com o tempo mínimo de seis meses de atuação.

Dentre as(os) profissionais de saúde, foram selecionadas neste recorte quatro enfermeiras(os), uma cirurgiã-dentista, três técnicas(os) de enfermagem, duas técnicas(os) de saúde bucal (TSBs), um auxiliar de enfermagem e treze Agentes Comunitárias(os) de Saúde (ACSs). Foram atribuídos os critérios de inclusão dos profissionais participantes: mínimo de seis meses de atuação na USF. Como critério de exclusão, considerou-se o afastamento do serviço por férias ou licença de qualquer natureza.

Através do contato com a coordenação das USF, foi solicitado o agendamento para reunião com profissionais das equipes da ESF, no momento em que as pesquisadoras, em um local privativo, e deu-se início à aplicação da entrevista guiada por roteiro semiestruturado, após apresentações dos objetivos do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo atendeu as determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié, sob o parecer nº 1.304.618/2015, CAAE: 49736915.3.0000.0055.

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2016 e abril de 2017. A análise criteriosa das entrevistas fundamentou a elaboração das categorias, de acordo com os pressupostos da técnica de análise temática de conteúdo, utilizada na análise do material encontrado. A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores, podendo ser quantitativos ou não, e permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Dessa forma, foram seguidas as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento de dados, inferência e interpretação a serem realizadas de modo a melhor qualificar as discussões (Bardin, 2015).

A partir da análise das informações, emergiram as categorias: 1) Limites da atuação da equipe da ESF, nas situações de violência doméstica contra a mulher; 2) Possibilidades de atuação nas situações de violência doméstica contra a mulher.

No intuito de assegurar o anonimato as (os) participantes, foram identificadas(os) pela palavra *participante*, seguida de números de 1 a 24, correspondendo à quantidade de profissionais de saúde entrevistadas(os).

Participaram do estudo vinte e quatro profissionais de saúde (vinte e duas mulheres e dois homens), que estavam na faixa etária entre 25 e 61 anos, sendo treze casadas(os), duas/dois em união consensual, cinco solteiras(os) e quatro divorciadas(os). Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, nove tinham ensino médio completo; seis cursaram o ensino superior completo; três com ensino superior incompleto; seis cursaram pós-graduação em nível *Lato sensu*; e somente doze participantes declararam já ter participado de alguma atividade de atualização sobre violência doméstica.

Categoria 1 – Limites da atuação da equipe da ESF nas situações de violência doméstica contra a mulher

Chamou atenção nas narrativas, que fundamentaram a elaboração desta categoria, o silêncio das mulheres em situação de violência doméstica, fato que impede a denúncia da agressão, limitando, sobremaneira, a atuação da equipe em relação à violência. Frente a esta realidade, as(os) profissionais se sentem impotentes para a tomada de decisão que seria necessária para coibir novas ocorrências. A fala da enfermeira ratifica estas considerações. A fala da enfermeira, a seguir, ratifica estas considerações:

[...] Elas não querem que a gente tome partido, elas não querem que a gente se intrometa [...]. Já tive um caso também, ela me deixou até tomar partido, mas foi quando mataram aquela menina lá na clínica do médico neurologista, aí ela se acovardou e não fez mais nada, mas aqui, todas se acovardam [...] (Participante 14, Enfermeira).

O emudecimento destas mulheres é reflexo, de modo que a denúncia motive novas agressões, das dependências financeiras, emocionais e do preconceito. Há de se ponderar que os avanços trazidos pela Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) não foram suficientes para o empoderamento das mulheres em situação de violência, para que a decisão de denunciar seja um direito de cidadania (Gomes *et al.*, 2014).

Um fato a ser considerado é a permanência das mulheres nos espaços onde a violência doméstica é frequente, conforme abordada nas narrativas a seguir:

[...] Voltam porque elas saíram de casa para ficar com a pessoa, e se sair vão pra onde? Aí elas acabam voltando para o agressor, porque não tem independência, né? [...] Mas aqui têm casos, a gente já viu, mas a gente nunca falou nada porque eles [homens] não aceitam [...] elas acabam todas voltando, por medo, não por dependência da pessoa que agrediu, mas por medo, acabam voltando [...] (Participante 15, Técnico de Enfermagem).
[] Ele aconselhou ela a procurar o Conselho Tutelar, procurar a Delegacia da Mulher, e ela falou que já tinha procurado e que a justiça determinou que ficasse a uma determinada distância dela, aí ele falou com ela, que ela tinha que se amar, não permitir isso, que geralmente era culpa da mulher, que a justiça fazia, mas depois a mulher aceitava o homem de volta, e ela também estava alcoolizada [...] (Participante 6, ACD).

Estas considerações denotam a importância do empoderamento da mulher para a (re) construção das relações de igualdade de gênero (Rodrigues *et al.*, 2014), como estratégia fundamental ao reconhecimento, reflexão sobre a condição da agressão vivenciada e o encorajamento para efetivar a denúncia, bem como, o afastamento da situação de violência.

Nesse sentido, as(os) profissionais de saúde devem estar aptos a identificarem às situações de violência contra a mulher, seja ela física, seja psicológica, nos vários contextos de assistência à saúde, sabendo referenciá-las, por meio da promoção do acolhimento humanizado e orientação quanto à importância da denúncia. Além disso, discutir a respeito da conduta dos profissionais de saúde, frente aos casos de violência doméstica, é uma via de mão dupla, porque as ações pontuais dependem tanto da preparação dos profissionais para lidarem com a situação, quanto da postura da mulher agredida. Algumas das inquietações das(os) profissionais frente a esta problemática são expressas nas falas das(os) participantes:

[] Olha aqui na unidade da família, eu vejo que não tem assistência pra esse lado não, elas vêm a gente percebe, a gente pergunta o que foi, elas às vezes inventam mentiras, que a gente sabe que não é verdade, e a gente não se envolve não, ninguém se envolve [...] (Participante 6, ACD).

[...] Sempre eu tive de mãos atadas, nunca pude fazer uma denúncia, porque a maioria das vezes elas mentiam, nem diziam que era violência, só que o vizinho contava, agente comunitário conta, mas tem que todo mundo aqui ficar em silêncio, porque se eu for tomar partido, vai sobrar pra mim, e eu não vou apanhar de graça [...] (Participante 14, Enfermeira).

Na ESF, é essencial que as (os) profissionais de saúde identifiquem o agravo junto à comunidade e criem ações para a prevenção da violência à pessoa, à família e à comunidade, com destaque para a notificação compulsória como uma obrigação ética e legal (Conceição *et al.*, 2012). Todavia, para que isso ocorra, é necessário que as (os) profissionais de saúde estejam qualificadas (os) para lidarem com a situação de violência, a qual pode ter sérias implicações no processo saúde-doença das mulheres, conforme explicitado na fala a seguir:

[...] O que eu acho que é limite, por exemplo, seria assim, como assim, a gente nunca teve um treinamento pra lidar com violência, violência no geral [...] (Participante 16, ACS).

Diante das entrevistas, percebe-se a necessidade da capacitação das equipes, para que a atuação seja mais efetiva frente à violência. Outros vários estudos mostram que os profissionais têm dificuldade de lidar com a violência e os mesmos não receberam a capacitação adequada (Signorelli; Auad; Pereira, 2013).

Categoria 2 – Possibilidades de atuação nas situações de violência doméstica contra a mulher.

Sendo as UBSs a porta de entrada do(a) usuário(a) no sistema, é importante que as(os) profissionais de saúde, que atuam em USF, estejam aptas(os) a trabalharem frente à violência doméstica contra a mulher, de modo que a integralidade da assistência seja consolidada na prática, conforme foi teorizado. Neste sentido, saber identificar os casos de violência é uma ferramenta útil, como se pode perceber nos relatos a seguir:

Então, primeiramente, acho que é identificar os casos suspeitos, se existe realmente de fato esses casos, e trazer depois de identificados, pra ver uma estratégia (Participante 7, ACS).

[...] Dependendo da pessoa, a gente vai buscando alternativas [...], porque cada caso é um caso diferente. A mesma atitude que você vai tomar com a família, não é a mesma atitude que vai tomar com a outra. Cada uma tem que ter um caminho, de você chegar, de você se aproximar dessa pessoa, de você trazer pra perto, pra pessoa se abrir, pra pessoa conversar [...] (Participante 16, ACS).

A identificação dos casos de violência doméstica (como o tipo, perfil do agressor, graus de dependência do agressor, entre outros...) é essencial para a tomada de decisão. Neste sentido, a orientação, o aconselhamento e encaminhamento aos órgãos de assistência complementar

constituem importantes condutas dos profissionais que atuam em USF (Rodrigues *et al.*, 2014). Estas considerações foram apontadas nas entrevistas com as (os) profissionais de saúde:

[...] Eu acho que da nossa parte teria uma orientação, orientá-la a procurar ajuda, eu acho que sim, porque faz parte assim do nosso papel, não só orientar para encaminhamento para a saúde, mas também para a saúde mental, psicológica, ou até ajuda policial [...] (Participante 13, ACD).

As ações são preventivas, a gente tá orientando elas, damos aqueles panfletos né, falando como é, a violência, e em caso de dúvida elas tá sempre procurando a unidade, tem o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) também que eles também têm sempre contato, essa interligação aqui com o posto também, e a DEAM (Delegacia Especializada no Atendimento a Mulher) também né, que sempre tem palestras também (Participante 24, ACS).

A capacitação das(os) profissionais também foi questionada, fato que desnuda a qualificação destas(es), para lidarem com a violência doméstica contra a mulher. A falta de capacitação específica dificulta a reflexão e o reconhecimento pelos profissionais de que a violência doméstica é um problema de interesse epidemiológico e social (Santos, A. C.; Santos, M. L. M.; Nascimento, 2015). Nessa perspectiva, os profissionais evidenciaram que:

É importante, porque há muito tempo atrás teve os introdutórios, que era como a gente deveria trabalhar no PSF (Programa de Saúde da Família). Eu acho que deveria tá voltando em níveis prioritários, pra ver o que tá faltando, em relação mesmo da violência contra mulher [...], e aí eu acho que deveria tá passando por vários PSFs, porque deveria ser em conjunto e com isso montar esse grupo de capacitação (Participante 11, Dentista). [...] Eles deviam divulgar mais, deveriam trabalhar mais conosco, profissionais de saúde, porque é quem mais tá próximo a isso, porque é a gente que sempre vê, então devia ser trabalhado mais com a gente, o que fazer, como agir [...] (Participante 14, Enfermeira).

Dentre as estratégias de capacitação, pode-se elencar a Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma forma de ajudar tanto na qualificação das(os) profissionais, quanto à abordagem de questões de ordem social, como a investigação da violência doméstica (Martins *et al.*, 2016).

A realização esporádica de palestras foi citada como a principal atividade educativa na ESF. Ressalta-se que a participação da equipe consiste em orientar e encaminhar aos órgãos de assistência seguindo o protocolo, fato prejudicado pelo despreparo na abordagem das questões de gênero (Rodrigues *et al.*, 2014).

[] Eu acho que deveria assim a gente chamar essas mulheres, como agora tem uma sala, boa tal, o pessoal trouxesse informação, palestras, trazer o pessoal da Delegacia da Mulher, orientar essas mulheres, pra falar, aumentar a autoestima, que elas devem se amar, que antes de amar o parceiro, amar elas próprias [] (Participante 6, ACD).

[] Uma coisa educativa pra tentar conscientizar a população [] (Participante 4, ACS).

[...] Assim deveria ter um meio de trazer essas pessoas aqui pro Posto pra tá dando explicações em que lugar deve ser feita a denúncia [...], onde deve ser feito o tratamento psicológico, que muitas precisam, e também ter a coragem delas [estarem] tarem falando sobre o assunto, que eu acho que seria um pouco delicado nesse sentido [...] (Participante 11, Dentista).

[...] Eu acho que a gente poderia intensificar nossas palestras ou procurar desenvolver alguma ação voltada pra esse sentido aqui na unidade de forma mais ampla, que envolvesse a Secretaria [de Saúde] e que envolvesse outros órgãos [...] (Participante 5, Enfermeira).

Um ponto positivo é a percepção das(os) profissionais quanto à relevância das ações de prevenção, como uma forma de alertar a população e de acolher a mulher que está em situação de violência a denunciar.

A partir da identificação da situação de violência, as(os) profissionais de saúde precisam referenciar os casos a outros setores. A mulher necessita seguir um itinerário dentro do sistema, incluindo consultas e exames em UBSs, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Instituto Médico-Legal (IML), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Delegacia Especial de Atenção à Mulher (DEAM) (Cunha, 2016). A complexidade da assistência à mulher em situação de violência requer ações integradas que abarque, além do acolhimento em UBSs, referência e contrarreferência essenciais para o funcionamento adequado da rede.

Um problema identificado no estudo é a falta de resposta dos órgãos competentes em relação à solução dos casos. Isso fica evidenciado nos relatos das(os) participantes que fizeram encaminhamentos, achando que teriam uma melhor intervenção e não receberam retorno, conforme a seguir:

E teve uma que eu levei pro Centro de Referência da Mulher [CRM], e eu pensava que nesse Centro de Referência ela teria uma intervenção maior, mas essas coisas que a gente tenta fazer, quando a gente identifica, e geralmente fica por isso mesmo infelizmente (Participante 7, ACS).

Então, a gente assim, geralmente, tem que encaminhar para os setores que é de competência, porque no Programa Saúde da Família [PSF] aqui, a gente pode cuidar, se for violência sexual, pode tratar, coisa assim, aí tem que encaminhar para o Centro de Referência em Assistência Social [CRAS] e para a Delegacia Especial de Atendimento à Mulher [DEAM] também, porque até aqui na unidade, a gente não tem nenhuma proteção. Mas, geralmente, eu faço assim: (eu) encaminho e, quando possível, fazer anonimamente, eu faço (Participante 20, Enfermeira).

Sim, eu acho que se o caso surgir na área, (eu) acredito que exista sim esse comunicado, porque não falando de violência física contra a mulher, mas outros casos assim que, houve um contato com o CRAS, com o Centro de Referência, através de ofício, de encaminhamentos. [...] (Participante 21, ACS).

CRAS, CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], a gente consegue [...] (Participante 22, Enfermeira).

A integralidade do cuidado requer conexão entre os diversos serviços. Sendo assim, a equipe de saúde deve buscar a rede de apoio para redirecionar as suas ações, a fim de promover o cuidado integral das mulheres nos serviços de saúde, dando voz às mesmas e suscitar o seu empoderamento, além de levá-las a perceber a importância de as decisões decorrerem delas próprias, a partir de uma consciência crítica sobre as questões de gênero (Rodrigues *et al.*, 2014).

O estudo se mostrou útil, dada a possibilidade de se evidenciar as limitações das(os) profissionais de saúde para lidarem com a mulher em situação de violência. As(Os) profissionais

destacaram que, as mulheres que estão nesta situação, na maioria das vezes, calam-se, não querem realizar a denúncia e acabam permanecendo diante à condição de agressão, o que gera dificuldade na resolutividade do problema.

Por outro lado, merece o destaque a incipiência nas ações das equipes dada a escassez de cursos de capacitação para este tipo de situação. Nesse sentido, a qualificação é necessária para que possam planejar as intervenções de forma correta, de modo a traçarem estratégias de empoderamento às mulheres que necessitam sair da situação de violência doméstica.

Dentre as possibilidades de atuação da equipe de saúde, nas situações de violência, o saber identificar a ocorrência e a forma de violência doméstica são importantes para a tomada de decisão, sobretudo quanto ao acolhimento e encaminhamento aos órgãos de assistência complementar. Por conta disso, um entrave importante na minimização da problemática é a falta de articulação dos serviços da rede de atendimento à mulher em situação de violência doméstica.

Ressalta-se, ainda, neste estudo, a importância do conhecimento das(os) profissionais de saúde a respeito da violência doméstica, para poder identificar os casos corretamente e saber referenciá-los aos órgãos responsáveis. Para isso, é necessária a capacitação destas(es), através da Educação Permanente em Saúde (EPS), que visa a orientação, a identificação, as formas de intervenção e o encaminhamento dos casos de violência. Por fim, destaca-se ainda a urgência da articulação entre os serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência, para que a resolução dos casos possa ser mais eficaz.

Referências

ALI, P.; MCGARRY, J.; DHINGRA, K. Identifying signs of intimate partner violence.

Emergency Nurse, Grã-Bretanha, v. 23, n. 9, p. 25-29, fev. 2016. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26853673/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. *Pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*.

Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 20 fev. 2021.

CONCEIÇÃO, J. C. et al. Elementos que dificultam a notificação da violência: percepção dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 26, n. 2, p. 468-477, maio/ago. 2012.

CUNHA, C. *Cidadania: Lei Maria da Penha completa 10 anos*. 2016. Disponível em: <https://vestibular.uol.com.br/resumo-das-disciplinas/atualidades/cidadania-lei-maria-da-penha-completa-10-anos.htm>. Acesso em: 20 set. 2020.

GOMES, I. C. R. *et al.* Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 134-144, maio/ago. 2014.

HANE, B.; ELLSBERG, M. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. *Outlook*, v. 20, p. 1-8, 2002.

MARTINS, L. C. A. *et al.* Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, PR, v. 15, n. 3, p. 507-514, jul./set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra (CH): OMS, 2002.

RODRIGUES, V. P. *et al.* Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 735- 743, jul./set. 2014.

SANTAS, G.; SANTAS, F.; ERYURT; M. A. Domestic violence and health care use in Turkey. *Social Work in Public Health*, Nova Iorque, v. 35, n. 3, p. 125-136, mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32268847/>. Acesso em: 27 abr. 2024.

SANTOS, A. C.; SANTOS, M. L. M.; NASCIMENTO, D. D. G. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 21-30, maio/ago. 2015.

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*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013.

WASELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos: Flacso, 2015.

Capítulo 5

Violência doméstica contra a mulher a partir das ocorrências da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

Michele Silva dos Santos
Letícia Silva dos Santos
Elba Miranda Nascimento
Roberta Laíse Gomes Leite Moraes
Vilara Maria Mesquita Mendes Pires
Vanda Palmarella Rodrigues

A violência doméstica contra a mulher se constitui como um tipo de violência relacionado ao gênero, referindo-se a qualquer comportamento que desencadeia agressão física, abuso psicológico, relações ou práticas sexuais forçadas, além de comportamentos controladores que comprometam a autonomia da mulher (OMS, 2002).

Segundo o art. 7, da Lei 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, são formas de violência doméstica contra a mulher: I) Violência física, que corresponde à ação que atinja a integridade ou saúde corporal; II) Psicológica, sendo qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima; III) Sexual, que é entendida como o ato de manter ou participar de relação sexual não permitida, mediante a intimidação, ameaça, ou uso da força; IV) Patrimonial, como qualquer conduta que subtraia, destrua parcial ou totalmente objetos, instrumentos de trabalho e documentos pessoais; V) Moral, relacionada a alguma conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

A violência doméstica contra as mulheres sempre esteve presente em diferentes culturas, considerando que a mulher foi preparada para cuidar do lar, dos filhos e estabelecer uma relação de obediência e submissão aos seus parceiros. Historicamente, a violência ocorrida dentro do lar contra a mulher é produto de uma estreita relação com as categorias de gênero, classe, raça, etnia e suas associações ao poder (Minayo, 2010).

Nas últimas décadas, houve um aumento expressivo dos casos de violência doméstica contra a mulher. O *Mapa da Violência*, de 2015, que traz que a expressão “violência doméstica contra a mulher”, apresentou um crescimento tanto em números, quanto em taxas. O total de vítimas passou de 1.353 mulheres, em 1980, para 4.762, em 2013, tendo um aumento de 252,0% (Waiselfisz, 2015).

No relatório “Progresso das Mulheres no Mundo 2019-2020: Famílias em um mundo em mudança”, da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres, foi apontado que 17,8% das mulheres em todo o mundo relataram violência física ou sexual por seus companheiros, nos últimos 12 meses (UM WOMEN, 2019), o que demonstra que grande parte dos ataques que acometem as mulheres ocorre no âmbito doméstico.

Ressalta-se que a violência doméstica contra a mulher deve ser considerada em toda a sua extensão, e não apenas em sua dimensão física, principalmente no convívio da família, sociedade, legislação, cidadania e dos direitos humanos (Oliveira *et al.*, 2015).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) propõe mecanismos para coibir e prevenir tal violência, dispondo da criação dos Juizados de Violência Doméstica contra a Mulher e estabelecendo medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica. Nessa direção, é direito de toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, ser assegurada as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservando sua saúde física e mental, seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (Brasil, 2006).

A violência pode marcar as mulheres em seu ser, o estar no mundo e a corporeidade, isto é, na expressão de seu corpo, sempre deixando marcas visíveis ou não para toda a vida, sendo que a percepção feminina da violência doméstica contra a mulher é construída da situação real e consciente da agressão física, psíquica moral e social (Dourado; Noronha, 2015).

Nesse sentido, as práticas das(os) profissionais da saúde, de modo geral, estão voltadas para tratar os danos físicos, preterindo as questões emocionais e subjetivas, o que pode ser um obstáculo para o atendimento à mulher em situação de violência doméstica, por não a assistir integralmente, o que compromete o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, que seja transformador à realidade (Lucena *et al.*, 2017). Assim, o fomento de estudos que mostrem a realidade vivenciada pelas mulheres é de extrema importância, pois só conhecendo a realidade é que se podem construir mecanismos possíveis para o enfrentamento da violência.

Evidencia-se, então, a necessidade de conhecer melhor as vivências de mulheres no contexto de violência doméstica, de modo a contemplar o cenário em que ocorreu, o principal agressor, as formas de agressões vivenciadas, elementos precipitadores e desdobramentos das agressões na vida da mulher.

Por conseguinte, as(os) profissionais, dos serviços da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, precisam promover um processo reflexivo que aprimore o atendimento à mulher, sendo fonte de apoio e segurança, acolhendo-a diante do enfrentamento da vivência da violência. Ademais, almeja-se que as mulheres possam se empoderar e usufruir de seus direitos, compreendendo melhor o processo de violência doméstica que sofrem a fim de se tornarem participantes proativas durante a fase de tomada de decisões.

Nesse sentido, apresenta-se como objetivo analisar a violência doméstica vivenciada por mulheres a partir dos registros de ocorrências, que foram realizadas na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM).

Trata-se de pesquisa documental, descritiva e de natureza qualitativa, que implica em uma partilha densa com pessoas, locais e fatos, criando, assim, possibilidades de se estudar os fenômenos e as relações sociais. Já a pesquisa descritiva tem por finalidade levantar opiniões,

crenças e atitudes de uma população em questão, de modo que o pesquisador tenha conhecimento profundo do nível de entendimento de outras pesquisas, acerca do fenômeno, para que possa ser estudado (Chizzotti, 2003; Gil, 2021).

Esta pesquisa foi realizada na DEAM, em um município do interior baiano, em que foram coletados 30 registros de ocorrência realizados por mulheres em situação de violência doméstica, referentes ao período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. Evidencia-se que a característica documental do estudo foi com a utilização de dados secundários.

Trata-se de um recorte do subprojeto do projeto maior intitulado: *Violência contra a mulher em fase de climatério: um estudo a partir dos registros de ocorrência na DEAM, do município de Jequié - BA*, que se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o CAAE 49739415.7.0000.0055, e protocolo: 1.460.137 de 21/03/2016, ao qual este subprojeto está vinculado, aprovado sob o parecer nº 2.852.207, de 29 de agosto de 2018.

Como critério para a escolha dos registros, foram consideradas as ocorrências realizadas por mulheres que vivenciam ou vivenciaram violência doméstica por parceiro íntimo e/ou ex-parceiro íntimo, sendo excluídas as ocorrências de agressões cometidas por amigos, irmãos, filhos, pais, vizinhos e outras pessoas com vínculo familiar, independente dos laços consanguíneos.

A coleta dos dados ocorreu na DEAM, com a utilização de um computador portátil que transcreveu, na íntegra, os registros de ocorrências relatados pelas mulheres em situação de violência doméstica. As transcrições foram identificadas pela palavra *Ocorrência*, seguida de uma ordem numérica 1, 2 e, assim, sucessivamente.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade da temática. Na referida técnica, são necessárias três fases para efetividade da análise, sendo a primeira: a pré-análise do material, a qual este deve ser organizado tendo o objetivo de torná-lo operacional, com a sistematização das ideias iniciais. A organização dos dados foi realizada por meio de três etapas: I) leitura flutuante; escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos; referência dos índices e elaboração de indicadores; II) exploração do material, a fim de identificar as unidades de registro, unidades de contexto, construir as codificações, categorias e subcategorias; III) captação de todo o conteúdo para a realização de uma análise comparativa, a fim de justapor os achados do estudos aos de literatura (Bardin, 2015).

A segunda fase da análise consistirá na exploração do material, a fim de identificar as unidades de registro, unidades de contexto, construir as codificações, categorias e subcategorias. Por fim, na terceira fase, procedeu-se à captação de todo o conteúdo para a realização de uma análise comparativa, a fim de justapor os achados do estudo aos de literatura (Bardin, 2015).

Por meio da análise dos dados, surgiram três categorias: 1) Formas de violência, as quais evidenciaram cinco subcategorias, sendo elas: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral; 2) Fatores que precipitaram a violência, contou com três subcategorias: álcool e/ou outras drogas ilícitas, ciúme e inserção da mulher no mercado de trabalho; 3) Implicações da violência doméstica para os filhos.

Categoria 1: Formas de violência

Essa categoria apresenta os registros de ocorrências realizados na DEAM, demonstrando todas as formas de violência doméstica estabelecidas pela Lei Maria da Penha, que são: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e sexual.

Subcategoria 1.1: violência física

A partir das ocorrências agrupadas nesta subcategoria, é possível observar relatos de mulheres que vivenciam a violência física por meio de arma branca, socos, chutes, murros, deixando marcas aparentes, e sendo associada a outras formas de violência doméstica.

[...] Compareceu, nesta Delegacia de Polícia [Depol], a fim de comunicar que se encontrava na casa de uma prima, quando o companheiro apareceu e sem nada dizer [...]. Em ato contínuo, ameaçou-a com uma faca, tendo atingido a mesma na mão direita, e ainda desferiu um soco que atingiu a boca dela, além de ter dado chutes [...] (Ocorrência nº 1).
[...] Alega a comunicante que seu marido a agrediu fisicamente com murros que atingiram sua cabeça, vindo a comunicante a cair no chão, momento em que foi arrastada do portão para dentro de casa [...] a comunicante está com lesões aparentes no braço esquerdo [...] (Ocorrência nº 8).
[...] Compareceu, nesta Depol, relatando-nos que o seu companheiro começou a agredir verbalmente e fisicamente com unhas, chutes nas costas, apertou o seu pescoço e o rosto [...] (Ocorrência nº 25).

O estudo mostrou a vivência de todas as formas de violência doméstica contra a mulher, definidas pela Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006). As ocorrências trazem detalhes impactantes das agressões, com destaque para a violência psicológica, que apresentou um quantitativo maior nos registros das ocorrências.

A violência doméstica contra a mulher se inicia de forma lenta e, por vezes silenciosa, que progride com intensidade, gerando consequências. O agressor geralmente é o companheiro ou ex-companheiro, que inicialmente coíbe a liberdade da parceira, amedronta com o ciúme possessivo, humilha, constrange, ameaça, persegue-a em seu ambiente de trabalho, deteriora e/ou subtrai objetos pessoais e patrimônios. Sendo assim, antes de agredi-la fisicamente, desvaloriza a companheira, com o intuito de baixar a autoestima dela, para que depois a faça tolerar as outras agressões físicas ou sexuais, além de aceitar e justificar as atitudes desse agressor, protelando a exposição do caso (Lucena *et al.*, 2016).

Por sua vez, as agressões podem ser efetuadas de forma isolada, associadas ou em sequência, podendo fazer uma mulher vivenciar várias formas de violência ao mesmo tempo (Santos; Nery, 2016). Em geral, a agressão física é uma das formas que primeiro é identificada como violência doméstica para a maioria das mulheres, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal, caracterizada por danos visíveis como ferimentos, hematomas e cortes, manifestada através de tapas, empurrões, socos, chutes, puxões pelos cabelos, arremesso de objetos, tentativa de enforcamento, entre outros (Albuquerque *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, muitas mulheres só entendem a violência quando vivenciam a agressão física e, por isso, esperam que ocorra a perda da integridade física para recorrerem às

unidades hospitalares e/ou a DEAM, visando à formalização do registro da ocorrência (Sousa *et al.*, 2018). A violência contra o corpo normalmente se apresenta em associação com outras formas de atentado contra a mulher, dentro do âmbito familiar, como observado na maioria das ocorrências analisadas.

Subcategoria 1.2: violência psicológica

Essa subcategoria destaca as ocorrências que relatam a vivência da violência psicológica, por meio de agressão verbal, xingamentos e ameaças de morte, pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro, a partir dos seguintes relatos:

[...] A comunicante estava lavando a roupa na residência, quando o parceiro começou a chamá-la de ‘descarada, vagabunda’, que não tocasse em nada que era dele. Além disso, teria dito que iria estourar a cara dela. Que mesmo que fosse para o presídio, ele iria arrancar o pescoço dela [...] (Ocorrência nº 2).

[...] Conviveu maritalmente um período de 12 anos estando separada há um ano do ex-companheiro e que durante esse ano de separada retornou, pois o mesmo ameaçava [...] (Ocorrência nº 10).

[...] Segundo a comunicante, seu marido a acordou no meio da noite, xingando-lhe de ‘cachorra, vagabunda, nigrinha e descarada’, e dizendo que se a mesma não saísse de casa, (que) ele iria matá-la, porque ela se recusa a dormir com o mesmo [...] (Ocorrência nº 14).

[...] Convive com o companheiro, porém, ultimamente, o mesmo deu para lhe agredir psicologicamente e verbalmente, sempre fazendo ameaças [...] (Ocorrência nº 16).

[...] Procurou esta Depol, a fim de comunicar que conviveu com o ex-companheiro, estando separados há aproximadamente dois anos [...]. Alega a comunicante que vem recebendo telefonemas, comunicando a ameaça, dizendo que não aceita a separação dela (e que esteja) com outro homem, que a comunicante pode escrever que ele vai matá-la e matar todos os amigos dela, pois eles influenciaram ela a ficar com outro homem [...] (Ocorrência nº 22).

[...] Compareceu a esta Delegacia a comunicante acima, relatando-nos que namorou sete meses com o companheiro e está separada faz uma semana, porém este está lhe xingando, difamando(-lhe) e ameaçando [...], seguindo (-lhe) e indo na residência tirando seu sossego. Temendo por sua integridade física, veio a esta Delegacia para que as providências cabíveis sejam tomadas [...] (Ocorrência nº 23).

[...] Compareceu nesta Depol nos informando que conviveu maritalmente por um período de quatro anos com o companheiro, todavia perfaz cerca de cinco dias o companheiro saiu de casa, todavia vive a persegui-la, bem como liga para o celular da mesma passando mensagens de ameaça; que não satisfeito vai ao comércio de propriedade da comunicante e a agride verbalmente [...] (Ocorrência nº 24).

[...] Alega a comunicante que vem sendo ameaçada por seu companheiro, o mesmo não aceita a separação e está lhe ameaçando de morte. Já agrediu anteriormente a vítima. Temendo que algo possa lhe acontecer, (ela) saiu de casa, pois ele disse que iria cometer uma tragédia dentro de casa e estaria comprando uma arma de fogo para tal acontecimento [...] (Ocorrência nº 30).

Entende-se, como violência psicológica, toda ação que ocasione diminuição da autoestima, danos emocionais, que tenha o intuito de degradar ou controlar as ações, crenças, comportamentos e decisões de outra pessoa, por meio de manipulação, chantagem, ameaça, insulto, humilhação, perseguição, isolamento, delimitação do direito de ir e vir ou qualquer outra conduta que implique e/ou prejudique em seu desenvolvimento social e à saúde mental (Brasil, 2006).

Essa forma de violência deixa registros que interferem na vida cotidiana das mulheres. As repercussões psicológicas do abuso podem ser mais graves do que os efeitos de uma violência física, pois diminuem a autoestima da mulher, levando-a a um risco mais elevado de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático e tendências ao suicídio (Silva; Assumpção, 2018).

Nas ocorrências que relatam a violência psicológica, as mulheres colocaram que são ameaçadas de várias maneiras por seus parceiros íntimos ou ex-parceiros, com destaque para as ameaças de morte e relatos de perseguição. Além disso, de modo geral, o agressor não aceita o término do relacionamento conjugal e não permite que a mulher tenha nova relação afetiva.

Subcategoria 1.3: violência sexual

A subcategoria 1.3 vem mostrando a ocorrência que relata violência sexual, sendo que mesmo a mulher não estando mais com seu parceiro íntimo é forçada a ter relações sexuais.

[...] A comunicante compareceu a esta Depol, informando-nos que seu ex-companheiro, não aceitando o término do relacionamento [...], rasgou as roupas da comunicante e a forçou manter relações sexuais com ele [...] (Ocorrência nº 29).

Por violência sexual, entende-se como qualquer ato ou tentativa de obter a prática sexual sem o consentimento da vítima e, na maioria das vezes, é praticado por homens, mediante investidas ou comentários indesejáveis, intimidação, coação ou uso da força, ameaça, chantagem, suborno e manipulação, isto é, o parceiro obriga a mulher a manter relações sexuais a força e/ou com ameaças, fazendo com que elas se sintam humilhadas e sempre na condição de submissão a ele (Delziovo *et al.*, 2018).

Também é considerado violência sexual obrigar a mulher à consumação do matrimônio, proibição do uso de qualquer método contraceptivo à gravidez, ao aborto ou à indução de comercializar ou utilizar de qualquer modo a própria sexualidade e prostituição, mediante coação ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil, 2006).

Nesse contexto, a superioridade do homem é novamente afirmada, com uma tentativa da relação sexual forçada. Destaca-se assim, o sentimento de posse sobre a mulher e muitas vezes, a recusa para não haver a relação sexual por parte da mulher, pode ser entendida pelo parceiro como uma possível traição e um contrapoder, podendo desencadear novos conflitos, agressões e a própria violência sexual (Acosta *et al.*, 2015).

Pode-se observar que, na ocorrência 29, o ex-parceiro íntimo da mulher em situação de violência doméstica a importuna e a obriga a manter relação sexual forçada, mesmo com o relacionamento findado. Ressalta-se, no estudo, que a violência sexual constava apenas uma ocorrência, o que leva à reflexão de que as mulheres parecem ter dificuldade para dar visibilidade a esta forma de violência, por meio da denúncia, podendo mascarar a realidade vivenciada.

Subcategoria 1.4: violência patrimonial

A partir das ocorrências é possível observar a vivência da violência patrimonial, oportunidade em que o agressor queimou pertences e documentos da mulher, além de quebrar

utensílios e arrombar a casa. Soma-se ao fato de que a mulher vivencia ameaças pelo agressor de modo a coibi-la a realizar a denúncia.

[...] Segundo a comunicante [...], (ela) teve seus documentos e roupas pessoais queimadas [...] e afirmou que ele disse que se a mesma prestasse queixa, (ele) a mataria quando saísse [...] (Ocorrência nº3).

[...] Alega a comunicante, que ela e seu companheiro estavam discutindo, no momento em que este (o companheiro) se descontrolou e passou a quebrar as coisas dentro de casa, [...] querendo que a comunicante entregasse o DUT [documento da moto] e as chaves da moto. Em um dado momento, (ele) a ameaçou, dizendo que caso ela chamasse a polícia militar, ele seria preso, mas, ao sair, a mataria [...] (Ocorrência nº 7).

[...] Conviveu com o comunicado, há cerca de um ano, e está separada há um mês. O comunicado arrombou a janela lateral da residência da comunicante, adentrando a casa, à sua procura [...] (Ocorrência nº 10).

[...] Compareceu a fim de nos comunicar que o companheiro ficou detido por oito dias, e que quando este saiu do Complexo Policial, foi até a residência da vítima e tentou agredi-la, logo em seguida a colocando para fora de casa e queimou todos os seus documentos [...] (Ocorrência nº 26).

Na vertente da violência patrimonial, pode-se defini-la como qualquer conduta que configure uma diminuição, contenção, destruição parcial ou total dos seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos e/ou recursos econômicos, incluindo os atribuídos a satisfazer suas necessidades.

Tal forma de violência está presente no cotidiano de muitas mulheres, porém ainda é desconhecida pela maioria delas. Essa incompreensão decorre do fato de que muitas desconhecem que a subtração, retenção e a destruição parcial ou total dos seus objetos pessoais são consideradas um crime previsto na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), não sendo reconhecida como tal torna-se difícil obter denúncias desse tipo de agressão (Brasil, 2006; Guimarães; Pedroza, 2015).

Nas ocorrências 3, 7, 10 e 26 fica clara a violência patrimonial, visto que as mulheres relataram que seus parceiros íntimos queimaram documentos pessoais, roupas e quebraram objetos da casa, somado à vivência de violência psicológica.

Subcategoria 1.5: violência moral

Nessa subcategoria, as ocorrências apontam que a violência moral é uma das práticas que os parceiros íntimos e ex-parceiros das mulheres expõem a imagem e o comportamento delas para a vizinhança e o ambiente de trabalho. As participantes expressaram:

[...] Compareceu a esta Depol a fim de informar que seu ex-companheiro há cerca de dois meses começou a falar para a comunicante e para todos os vizinhos que a mesma estava tendo um caso com um traficante [...] (Ocorrência nº 09).

[...] Procurou esta Depol, a fim de comunicar que conviveu por 15 anos com o comunicado, estando agora separados. Alega a comunicante que estava trabalhando na loja, quando o comunicado entrou a procurando e começou a gritar com a mesma por causa da intimação sobre a pensão alimentícia que havia recebido, chegando a puxá-la pela camisa, enfiando a intimação em sua roupa, que não havia se esquecido do que ela tinha feito com ele [...] (Ocorrência nº 13).

Alega a comunicante que não é a primeira vez que é difamada e ameaçada pelo marido [...] (Ocorrência nº 14).

Apreende-se que violência moral é qualquer tipo de conduta contra a honra que configure difamação, injúria ou calúnia. E que conseqüentemente provoque lesões à autoestima, ao convívio social, desqualificando e inferiorizando a mulher (Brasil, 2006). Podendo ser observado nas ocorrências 9, 13 e 14 que esta forma de violência é similar à violência psicológica e as mulheres evidenciaram situações em que foram expostas à difamação.

Categoria 2: Fatores que precipitaram a violência

Nessa categoria, é possível observar que, a partir das ocorrências realizadas na DEAM, os motivos que precipitaram a violência foram o uso de álcool e/ou outras drogas ilícitas, ciúme e o trabalho da mulher.

Subcategoria 2.1: álcool e/ou outras drogas ilícitas

Nos registros de ocorrências, as mulheres atribuem às agressões vivenciadas ao uso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas ilícitas por seus parceiros íntimos, para justificar as agressões físicas e psicológicas vivenciadas. Nesse contexto, as mulheres em situação de violência doméstica ressaltaram nas ocorrências:

[...] Comunicante conviveu com o comunicado por um período de 23 anos, porém está separada há uns dois anos. Contudo, inconformado a separação e por ter se tornado usuário de droga, o mesmo [comunicado] vem tecendo ameaças de morte constantemente e foi à residência da vítima, dizendo que estava com uma arma para matá-la [...] (Ocorrência nº 11).

[...] Relata a vítima que o companheiro vive constantemente alcoolizado, não trabalha, ameaça colocar fogo na casa, a difama [...]. Após uma briga, a vítima o colocou para fora e não o deseja ter mais dentro da residência [...] (Ocorrência nº 17).

[...] Compareceu, nesta Depol, nos informando que é casada há 17 anos, estando separada de corpos há nove meses. Relata a comunicante que o mesmo não aceita a situação em que está vivendo, deu para fazer uso de bebida alcoólica, lhe agride verbalmente e tece ameaças de morte. Todavia, o mesmo vive lhe botando para fora de casa [...] (Ocorrência nº 18).

[...] Compareceu, nesta Depol, comunicando que o ex-companheiro é alcoólatra e usuário de crack e, há alguns dias, começou a exigir que a mesma lhe desse dinheiro e a comunicante não deu. Então ele lhe desferiu um soco no rosto e a ameaçou de morte com uma faca [...] (Ocorrência nº 21).

[...] A comunicante afirma que vem sendo constantemente ameaçada de morte pelo seu companheiro. Este chegou em casa alcoolizado e a ameaçou, bem como a agrediu fisicamente com um chute na perna, puxando-a pelos cabelos para que fizesse a comida pra ele [...] (Ocorrência nº 28).

Nesse bojo, é fundamental compreender que o poder do homem sobre a mulher, nas relações sociais, pode repercutir em brigas, humilhações, agressões, sofrimento, submissão e opressão à mulher. Sendo o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas pelo agressor um potencializador para a violência vivida por essas mulheres, algumas destas atitudes demonstram o desejo de romper com esse ciclo de violência, a partir da realização de uma denúncia (Pires *et al.*, 2019; Garcia *et al.*, 2016).

Ademais, a violência doméstica relacionada ao uso de álcool e/ou outras drogas são reincidentes, geralmente criando-se um ciclo vicioso. A explicação disso está no conjunto de mudanças comportamentais que acontecem no indivíduo, sendo elas cognitivas e fisiológicas, desenvolvidas pelo consumo de narcóticos, que irá afetar a relação do agressor com a mulher (Costa *et al.*, 2015).

Pode-se observar, nos relatos das ocorrências, que os parceiros íntimos e ex-parceiros das mulheres se tornam mais agressivos e alterados após o uso de álcool e outras drogas ilícitas, a exemplo do *crack*, proferindo ameaças de morte como evidenciado nas ocorrências 11, 17, 18, 21 e 28, o que culmina em agressões físicas, psicológicas e moral.

Apesar dos avanços históricos e da luta pela emancipação feminina, a mulher ainda é idealizada como a que executa o papel de cuidar da família, enquanto o homem é colocado no espaço público, na função de provedor da casa. Nas relações afetivas, também se observa que a figura masculina necessita estar no controle para se sentir mais segura, obedecendo à lógica patriarcal ainda vigente (Rodrigues *et al.*, 2016).

Subcategoria 2.2: ciúme

Fica evidente, com as ocorrências, que o ciúme foi um dos fatores precipitadores para a vivência de violência física, psicológica, patrimonial e moral, mesmo a mulher não estando mais convivendo com o seu parceiro íntimo. As participantes expressaram nas ocorrências:

[...] Procurou esta Depol, a fim de comunicar que estava em companhia do irmão, momento em que apareceu o ex-namorado, que por achar que ela estava com outro homem a empurrou, desferindo um murro na costela da comunicante e outro em seu braço direito que, de acordo com a comunicante, é a segunda vez que é agredida fisicamente pelo ex-namorado [...] (Ocorrência nº 4).

[...] Compareceu a esta Depol nos informando que, ao chegar à casa, o companheiro pegou o aparelho celular da comunicante para vasculhar, passando a agredi-la verbalmente, além de ameaçá-la de morte, dizendo que beberia todo o sangue dela [...] (Ocorrência nº 5).

[...] Procurou esta Depol, a fim de comunicar que, desde o início do relacionamento, o comunicado sempre teve um temperamento agressivo devido ao ciúme, chegando algumas vezes a agredi-la fisicamente. Todavia, nunca registrou as agressões. Indo pagar a conta do boleto da internet, ao lado de sua casa, o companheiro apareceu, e este, sem nada dizer, já foi agredindo verbalmente a comunicante, a chamou de vagabunda, dizendo [...] que sabia que a mesma estava fazendo sexo com outro homem [...] (Ocorrência nº 6).

[...] Compareceu nesta Depol, nos informando que estava chegando a sua residência, vinda da igreja, quando seu esposo, possesso de ciúmes, começou a quebrar vários objetos no interior da casa e a ameaçar a vítima de agredi-la fisicamente [...] (Ocorrência nº 15).

Ao avaliar as relações afetivas, percebe-se que o sentimento de ciúme é algo presente em quase todas as relações de casais. Quando a presença do sentimento existe em doses moderadas, é testemunha do afeto de duas pessoas, sendo uma maneira de fortalecer a relação. Por sua vez, o ciúme se torna patológico na medida em que uma das pessoas ou ambas apresentam de maneira exacerbada, criando, assim, o desejo de posse sobre o outro (Malmann, 2015).

Nas ocorrências 4, 5, 6 e 15, o ciúme pode ser visto envolto na vivência de violência, a partir dos relatos de agressões, ameaça de feminicídio, tendo também outras formas de agressões experienciadas pela mulher, como moral e patrimonial.

Subcategoria 2.3: inserção da mulher no mercado de trabalho

Observa-se, no relato da mulher, que seu parceiro íntimo não aceita que a mesma trabalhe, reagindo com ameaças e difamação no seu ambiente de trabalho, como mostra na ocorrência a seguir:

[...] Está sendo ameaçada pelo seu marido. Segundo a comunicante, tais ameaças sempre acontecem, porque a comunicante quer sair para trabalhar e o suposto autor não concorda e, diante disso, fica seguindo a comunicante e, quando esta consegue um trabalho, ele dá um jeito de difamar a vítima para os patrões, fazendo com que a mesma seja demitida [...] (Ocorrência nº 12).

Na perspectiva da independência financeira e inserção no mercado de trabalho, há uma busca constante das mulheres por reconhecimento e equidade nas oportunidades e salários. Mas o que experimentam são salários mais baixos e menos promoções, além de muitas vezes a discriminação ser velada. Por não sofrerem abertamente tal preconceito, muitas mulheres acreditam que ele não existe e não entendem algumas situações como de fato um preconceito (Hryniewicz; Vianna, 2018).

Com a ocorrência 12, é possível observar que o parceiro íntimo da mulher, em situação de violência doméstica, não aceita a sua inserção no mercado de trabalho e a ameaça, sempre conseguindo com que a mesma perca o seu emprego por meio da difamação aos patrões, sendo essa uma maneira encontrada para que a companheira não trabalhe, restringindo-se ao espaço privado da casa, o que demonstra relações de gênero e poder nesse contexto.

Categoria 3: Implicações da violência doméstica para os filhos

É possível observar, nesta categoria, que a violência doméstica pode atingir toda a família e não só a mulher que a vivencia, sendo demonstradas nas ocorrências as implicações da violência para os filhos, por meio da agressão verbal e ameaça de abuso sexual e de homicídio, conforme expressado a seguir, pelas participantes:

[...] Relata a vítima que o companheiro [...] xinga os filhos [...] (Ocorrência nº 17).
[...] O seu ex-companheiro foi até o seu trabalho, pedindo satisfação, querendo saber quem era o rapaz que a comunicante estava conversando. Ele estava chorando, dizendo que ia matar a vítima, o rapaz e depois voltava e se matava [...]. Relata ainda que, neste mesmo dia, ele ligou dizendo que estava com a filha do casal, dizendo que ia partir desse mundo e ia levar a filha junto e que a menina ia falar as últimas palavras para se despedir da sua genitora, que estava chorando [...] (Ocorrência nº 20).

O apoio emocional é uma necessidade para filhos de casais que vivenciam a violência. As crianças que presenciam os atos da violência estão mais vulneráveis a ter sua saúde psicossocial

comprometida, tendendo a naturalizar o trauma dessa vivência, podendo reproduzir tal comportamento nas suas relações conjugais futuras (Lírio *et al.*, 2018). Assim, observa-se nas ocorrências 17, 19 e 20, que a violência doméstica atinge também os filhos que vivem no ambiente violento, submetidos a diversas violências, sofrendo ameaças de abuso sexual e de morte.

Os achados do presente estudo mostraram que os registros de ocorrências colhidas na DEAM retrataram a experiência da violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral pela mulher, não sendo tão comum o relato da violência sexual. Nessa vivência, o uso de álcool e/ou outras drogas ilícitas, o ciúme e a não aceitação da inserção da mulher no espaço público para o trabalho pelo agressor atuaram como elementos precipitadores de agressões, ainda apresentando implicações para os filhos.

A violência psicológica demonstrou um quantitativo elevado nesses registros de ocorrências analisadas, podendo ser entendido como um maior conhecimento dessas mulheres a respeito da definição de agressão visto que, de forma geral essa forma de violência é reconhecida tardiamente pelo público feminino, por não deixar marcas visíveis. Além disso, a ameaça de morte é um dos relatos registrados mais impactantes quando se trata dessa forma de violência.

As formas de violência patrimonial e moral aparecem com relatos bem marcantes nas ocorrências analisadas neste estudo, somadas à vivência de agressão física e psicológica.

Diante da relevância social sobre a temática e as modificações culturais que o Brasil vem enfrentando, no que tange às relações de gênero, acredita-se que a realização dessa pesquisa suscita melhor entendimento e ressignificação do que é viver a violência doméstica contra a mulher, de modo a incentivar o enfrentamento para as mulheres, sociedade em geral e profissionais dos serviços que integram a rede de atenção à violência.

Referências

ACOSTA, D. F. *et al.* Violência contra a mulher por um parceiro íntimo: (IN) visibilidade do problema. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 121-127, jan./mar. 2015.

ALBUQUERQUE, N. L. *et al.* Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 36, n. especial, p. 135-142, 2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BRASIL. Lei nº 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 União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 23 out. 2021.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, Portugal, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37416210>. Acesso em: 20 set. 2021.

COSTA, C. T. S. *et al.* Violência contra a mulher: fatos e contextos de boletins de ocorrências. *Revista de Enfermagem da UFPE Online*, Recife, v. 9, n. 1, p. 288-295, jan. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10338>. Acesso em: 20 set. 2020.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1687-1696, maio 2018.

DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2911-2920, set. 2015.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00011415, 2016.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 27, n. 2, p. 256-266, ago. 2015.

HRYNIEWICZ, L. G. C.; VIANNA, M. A. Mulheres em posição de liderança: obstáculos e expectativas de gênero em cargos gerenciais. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 331-344, set. 2018.

LÍRIO, J. G. S. *et al.* Abuso intrafamiliar na infância de homens em processo criminal por violência conjugal. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 423-429, jul./ago. 2018.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Analysis of the cycle of domestic violence against women. *Journal of Human Growth and Development*, Santo André, SP, v. 26, n. 2, p. 139-146, maio/ago. 2016.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, e29012, 2017.

MALLMANN, C. J. Ciúmes: do normal ao patológico. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, v. 43, p. 43-49, jul. 2015.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

OLIVEIRA, P. P. *et al.* Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 196-203, jan./mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, CH: OMS, 2002.

PIRES, V. M. M. M. *et al.* Violência por parceiro íntimo em abuso de álcool perpetrada contra mulheres no climatério. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 9, n. 45, p. 1-19, 2019.

RODRIGUES, V. P. *et al.* Violência de Gênero: Representações Sociais de Familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, n. 4, e2770015, 2016.

SANTOS, S. M. J.; NERY, I. S. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um olhar sobre a atuação do ministério público. *Revista FSA*, Teresina, v. 13, n. 2, p. 86-101, mar./abr. 2016.

SILVA, P. C. M.; ASSUMPCÃO, A. A. Relação entre violência psicológica e depressão em mulheres: revisão narrativa. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, jul./dez. 2018.

SOUSA, A. R. *et al.* Violência conjugal: discursos de mulheres e homens envolvidos em processo criminal. *Revista Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170108, 2018.

UNITED NATIONS ENTITY FOR GENDER EQUALITY AND THE EMPOWERMENT OF WOMEN (UN WOMEN). *Progress of the world's women 2019–2020: families in a Changing world* [Internet]. 2019. New York: UN WOMEN, 2019. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2024

WASELFSZ, J. J. *Mapa da Violência 2015*. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos: Flacso, 2015.

Capítulo 6

Representações sociais de estudantes universitários sobre violência doméstica à luz da abordagem estrutural

*Luana Ramos da Silva
Izabella Gonçalves Borba Soares
Aline Vieira Simões
Alba Benemérta Alves Vilela
Charles Souza Santos
Vanda Palmarella Rodrigues
Juliana Costa Machado*

A violência doméstica é considerada um grande agravo à saúde pública, de difícil detecção, por envolver diversos fatores que se somatizam, não sendo possível, portanto, encontrar uma causa que explique a ocorrência do fenômeno (Sobrinho *et al.*, 2019). Atrelada a essa dificuldade, o tabu em si pode falar sobre violência doméstica, por envolver pessoas com laço sanguíneo ou família próxima e, ainda, sentimentos como medo, vergonha ou submissão, mascaram os dados, não permitindo ter fidedignidade do patamar dos números das ocorrências.

Dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), do ano de 2017, registraram 307.367 casos de violência doméstica, sexual e outras violências. Infelizmente, ainda que alarmantes, não expressam os valores absolutos, visto as subnotificações (Brasil, 2019).

A violência doméstica se dirige, na maioria das vezes, às pessoas em situação de maior vulnerabilidade como crianças, idosos, mulheres e pessoas com deficiência, além de envolver toda e qualquer ação que restrinja os direitos humanos, prejudicando o bem-estar e o pleno desenvolvimento (Brasil, 2002).

O estudo realizado em 24 países das Américas constatou que as taxas variaram de 14 a 17% de mulheres que relataram a vivência de violência física e/ou sexual com seus parceiros íntimos, como no Brasil, Panamá e Uruguai. A Bolívia apresentou uma taxa de 27,1% e o Canadá evidenciou 1,1% (Bott *et al.*, 2019). Outra análise internacional apontou que a violência de mulheres por seus cônjuges não apresenta fronteiras geográficas, culturais, econômicas e religiosas, entretanto as mulheres com baixa escolaridade e baixa renda familiar tendem a sofrer agressões mais graves (Aslan *et al.*, 2019).

Das formas de manifestação da violência, o Art. 7º da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340 de 2006) dispõe: I) violência física, sendo aquela que ofende a integridade ou saúde corporal; II) violência psicológica, como qualquer conduta que cause dano emocional, seja por constrangimentos, seja por insultos, humilhações, violação da intimidade e quaisquer outras ações que diminuam a autoestima e perturbe o pleno desenvolvimento; III) violência sexual, sendo qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada seja por ameaça ou uso da força; IV) violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure subtração, retenção de documentos, destruição de objetos ou bens pessoais; V) violência moral, sendo qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

Qualquer que seja a forma da violência, são suscitados traumas e cicatrizes profundas naquelas pessoas que os vivenciaram, deixando marcas físicas e psíquicas, que se traduzem em consequências para a saúde, gerando problemas no corpo, emocionais, sexuais, reprodutivos, atitudes suicidas, depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, distúrbios do sono, dores corporais, problemas com o consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2002).

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar atentos aos sinais e saberem identificar essas manifestações, a fim de prestar os cuidados adequados às pessoas em situação de violência, bem como notificarem as ocorrências, acionarem os órgãos e serviços que dispõem da atenção necessária aos casos (Brasil, 2014; Silva *et al.*, 2019). Assim, as instituições de saúde, nesse momento, tornam-se a porta de entrada dessas pessoas para o sistema, estando os profissionais de saúde em posição ideal para identificação, notificação e enfrentamento da violência (Brasil, 2013).

Assim, apesar de políticas públicas de apoio e proteção aos direitos humanos de mulheres no mundo e no Brasil, um estudo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 10 países do Sul e centro-americanos analisou que as tomadas de decisões de mulheres em situação de violência e o caminho que percorrem a procura de ações efetivas de enfrentamento da violência nos diferentes serviços se tornam penosos, definidos como “rota crítica”. Os profissionais e as instituições apontaram que não essas políticas públicas apresentam atitudes inadequadas ao enfrentamento do agravo, dificultando a rota de mulheres que procuram por atenção (Sagot, 2000). Uma pesquisa desenvolvida no contexto brasileiro demonstrou resultados similares (Meneghel, 2009).

No entanto, os profissionais estão alheios a essa demanda, reportando não se sentirem aptos à identificação, tampouco ao enfrentamento desse fenômeno, por considerá-lo de difícil manejo, detecção e proferem essa inabilidade, que se deve à falta de vivência da temática durante a formação profissional, desde a escassa abordagem do conhecimento de conceitos, políticas nacionais de enfrentamento, políticas de proteção à pessoa em situação de violência até a carência de experiências práticas, o que lhes reveste o sentimento de insegurança para o enfrentamento (Silva *et al.*, 2019; Moraes *et al.*, 2016; Leite *et al.*, 2016).

De acordo com as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), é essencial que todo profissional de saúde seja habilitado com competências técnicas e científicas, como também ter conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, para assim prestar serviços especializados à comunidade (Brasil, 1996).

Sendo a violência doméstica, por tanto, um tema de saúde pública tanto no âmbito nacional, como internacional, além de ser uma problemática que repercute negativamente na saúde dos indivíduos e nas suas relações com o mundo social, é uma tônica necessária a ser incrementada nas discussões transversais no período de formação profissional, de modo a garantir uma base sólida e propor um arcabouço teórico efetivo para que o estudante universitário, futuro profissional de saúde, esteja capacitado ao enfrentamento do fenômeno da violência doméstica.

Diante deste exposto, surgiu a questão que norteou o presente estudo: Quais as representações sociais de estudantes universitários sobre a violência doméstica? Portanto, esse estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar a estrutura representacional de estudantes universitários a respeito da violência doméstica.

Sabe-se que a representação social é um conhecimento socialmente partilhado e contribui para a construção de um saber comum a todos (Moscovici, 2010). É a partir da representação social que um indivíduo, de acordo com suas concepções, fundamenta suas práticas e suas relações com o meio físico e social (Abric, 2000). Assim, pressupõe-se que as representações sociais de estudantes universitários acerca da violência doméstica possam refletir diretamente na forma de abordagem, identificação, tratamento, encaminhamento e enfrentamento da violência, no momento de suas futuras práticas profissionais.

Assim, esse estudo é de abordagem qualitativa, de natureza descritiva, com aporte teórico das Representações Sociais, aproximando-se da abordagem Estrutural, proposta por Jean-Claude Abric, também conhecida como “Teoria do Núcleo Central”, a qual se entende que toda representação está organizada em torno de um núcleo central (NC), e que este representa sua significação e organização interna, manifestando o pensamento do coletivo. Ao redor do NC, para complementá-lo e sustentá-lo, estão a primeira e segunda periferias, além da zona de contraste (Abric, 2000).

Este estudo foi desenvolvido em uma universidade pública no interior do Sudoeste da Bahia, em um único *campus*, contando com a participação de 100 estudantes universitários da área da saúde, dos respectivos cursos: medicina, odontologia, fisioterapia e enfermagem.

Como critério de inclusão, participaram aqueles que estavam cursando o penúltimo ou último semestre da graduação e, como critério de exclusão, aqueles que estivessem desenvolvendo atividades práticas/estágio fora da instituição de ensino, que faltaram às aulas nos períodos do convite à pesquisa e que não compareceram no dia e horário agendado com o pesquisador. Os participantes foram informados a respeito dos benefícios e possíveis riscos da pesquisa, e que eles poderiam desistir a qualquer momento sem quaisquer objeções. Todos os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este estudo é um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado: “Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo nº 1.333.812, de 10/11/2015, e o CAAE: 49741215.9.0000.0055, que atende aos preceitos estabelecidos pelas Resoluções nº: 466/2012 e 510/2016.

A coleta foi realizada entre os anos de 2016 e 2017, através da técnica de evocação livre de palavras, na qual o entrevistador proferiu o termo indutor “violência doméstica”, e o entrevistado era solicitado a escrever as primeiras cinco palavras que lhe viesse imediatamente à memória e, posteriormente, enumerasse-as pela ordem de importância.

Os dados provenientes da técnica de evocação foram processados através do *software* Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès, o qual adota como critério a frequência e a ordem de aparição dos termos evocados (Pontes; Oliveira; Gomes, 2014). Após essa análise os dados, são apresentados no quadro de quatro casas, composto pelo provável núcleo central, primeira e segunda periferias, além da zona de contraste.

A partir dos elementos do quadro de quatro casas, realizou-se a análise de similitude, proposta por Claude Flament, que adota como critério as coocorrências entre as palavras encontradas nos elementos da representação (Sá, 2002). É calculado o índice de similitude, considerando-se apenas os sujeitos que evocaram duas ou mais palavras dos elementos da representação (número de coocorrências dividido pelo número de sujeitos), com os valores obtidos, que construiu a árvore máxima da representação social.

Dos 100 estudantes universitários participantes, 34 cursavam odontologia, 28 enfermagem, 24 fisioterapia e 14 medicina, sendo 70 pessoas do sexo feminino e o restante, do sexo masculino, além de quatro casados, com idades variando entre 20 e 26 anos.

O *corpus* formado pelas evocações, a partir do termo indutor *violência doméstica*, totalizou 500 palavras, dentre elas, 52 diferentes. A média das ordens médias de evocação (rang) foi três, frequência mínima dez e frequência média 24. A partir da análise desses dados, foi possível a obtenção do quadro de quatro casos (Quadro 1).

Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pela evocação dos estudantes universitários da área da saúde ao termo indutor Violência Doméstica – Jequié/BA, 2019 (n= 100).

	Rang ≤ 3		Rang > 3			
Frequência ≥ 24	Família	Freq. 33	Rang 2,758	Agressão	Freq. 47	Rang 3,191
	Machismo	25	2,600	Medo	27	3,481
	Mulher	42	1,952	Sofrimento	61	3,410
Frequência < 24	Desrespeito	Freq. 17	Rang 2,059	Covardia	Freq. 13	Rang 3,462
	Humilhação	12	2,417	Criança	18	3,222
	Impunidade	19	2,947	Depressão	10	3,200
	Submissão	17	2,765	Insegurança	11	3,455
				Ódio	19	3,579

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O provável núcleo central (NC), localizado no quadrante superior esquerdo, apresenta as palavras com alta frequência e baixa ordem média, logo são fortes, relevantes, estáveis e resistentes às mudanças. Esses termos são significativos para os sujeitos, expressam a visão do coletivo, por isso apresentam como mais prováveis de constituir o núcleo central da representação social (Abric, 2000). A palavra mais frequente foi *mulher*, seguida de *família* e *machismo*.

A evocação *mulher* pode significar que ela seja a pessoa mais suscetível a sofrer a violência doméstica. O termo *família* sugere que a violência doméstica acontece entre pessoas da família e dentro do seio familiar, no qual o agressor é alguém de relação próxima à pessoa violentada. *Machismo*, por sua vez, surge como adjetivo ao homem que, em relação de poder ou superioridade, é o gerador do ato violento.

Os elementos contidos na primeira periferia, quadrante superior direito, são aqueles que obtiveram alta frequência com ordem média maior ou igual a três. *Sufrimento* obteve alta frequência, seguido de *agressão* e *medo*. *Sufrimento* pode estar se referindo ao sentimento da pessoa em situação de violência, em decorrência do ato que sofrera ou representando o sentimento de estar vivenciando essa situação. A *agressão* remete à execução do ato em si, nesse sentido, referindo-se à agressão física, e *medo* expressa a imagem do estudante universitário que tem sobre um dos possíveis sentimentos à pessoa, esta, que está em situação da violência, carrega consigo o presságio da recidiva à agressão.

Na segunda periferia, quadrante inferior direito, observam-se os elementos citados numa baixa frequência e alta ordem média. *Ódio* obteve a maior regularidade, seguido de *criança*, *covardia*, *insegurança* e *depressão*. Essas evocações evidenciam o olhar do estudante universitário sobre a condição e geração de impactos, que são decorrentes das manifestações de violência na vida de pessoas submetidas a ela. O termo *criança* surge como sendo uma das pessoas, que dentro do ambiente doméstico, assim como a mulher, está vulnerável a sofrer a violência.

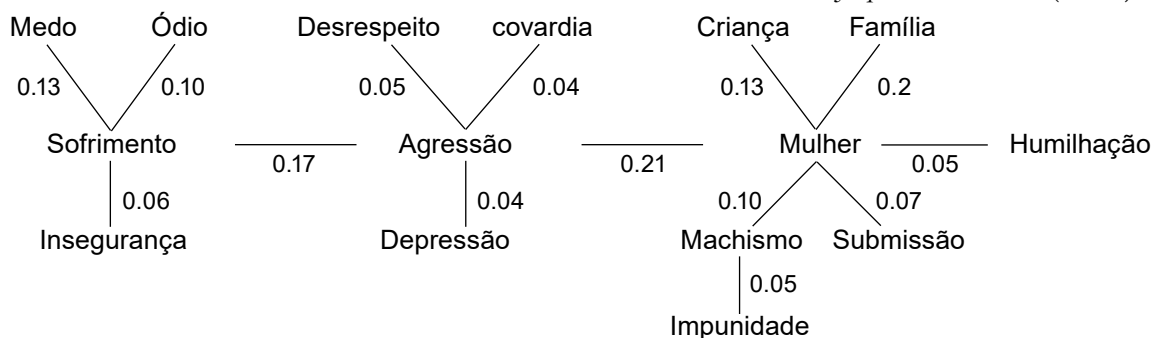
A primeira e segunda periferia, juntas, correspondem aos elementos menos salientes na estrutura da representação, mas são pertinentes em sua organização e, ainda que as evocações expressem mais sobre a significação individual do sujeito, estas sofrem influência do coletivo, desse modo, dão sustentação ao núcleo central.

A zona de contraste, quadrante inferior esquerdo, integra os elementos menos citados e evocados em baixa ordem média, desse modo, são considerados mais instáveis, logo susceptíveis a mudanças. Foram expressos os termos *desrespeito*, *humilhação*, *impunidade*, *submissão*. *Desrespeito* e *submissão* foram citados 17 vezes cada um, demonstrando ter condições atitudinais que motivam o ato violento por parte do agressor, sendo que *submissão* é a condição na qual a pessoa vulnerável se encontra e essa relação entre ela (e) e a pessoa que agride, empoderando essa última e deixando-a em posição favorável para cometer a violência.

Impunidade foi o elemento mais frequente, imprimindo ser um dos possíveis motivos que culminam na perpetuação dos casos de violência dentro do ambiente doméstico, como reflexo do déficit da atuação das políticas públicas ou falta de intervenções jurídicas com poder resolutivo de forma imediata.

Ao inspecionar os números das coocorrências entre os elementos citados pelos participantes, através da análise de similitude (Figura 1), nota-se que o termo *agressão* correlacionou com o termo *mulher* forte e expressivamente, comportando-se como organizadores dos elementos da representação. Ambos os termos mantêm outras conexões com os outros elementos, porém com índices menos fortes. É possível observar que o termo *mulher*, a partir da análise de similitude, é reafirmado como fazendo parte do possível núcleo central da representação, porém o termo *agressão* que, no quadro de quatro casas, aparece como primeira periferia, na árvore máxima, ressurgue como o organizador central dos demais elementos.

Figura 1 – Árvore máxima da análise de similitude por coocorrência das evocações dos estudantes universitários da área de saúde ao termo indutor Violência Doméstica. Jequié – BA, 2019 (n= 95).



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Ao se estudar as Representações Sociais sistematiza-se a existência de três dimensões que dão base à representação, são elas a conceitual, imagética e atitudinal. Ao analisar os elementos da árvore máxima, podem-se extrair tais dimensões.

A dimensão conceitual corresponde ao conhecimento de um grupo sobre um determinado assunto ou objeto social. Neste caso, o conceito dos estudantes universitários está contido nos termos *agressão*, com alta frequência, e *mulher*, apresentando alta regularidade e baixa ordem média. O termo *mulher* se faz presente no NC, do quadro de quatro casas, assim, comportando-se como possível centralidade da representação social do grupo estudado.

Já na dimensão imagética, destacam-se os termos *sofrimento*, *ódio*, *insegurança*, *medo*, *depressão*, como o próprio nome remete, é o campo da representação da imagem sobre o objeto estudado. Ao se falar o termo indutor *violência doméstica*, essas evocações citadas representam a maneira como os estudantes enxergam as consequências deixadas pelo ato da violência. A dimensão atitudinal se refere à orientação do comportamento e provoca reações emocionais e demonstra o julgamento do entrevistado sobre a motivação ao ato estudado. A atitude se faz presente nos termos *desrespeito*, *covardia*, *submissão*, *impunidade*, *humilhação*.

Dentre os elementos que obtiveram baixo índice de similitude, destacam-se os termos *insegurança* e *depressão*, os quais demonstram o âmbito da imagem da representação, enquanto as evocações *desrespeito*, *covardia*, *submissão*, *impunidade*, *humilhação*, que igualmente obtiveram índices baixos, representam a reação ao comportamento do agressor.

Essas conexões, principalmente na dimensão atitudinal, conseguem exprimir o julgamento dos estudantes universitários acerca da motivação à ação pelo agressor. Já no campo imagético, observa-se que identificam o sentimento das pessoas em situação de violência e, que muitas vezes, experimentam da mesma comoção, por se fazerem próximos e sensibilizarem-se da realidade dessas (Silva et al., 2015).

É possível compreender que os estudantes universitários têm uma representação estruturada de que a violência doméstica é circunscrita da *agressão* contra a *mulher* e essa concepção, por sua vez, comporta-se como representação social desse grupo sobre o que é violência doméstica.

A violência doméstica ao contrário do que é entendido pelo grupo de estudantes universitários pesquisado neste estudo, não se limita à violência contra a mulher, podendo se estender a qualquer pessoa dentro do ambiente doméstico, mas normalmente acomete, de

sobremaneira, as crianças, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, por serem aqueles mais vulneráveis (Leal; Gómez; Lao, 2017).

No entanto, essa ideia pode estar ancorada ao fato de ser uma realidade de muitas mulheres que, infelizmente, está relacionado às altas taxas de morbidade no Brasil e no mundo (Bozzo *et al.*, 2017). Os registros vêm crescendo expressivamente e os meios de comunicação noticiam de maneira exaustiva o aumento do número de assassinatos de mulheres diariamente (IPEA, 2019), podendo explicar a crença de a violência doméstica ser aquela direcionada contra esse grupo minoritário.

No possível NC da representação, aparece o termo *mulher* com a maior frequência de evocação, expressando o entendimento de serem elas as mais frequentemente violentadas, imprimindo um legado histórico e cultural da desigualdade de gênero, pelo qual a mulher é submissa e, sobre ela, o homem tem o poder de dominação. O *machismo*, adjetivo creditado ao homem, que nesta relação é o provedor do lar há anos, vem sendo reproduzido nos ambientes familiares e demonstrando a naturalização do pensamento enraizado do patriarcado, em que a mulher frágil é a agredida e sujeito masculino forte e detentor do poder, o agressor (Fleury-Teixeira; Meneghel, 2015; Minayo, 2010).

A influência cultural, no que se refere às questões de gênero, apresenta-se como gatilho para as desigualdades nas relações, no qual o *ser homem* e *ser mulher* são muito bem delineados, portanto já determinado quem dentro desse relacionamento detém o poder e quem o subordinado. A superioridade dada ao homem lhe coloca em posição favorável à manifestação da violência, e isso aumenta sobremaneira o número de mulheres que, dentro de um relacionamento afetivo, acabam por serem violentadas pelo parceiro íntimo (Sobrinho *et al.*, 2019).

Esse entendimento restrito de que é a violência doméstica demonstra a exiguidade de conhecimento dos estudantes universitários acerca da temática. Isso expressa uma existência da lacuna na capacitação desse futuro profissional frente à demanda de atenção a essa realidade que é presente nas unidades de serviço em saúde, o qual será seu futuro campo de atuação.

Essa constatação é corroborada por diversos estudos sobre a temática, na qual se verifica o despreparo dos profissionais de saúde na abordagem de pessoas em situação de violência, por não se sentirem aptos, já que não expõem a respeito da temática de maneira satisfatória e suficiente, durante seu período de formação. Em suma, é percebida a atuação voltada à medicalização sem se atentarem a intervir nas situações decorrentes da violência, dessa maneira, negligenciando a existência dos casos (Visentin *et al.*, 2015; Tambag; Turan, 2015; Silva; Padoin; Vianna, 2015).

O termo *família*, presente no possível NC, a entidade que teoricamente remete ao cuidado, proteção e afeto, por vezes, vem se mostrando como uma ameaça à integridade física, psíquica e emocional, causando danos à saúde, seja no seu aspecto biológico, seja psicológico ou social, por meio da perpetuação da violência.

A palavra *família* tem sido caracterizada como infratora e violenta, principalmente nos casos de violência contra a *criança*, nos quais os pais e cuidadores adotam comportamentos agressivos e violadores de direitos (Russo *et al.*, 2014). Nesse sentido, a evocação *família* passa a ser a que causa *medo*, *insegurança*, *sofrimento*, tornando-se sinônimo de um ambiente hostil que lhe agrida.

Salienta-se, ainda, a existência da exposição de crianças a situações de violência, quando as mães se encontram diante de agressão física dentro do ambiente familiar, sendo causadora

de sofrimento nos filhos como consequência, seja por presenciar as ocorrências ou mesmo compartilhando dos sentimentos de tristeza, seja por rancor ou medo que a mãe vivencia (Barreto-Zorza *et al.*, 2018), que passa a manifestar por meio de sentimentos conflitantes como insegurança, ansiedade, tristeza, isolamento e culpa, condolências que podem interferir negativamente no desenvolvimento e maturação do seu bem-estar emocional e na própria estrutura de sua personalidade (Sibnath *et al.*, 2016).

Ainda no que reporta a violência contra a *criança*, um dos tipos da violência doméstica, a dimensão imagética da representação é ainda mais expressiva. Um estudo realizado em uma universidade pública no interior da Bahia versa, em uma das falas dos entrevistados, que a violência contra a criança é um ato de *covardia*, uma vez que a *família*, aquela que deveria doar amor e proteção à criança, passa a representar um ambiente de risco ao desenvolvimento da mesma, causando-lhe tristeza, ansiedade e até o sentimento de *humilhação*, já que a agressão é, em algumas situações, usada com intuito de mostrar a superioridade do adulto sobre a *submissão* da criança (Machado *et al.*, 2018).

Este achado corrobora os dados do presente estudo, o qual *covardia* e *humilhação* aparecem no campo da atitude como comportamento do agressor, segundo o entendimento dos estudantes universitários. A *submissão*, igualmente presente no campo atitudinal, é a situação na qual se encontram as pessoas susceptíveis a sofrerem as diversas manifestações da violência, como a *criança* e a *mulher* no nosso estudo.

Já em um estudo realizado com técnicos de enfermagem e agentes comunitários, em um município do Rio Grande do Sul (Brasil), sobre a representação da violência doméstica contra a mulher, mostrou que o termo *humilhação* surge como um sentimento que a pessoa agredida suporta por medo de uma possível atitude violenta, como uma forma de punição por parte do agressor (Silva *et al.*, 2015).

Em todos os tipos e formas de manifestação da violência, nota-se o comprometimento do estado psicológico, o qual é sobremaneira afetado, sendo percebido na forma como essas pessoas se expressam, apresentando estarem retraídas, amedrontadas, com aversão ao toque, sinais estes que reforçam a existência da vivência da violência (Simões *et al.*, 2019). Havendo esses sinais sugestivos, tem por necessidade a investigação e a identificação do agressor, para que medidas sejam adotadas a modo que esse ato, apontado nesse estudo como sendo uma *covardia*, não fique impune e o ciclo da violência seja interrompido.

Reconhecendo a pertinência dos agravos à saúde, decorrentes da violência doméstica, nos mais variados âmbitos de vida, é imprescindível a atuação do profissional de saúde frente à identificação dos casos. É necessário, ainda, que durante a formação profissional sejam ofertados conhecimento teórico e vivências práticas que os instrumentalizem a atuarem e intervirem no enfrentamento desse fenômeno sempre que solicitado essa demanda.

No entanto, concernente a esse aspecto, são recorrentes os achados na literatura, apontando o despreparo dos profissionais e a existência de lacunas entre o conhecimento, atuação prática da identificação e enfrentamento da violência. Os atuantes se sentem inseguros, reportando in experiência devido à ausência de abordagens práticas que lhes propusessem adquirir segurança e habilidades para intervirem com penhor nos casos detectados (Morais *et al.*, 2016; Leite *et al.*, 2016; Santos; Correa; Chaves, 2016).

Ao analisar os resultados do presente estudo, foi verificado que a estrutura do pensamento social dos estudantes universitários sobre a violência doméstica se centra na violência doméstica contra a mulher, principalmente na forma de agressão, desconsiderando ou não e imprimindo em suas falas as outras formas de manifestação do ataque ao corpo, bem como não apontam outras pessoas, que dentro desse ambiente doméstico, também estão suscetíveis.

É possível notar que os estudantes universitários detêm o entendimento sobre a violência, porém um conhecimento limitado, o que demonstra uma visão reducionista sobre a temática. Expressaram em suas falas evocações com conotação negativa sobre o que é a violência doméstica, por meio da dimensão atitudinal, o que expressa uma aproximação e compartilhamento do sentimento vivenciado pela pessoa em situação de violência. Isso pode refletir e impactar positivamente a atenção dispensada durante suas condutas profissionais, mas para que haja uma abordagem satisfatória e resolutiva, é crucial que tenham conhecimento sobre como atuar.

Assim, reafirma-se a urgência da oferta de conhecimento referente à temática da violência doméstica, por meio da abordagem transversal durante o período de formação profissional, bem como discussões, palestras educativas ou cursos preparatórios para o enfrentamento. Seja qual for o método escolhido, sabe-se da necessidade da qualificação, uma vez verificada a existência do déficit no conhecimento, sendo necessário construir futuros profissionais conscientes da responsabilidade na identificação e manejo dos casos de violência, visando promover atenção biopsicossocial aos usuários dos serviços de saúde, deixando de lado a lógica curativa do binômio saúde-doença, que não contempla a magnitude do fenômeno da violência doméstica.

Referências

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.
- ASLAN, E. *et al.* Exposure to domestic violence in women living in Istanbul and Aegean regions: a Turkish sample. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2835-2844, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802835&lng=en. Acesso em: 28 abr. 2024.
- BARRETO-ZORZA, Y. *et al.* Percepción de violencia desde escolares de dos instituciones educativas de la localidad de Kennedy, Bogotá. *Revista Public Health Magazine*, v. 20, n. 4, p. 438-444, jul./ago. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979004>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- BOTT, S. *et al.* La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*, v. 45, e34, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53351?locale-attribute=pt>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- BOZZO, A. C. B. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11173, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11173>. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 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 União*, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 528, de 01 de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html. Acesso em: 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Departamento de Ações de Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. *Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. *Dados disponibilizados no TABNET*. Brasil, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def.yenny>. Acesso em: 29 out. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Atlas da violência 2019*. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (org.). *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LEAL, E. G. G.; GÓMEZ, M. E. P.; LAO, J. M. I. La violencia como problema de salud pública en Venezuela: algunas reflexiones desde la perspectiva del profesional de seguridad ciudadana. *Medisan*, Santiago de Cuba, v. 21, n. 5, p. 642, 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500020. Acesso em: 23 jul. 2019.

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra criança e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, v. 37, n. 2, e55796, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8N8zMXdndv6GyctNT4rVN5K/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MACHADO, J. C. *et al.* Violência Doméstica contra a criança sobre a ótica dos estudantes de graduação de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 8, n. 1, p. 157-171, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/28099/pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MENEGHEL, S. N. *Rotas críticas II – ferramentas para trabalhar com a violência de gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MORAIS, R. L. G. L. *et al.* Violência Intrafamiliar contra crianças no contexto da saúde da família. *Revista de Enfermagem da UFPE Online*, v. 10, n. 5, p. 1645-53, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13539>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PONTES, A. P. M.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. The principles of the Brazilian Unified Health System studied based on similitude analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67, jan./fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zHcw7XjkvsQf5ghfRn7M7bB/?lang=en>. Acesso em: 23 jul. 2019.

RUSSO, G. *et al.* Da omissão denunciada: negligência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no Creas/Mossoró-RN. *SER Social*, v. 16, n. 34, p. 65-90, 2014. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13064. Acesso em: 23 jul. 2019.

SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SAGOT, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar em América Latina: estudios de caso de diez países*. OPS/WHO Programa Mujer, Salud e Desarrollo. Washington: PAHO, 2000. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2024.

SANTOS, F. C.; CORREA, R.; CHAVES, L. D. P. Competências profissionais para enfermeiros: a visão de discentes de graduação em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem (Online)*, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029965>. Acesso em: 23 jul. 2019.

SIBNATH, D. *et al.* Violence against the adolescents of Kolkata: A study in relation to the socioeconomic background and mental health. *Asian J Psychiatr*, n. 19, p. 4-13, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26957328/>. Acesso em: 23 jul. 2019.

SILVA, A.V. D. *et al.* Conhecimento de acadêmicos de enfermagem acerca da violência contra a mulher. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 22, n. 251, p. 2926-2931, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998879>. Acesso em: 23 out. 2019.

SILVA, C. D. *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/TsFjKk47h6W9JWF7wsNQ7Sy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2019.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulheres em situação de violência: limites de assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/STQjrnBbZcpGwxqZKkptpgN/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2019.

SIMÕES, A. V. *et al.* Identificación y conducta de la violencia doméstica contra la mujer bajo la óptica de los estudiantes universitarios. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, San José, Costa Rica, v. 1, n. 13, p. 35967, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200095. Acesso em: 21 out. 2019.

SOBRINHO, N. C. *et al.* Violência contra a mulher: a percepção dos graduandos de enfermagem. *J. nurs. health.*, v. 9, n. 1, e199102, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/13222>. Acesso em: 21 out. 2019.

TAMBAĞ, H.; TURAN, Z. Ability of Nursing Students to Recognize Signs of Violence Against Women. *Int J Nurs Knowl.*, v. 26, n. 3, p. 107-12, Aug. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25164686/>. Acesso em: 21 out. 2019.

VISENTIN, F. *et al.* Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm.*, v. 33, n. 3, p. 556-564, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569964/>. Acesso em: 21 out. 2019.

Capítulo 7

Abordagem da violência doméstica contra a mulher na formação de estudantes universitários de Fisioterapia

*Ivonete Machado Vieira
Giane Lopes Oliveira
Aline Vieira Simões
Juliana Costa Machado
Vanda Palmarella Rodrigues*

O arranjo familiar é um elemento de convivência social, no qual tem se evidenciado constantemente a maior ocorrência de violência contra a mulher nos relacionamentos intrafamiliares decorrente da falta de interação, diálogo, aceitação, limites, regras, divergência de opiniões, hábitos de vida, entre outras diversidades de condutas e comportamentos, podendo desencadear conflitos geradores de violência doméstica (Kofoworade *et al.*, 2022).

A violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública, estabelecida como conduta ou ameaça de violência de gênero que gere repercussões negativas de origem psicológica, física ou sexual direcionadas às mulheres ou até mesmo a coibição abusiva do direito de ir e vir em espaços coletivos ou particulares (Lawrenz *et al.*, 2018).

De acordo com a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, a violência doméstica contra a mulher pode ser definida de várias formas, dentre elas destacam-se: I) A violência física, que corresponde a todo ato de agressão relacionada ao corpo da mulher; II) A violência psicológica, tendo como definição toda e qualquer atitude que cause danos emocionais e de autoestima, com a finalidade de controlar seu comportamento e decisões por meio de constrangimento, submissão, isolamento, coerção, desonra, abuso, qualquer tipo de privação de liberdade ou ainda algum agravo à saúde psicológica ou restrição às próprias decisões (Brasil, 2006).

Por sua vez, a referida Lei destaca: III) A violência sexual, como todo e qualquer ato que constranja a mulher a observar, permanecer ou realizar ato sexual contra a sua vontade, sob qualquer forma de coerção, ameaça, intimidação ou agressão, bem como quaisquer ações que a convença a vender, usar sexualmente seu corpo, que a proíba de utilizar outro método contraceptivo, obrigue ao matrimônio, gravidez, aborto ou à prostituição por meio de extorsão, dominação, aliciamento ou que imponha limite a seus direitos sexuais e reprodutivos (Brasil,

2006); IV) A violência patrimonial, que está relacionada a toda atitude que represente detenção, furto, estrago integral ou parcial dos seus bens, documentos e objetos de trabalho, recursos financeiros; V) A violência moral, sendo compreendida como toda forma de calúnia, difamação, ultraje ou insulto dirigido à mulher (Brasil, 2006).

De acordo com os dados do Atlas da Violência 2021, divulgados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, o total de mulheres mortas no Brasil no ano de 2019 foi de 3.737, número inferior ao quantitativo, registrado em 2018, corresponde a 4.519, tendo diminuição de 17,3% nos números absolutos. Esses dados se relacionam de uma forma geral com situações de homicídios pela condição de gênero no âmbito doméstico/familiar e discriminação pela sua condição de mulher, incluindo também diversas ocorrências urbanas entre elas: latrocínios, o que equivalem a uma taxa de 3,5 vítimas para cada 100 mil habitantes do sexo feminino no Brasil (Cerqueira *et al.*, 2021).

Foram analisados, em 22 das 27 Unidades da Federação Brasileira, uma queda nas taxas de homicídio de mulheres, registrando-se maiores reduções nos estados do Ceará (-53,8%), Rio de Janeiro (-43,1%) e Roraima (-38,7%), nos anos de 2018 a 2019. Dentre os estados com os maiores aumentos na taxa de homicídio feminino estão: Alagoas (33,6%); Sergipe (31,2%); Amapá (24,3%); Santa Catarina (23,7%); e Rondônia (1,4%) (Cerqueira *et al.*, 2021).

A temática da violência doméstica contra a mulher demanda um nível de atenção dos serviços de saúde, por esse ambiente ser o primeiro local de procura das mulheres agredidas, para tratamento das lesões, sendo de extrema relevância a identificação da agressão. Na maioria das vezes, elas procuram os serviços de saúde não especificamente para tratar feridas, mas para que o profissional de saúde perceba a violação (Carvalho; Giotto, 2021).

Nessa perspectiva, nota-se como é imprescindível que o profissional da saúde esteja preparado para detectar a violência doméstica contra a mulher e de imediato, para encaminhá-la ao setor responsável, a fim de fazer notificação dos casos. A falta de preparo para a identificação e o atendimento da mulher de forma adequada pode trazer consequências prejudiciais, desde processo de detecção até a notificação dos casos (Carvalho; Giotto, 2021).

A violência doméstica contra a mulher requer a interlocução de vários setores da sociedade para seu enfrentamento e prevenção com investimentos em ações políticas, sociais e econômicas, por meio da atuação governamental, das instituições que assistem às mulheres e de toda a sociedade (Arboit *et al.*, 2017). No setor saúde, as discussões decorrem do impacto que tem na vida das pessoas e famílias, o que implica na oferta de assistência e cuidado dos serviços de saúde, que devem ocorrer em diversos locais, além de estabelecer que os profissionais estejam preparados para atender com respostas intersetoriais (WHO, 2013).

Nesse sentido, ressalta-se a fragilidade da abordagem dessa temática ainda na graduação, restringindo-se a uma ou duas disciplinas, tendo um enfoque muito resumido durante o curso, impossibilitando que esse futuro profissional possa ser capaz de agir de forma adequada em situações de violência doméstica, não apenas no atendimento, mas também na detecção e notificação dos casos (Carvalho; Giotto, 2021), de modo a atender a Lei de Notificação Compulsória nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

O estudo mostrou que os estudantes de fisioterapia apontaram ter despreparo para lidar diante de casos de violência doméstica contra a mulher, em virtude da ausência de debates,

discussões em sala de aula, processo de ensino ainda vinculado ao modelo tecnicista e biomédico, ocasionando uma deficiência não só na abordagem teórica, mas também na atuação prática de enfrentamento e atenção direcionados à violência doméstica contra a mulher. Estes estudantes embasaram-se em informações colhidas das mídias sociais, alegando dificuldades na identificação e condução de mulheres em situação de violência (Oliveira *et al.*, 2021).

O estudo evidenciou que, apesar de a violência doméstica ser discutida em disciplinas específicas através de atividades e seminários durante a formação profissional dos cursos da saúde, incluindo a fisioterapia, não ocorria a transversalidade nesse contexto, que é necessária à visibilidade da complexidade da violência doméstica, para que os futuros profissionais da área de saúde pudessem se sentir preparados a realizarem o manejo das situações de violência no contexto profissional, principalmente pela falta de oportunidade na graduação de atuar na prática com a problemática. Foi ressaltada, ainda, a necessidade de intensificar o conhecimento teórico e prático dos estudantes da área de saúde, no sentido de instrumentalizar os estudantes da área de saúde ao enfrentamento das situações de violência doméstica, que possam encontrar nos atendimentos (Machado *et al.*, 2020).

Propõem-se, como objetivos identificar as formas de violência doméstica contra a mulher, reconhecidos pelos estudantes universitários de fisioterapia, descrever a abordagem da violência doméstica contra a mulher na formação de estudantes universitários de fisioterapia.

A pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, foi realizada com 20 estudantes do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. Como critérios de inclusão, destacam-se: estudantes, matriculados do 1º ao 10º período letivo, com idade maior ou igual a 18 anos de idade. E, como critérios de exclusão: os estudantes que estavam afastados por exercício domiciliar.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, a partir de um roteiro de entrevista, contendo questões abertas sobre conceitos e práticas sobre a violência doméstica contra a mulher, entre os meses de outubro de 2019 a março de 2020. As entrevistas foram realizadas individualmente, em salas disponíveis na universidade, para assegurar a privacidade das pessoas gravadas, utilizando-se um gravador digital, após autorização da coordenadora do Curso de Graduação em Fisioterapia e de os participantes, a fim de aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com duração média de 30 minutos. Os participantes foram identificados através da palavra *participante*, seguida de números de 1 a 20 (Participante 1), correspondendo à sequência das entrevistas realizadas.

Trata-se de um subprojeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UESB, sob o protocolo 3.424.236, do dia 28 de junho de 2019.

Adotou-se a saturação dos dados, que ocorreu na 16ª entrevista desse estudo, uma vez que novos tipos de argumentos ou assuntos começam a expirar em uma mesma entrevista ou em novas (Fontanella *et al.*, 2011). Para garantir a ocorrência de saturação dos dados, foram realizadas mais quatro entrevistas.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática para analisar os dados, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2015), emergindo as seguintes categorias empíricas: Categoria 1 – Formas de violência doméstica contra a mulher; Categoria 2 – Abordagem da temática durante a graduação; Categoria

3 – O que fazer diante de situações de violência doméstica contra a mulher: com a palavra os estudantes de fisioterapia.

Por fim, as categorias foram analisadas a partir das evidências científicas, que estão relacionadas à formação de estudantes universitários da área de saúde, entre estes os de fisioterapia, buscando uma articulação com o manejo profissional nesse contexto de violência doméstica contra a mulher, por entender que esta atuação decorre do processo formativo.

Categoria 1 – Formas de violência doméstica contra a mulher

No que concerne à violência doméstica contra a mulher, essa primeira categoria demonstrou, através das falas, que os estudantes de fisioterapia reconhecem a violência física como a agressão em si, relacionando-a com outras formas de agressão precedentes, como a violência psicológica/verbal. Identificam também a violência moral, patrimonial e sexual, sendo “moral” relacionada à questão de gênero, colocando a mulher em posição de inferioridade ao homem. Os participantes expressaram:

A agressão física é através de tapas, empurrões, utilizando algum aparelho ou utensílio dentro de casa, também pode ser jogar alguma coisa, atirar algo sobre a mulher [...]. Colocar ela em posição de inferioridade, isso também já é considerado a [violência] moral [...] (Participante 1).

[...] de agressão física, que a gente sabe que tem um processo né, não é primeiro a agressão física, existem outras etapas anteriores [...] (Participante 2).

A verbal é quando há xingamentos, há inferiorização [...] (Participante 4).

Eu sei algumas, né, eu sei a violência física propriamente dita, sei a psicológica, a verbal, que acaba se encaixando na psicológica, assim, as que vêm em minha cabeça somente são essas [...] (Participante 14).

[...] verbal, física, psicológica, só essas [...] (Participante 16).

[...] então nessa questão de agressão eu entendo tanto verbal como física. Verbal, física e só sei essas [...] (Participante 17).

Têm vários tipos, né? Psicológica, patrimonial, sexual, são esses mesmos. Tem mais alguns, mas eu não lembro [...] (Participante 8).

O estudo mostrou que as principais formas de violência vivenciada pelas mulheres são as físicas, definidas como toda e qualquer forma de agressão que cause lesões por meio de algum objeto ou não; e a psicológica, através de ofensas e insultos que causem danos a sua autoestima (Santana *et al.*, 2020).

A pesquisa destacou que os universitários de fisioterapia reconhecem as formas de violência doméstica contra a mulher previstas na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), como qualquer tipo de agressão que ocorre no ambiente familiar, seja física, seja psicológica ou verbal, que possa causar algum dano às mulheres, e apontam a violência psicológica como sendo a mais nociva para a mulher em situação de violência doméstica, que podem trazer consequências irreversíveis principalmente para novos relacionamentos (Oliveira *et al.*, 2021).

Em contrapartida, os resultados, apresentados em outro estudo que foi realizado com estudantes dos cursos de fisioterapia, enfermagem, odontologia e medicina, indicaram um conhecimento limitado no que diz a respeito à violência doméstica contra a mulher, com

identificação apenas das formas de violência física e a psicológica, ignorando as demais existentes (Simões *et al.*, 2019).

No presente estudo, os estudantes de fisioterapia vincularam a agressão física à violência psicológica/verbal e, apesar de não ter sido tão evidente, alguns deles citaram a violência moral, patrimonial e sexual. Estes achados ressaltam a necessidade de preparar os futuros profissionais para o manejo adequado, de modo que contemple conhecer todas as formas de violência doméstica contra a mulher.

Considerando que o presente estudo foi realizado no contexto da formação do futuro profissional de saúde, que irá atuar em situações de violência doméstica contra a mulher, entende-se ser necessário fazer alusão às evidências científicas que mostrem o preparo dos profissionais de saúde no manejo das formas de violência. Nessa perspectiva, uma pesquisa realizada com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, mostrou que é mais comum o reconhecimento da violência física, apesar de referirem que a violência verbal/psicológica e moral, por serem muitas vezes mascaradas, passam despercebidas e não são consideradas como uma expressão de agressão, por parte da própria mulher e pelo seu agressor (Cruz; Espíndula; Trindade, 2017).

Categoria 2 – Abordagem da temática durante a graduação

Em relação à abordagem da violência doméstica contra a mulher, no período de formação profissional, alguns estudantes de fisioterapia referiram que a temática nunca foi abordada, outros evidenciaram que a abordagem era superficial, conforme as falas explicitadas a seguir:

Não tive disciplina que abordasse essa questão da saúde da mulher, específica [...] (Participante 5).

Não, sobre a temática não. Acho que deveria ser discutido mais na nossa graduação [...] (Participante 8).

Na universidade, assim, não temos de fato uma disciplina que nos direcione. Não há uma grade curricular [...] infelizmente é uma temática que não é assim, evidenciada [...] (Participante 11).

Eu acho que já tive uma disciplina, mas não lembro qual. Mas a gente já discutiu em sala. Profundo não, uma coisa mais superficial, de discussão, de mostrar alguns dados, mas de “ah vamos trabalhar com isso”, nunca [...] (Participante 12).

O que a gente vê é os assuntos desprendidos, por exemplo: em algum momento da aula, surge uma conversa, e ali é abordado aquele assunto, mas não necessariamente que tivemos uma disciplina ou uma aula específica pra abordar esse assunto. São muitas vezes outros assuntos que são abordados dentro da aula, mas aí que acaba desencadeando esse assunto da violência doméstica, mas propriamente dito não, nunca tive, e nem nunca participei [...] (Participante 20).

Em relação à disciplina, não. Só em questão da violência contra a mulher dentro da obstetrícia, dentro do parto humanizado. Aí tivemos a disciplina Saúde da Mulher, mas foi apenas citado, não foi um tema falado. Foi uma coisa assim, bem pontual, não era uma coisa que ficava ali discutindo a fundo sobre isso [...] (Participante 1).

Em Saúde da Mulher [disciplina], a gente discutiu, mas bem pouco a respeito. Foi algo que surgiu na discussão de algum tutorial que a gente debateu, mas não foi algo específico pra isso, que partiu do professor [...] (Participante 7).

Já. Foi em Saúde da Mulher, Comunitária [disciplinas] [...]. A gente fez seminário e foi uma oficina [...] (Participante 13).

[...] Na prática, a gente não sabe como é que deveria ser. A gente tem que preparar mais sobre isso, simular e tudo mais, porque você estudar que você não deve abordar diretamente uma mulher, mas aí de repente você tá em seu consultório e chega uma mulher toda roxa, dizendo que caiu da escada, sendo que você percebe que tem marca de mão, tem marca de que você sabe que foi físico, entendeu, como que você vai falar pra essa mulher? [...] (Participante 17).

Por sua vez, a participação em eventos foi uma das maneiras que alguns estudantes de fisioterapia tiveram contato com a temática violência doméstica contra a mulher, conforme relatos a seguir:

E em relação ao evento, sim, eu já participei de uma roda de conversa, em relação à saúde da mulher. Na verdade, eu já participei de umas duas ou três, com direito a certificação, promovido pelo Grupo Violência, Saúde e Cultura da Paz [...] (Participante 1).

E já fui em um encontro de violência contra a mulher na minha cidade e aqui também [...] (Participante 5).

E eventos, eu já participei de um, que eu me lembro, em um grupo que tem em relação à violência, na UESB [Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia]. Aí participei desse aí e só [...] (Participante 9).

Fica evidente, a partir das falas dos universitários de fisioterapia que o tema violência doméstica contra a mulher não foi abordado de maneira efetiva na graduação pela ausência de disciplinas na matriz curricular que discorram sobre o assunto em si, apesar de ter sido discutido ao referir-se ao parto humanizado na disciplina Fisioterapia na Saúde da Mulher, de forma superficial, e outras discussões que surgiam aleatoriamente na disciplina de Fisioterapia Comunitária ou em outras disciplinas que promoviam debates sociais. Nas falas posteriores, afirmam já terem participado de eventos que abordaram essa temática.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior (CNE/CES), de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu as diretrizes curriculares de fisioterapia, o acadêmico e futuro profissional apresenta um perfil com uma formação generalista para o exercício de sua profissão, de forma analítica, por meio de uma atuação efetiva em todos os níveis de atenção à saúde pública, a partir de uma concepção abrangente e coletiva, com visão ampla e global, diante do enfrentamento de aspectos inerentes às vulnerabilidades (Brasil, 2002). Dentre esses enfrentamentos, evidencia-se a violência doméstica contra a mulher, por isso, é necessário que o futuro profissional tenha esse olhar ampliado e capacitado, para saber enfrentar esses desafios que poderão surgir na sua trajetória profissional.

Um estudo realizado em um hospital público de Alagoas, cujos participantes eram profissionais médicos, foi ressaltada a ausência de discussões, durante a formação médica sobre as políticas de atenção às mulheres em situação de violência, o que remete a uma limitação na abordagem e atendimento às mulheres, impactando em um desfecho pouco efetivo e insatisfatório às mesmas (Silva; Santos; Bezerra, 2022).

Esses achados ratificam a relevância da abordagem na graduação dos cursos da área de saúde, entre estes o curso de fisioterapia, a respeito dos diversos aspectos que não se restrinjam apenas aos biológicos relacionados à violência doméstica contra mulher, mas também aos fatores sociais, principalmente pela necessidade de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado integral à mulher em situação de violência doméstica.

Outra pesquisa elaborada com estudantes da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) trouxe uma reflexão a respeito da relevância da abordagem do tema violência doméstica contra a mulher, a partir de relatos de estudantes de várias áreas do conhecimento, demonstrando que, independente do curso, as discussões sobre violência e outros temas sociais são de suma importância que sejam abordadas nas universidades, pois possibilitarão uma melhor atuação do futuro profissional junto à essas mulheres não só, no tratamento físico em si, mas também na capacidade de tomar as medidas necessárias frente a essas situações (Acosta *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada com estudantes de enfermagem de uma instituição de Ensino Superior de Porto Alegre, RS, destacou um olhar mais amplo por parte dos estudantes, no que se refere à abordagem da violência doméstica contra a mulher na graduação, que ocorreu através de eventos e nas várias disciplinas que compõem a matriz curricular (Sobrinho *et al.*, 2019).

Categoria 3 – O que fazer diante de situações de violência doméstica contra a mulher: com a palavra os estudantes de fisioterapia

No que se refere ao manejo, caso se deparasse com uma mulher em situação de violência doméstica, os estudantes de fisioterapia referiram a identificação dos casos, o exame físico, a prevenção através da informação, o estímulo a denúncia, encaminhamentos para os serviços da rede de atendimento, a exemplo da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Polícia Militar (PM) e os demais profissionais da rede, entretanto, outros estudantes relataram não se sentirem preparados para identificarem as situações de violência doméstica contra a mulher. Evidenciaram, ainda, a necessidade de um olhar atento e escuta sensível para a identificação dos casos de violência doméstica contra a mulher. Os participantes referiram:

Identificar, assim, eu não, mas tem umas pistazinhas que a gente consegue ficar alerta, né, por exemplo, hematomas, receio de falar sobre algum assunto, principalmente os voltados para o marido, né? O companheiro, no caso, tem a questão também de evitar falar mal do marido, porque muitas protegem, né? Seus companheiros, mais pelo fato do medo também, né? De darem alguma pista e alguém ficar sabendo, então são essas questões nas entrelinhas que a gente vai descobrindo, e aí cabe a nós, como profissionais, uma investigação mais profunda do caso. A gente identifica [...], [e isso] requer uma investigação profunda, ou não? A gente tem que ter essa sensibilidade [...] (Participante 5). [...]. Mas a gente fica alerta, né? Pra sempre que chegar olhar, primeiramente a parte física, né? Mas outra coisa que é importante é a emocional, se ela tá retraída, se ela tá cabisbaixa, se há algum problema de expressão, se no caso, pelo meu gênero, que sou homem, às vezes ela vai se fechar mais do que com outra mulher, então notar isso também é importante, porque pode ser um sinal [...] (Participante 11). É isso, eu acredito que eu consiga pelo menos visualizar um possível risco, se é ou não é, aí é investigação, que deve ter uma maior equipe, com outros profissionais, e eu acho que talvez eu reconhecesse o risco, dependendo do caso, se fosse [...] e até em questão de semblante, do jeito de conversar [...] Uma vez eu cheguei a identificar, mas não estava nas minhas dependências de atendimento, então foi assim, mais superficial, tentar conversar mais por fora, assim [...] foi no estágio de saúde da mulher [...] (Participante 19).

Os estudantes de fisioterapia destacaram a importância do exame físico para identificar as situações de violência, enfatizando as marcas físicas decorrentes das agressões, conforme falas a seguir:

E em relação à violência física, que a gente pode identificar, nós como fisioterapeutas, podemos identificar através do exame físico. Porque como a gente tem a fase de inspeção, de observação geral do corpo do paciente, [a gente] vai saber identificar algumas marcas, manchas, cicatrizes, que podem estar escondidas. [A gente] tem um olhar mais holístico e amplo, sobre o corpo do paciente. [A gente] vai saber identificar essas lesões, e poder investigar, perguntar, direcionar nossas perguntas pra saber se o autor daquele hematoma, daquela ferida, daquele corte, foi algo acidental ou causado por outra pessoa [...] (Participante 1)

Algumas dão características, né? Dão sinais, quando ela começar a ganhar confiança em você, ela vai começar a contar algumas coisas, e também marcas [...] (Participante 6).

E a identificação é que você começa a observar, tipo, apareceu com manchas em lugares que ela não sabe explicar, com manchas no corpo, [que] ela não sabe dizer pra você. Ela até sabe, mas ela não quer te contar, e acabar orientando, conversando com ela [...] (Participante 9).

Assim, identificar, talvez só se for uma coisa que for bem visível assim, uma coisa que esteja bem à mostra, como algum hematoma e aí ela pode acabar falando com a gente [...] (Participante 14).

A partir dos achados, fica evidente que parece ser mais fácil para os estudantes de fisioterapia, a identificação das marcas físicas decorrentes das agressões, o que reafirma o aspecto biologicista do manejo do futuro profissional, entretanto, também foi destacada a necessidade de se ter um olhar aprofundado para identificar a violência, através de sinais de alerta que podem passar despercebidos, além de ter a sensibilidade para ler, nas entrelinhas, a mensagem que a mulher em situação de violência quer transmitir e, que por medo, não consegue se expressar abertamente.

Na maioria dos casos de violência doméstica, a agressão deixa marcas nas mulheres, não apenas psicológicas, mas também físicas e, muitas vezes, visíveis. Já em outros momentos, não. Há situações que as próprias mulheres tentam esconder esses sinais de violência, por medo de consequências piores para elas, o que dificulta a identificação dos casos para alguns profissionais de saúde. No entanto, no presente estudo, algumas falas relatam uma vantagem em relação ao exame físico em detrimento aos outros profissionais, pois no protocolo de avaliação existe a etapa da inspeção que vai permitir a esses especialistas identificarem possíveis lesões mascaradas pela mulher, sendo necessária uma investigação mais aprofundada, um acolhimento, incentivando que ela fale sobre o assunto, para então tomarem as devidas medidas de orientação e encaminhamento.

Uma pesquisa realizada com estudantes do curso de medicina e enfermagem de duas universidades, a do estado do Pará e a Faculdade Carajás, destacou a falta de capacitação na identificação de indícios que possam remeter a uma constatação de violência doméstica, o que confirma o atual contexto em que os atuais profissionais adotam condutas tecnicistas, com abordagens superficiais, visando os fatores biológicos em detrimento dos aspectos socioculturais. Destacou ainda a incapacidade de identificar casos de violência por meio de exame físico de todos os entrevistados sem exceção, realizando só a anamnese (Silva Júnior *et al.*, 2021), o que reafirma a importância do exame físico, além da escuta, acolhimento, atendimento humanizado e realização da notificação compulsória em cumprimento à legislação vigente.

Os resultados obtidos em uma pesquisa, que foi produzida com enfermeiros que atuavam em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mostrou que é extremamente relevante o acolhimento para um atendimento humanizado, a fim de que, dessa forma, a mulher em situação de violência se sinta estimulada a relatar a agressão e facilitar assim a identificação

dos casos de violência (Freitas *et al.*, 2018). Entretanto, ressalta-se que alguns estudantes referiram que não se sentem preparados para identificar uma situação de violência doméstica. Os participantes referiram:

[...] Sinceramente? Não. Não sei por que se na nossa formação, especificamente, a gente não aprende a reconhecer, porque o mais difícil é reconhecer, [...] acho que a gente não está preparado para reconhecer situações de mulheres que estejam em situação de violências [...] (Participante 2).

Não, nem um pouco. Eu tenho algumas suposições, mas uma coisa técnica, não [...] (Participante 4).

Acho que não, só se fosse uma coisa bem nítida assim, bem [...] (Participante 18).

Assim, ainda tenho uma certa dificuldade, não vou dizer que sei com propriedade, assim, eu busco estudar um pouco sobre a temática, busco me apropriar naquilo que eu noto que é fundamental, mas assim, ter segurança eu não tenho [...] (Participante 11).

Nessa categoria, é notória nas falas, do presente estudo, a consciência dos estudantes a respeito do despreparo para identificar casos de violência doméstica. A maioria deles mantém o foco nos indícios visíveis no corpo. Alguns outros relatam ter uma noção sobre o tema, mas referem insegurança para confirmar a agressão.

Alegaram que, uma das formas de manejo, consiste na prevenção através da informação. Os participantes evidenciaram:

[...] Eu acredito que a maior forma de prevenção é a informação. A mulher saber que ela não está sozinha, e que existem órgãos especializados para acolher ela, pra evitar esses episódios [...] (Participante 1).

[...] No caso da prevenção, eu acho que a informação é o mais importante. Uma mulher bem informada, um homem, a sociedade em si bem informada [...]. Tanto do lado do homem que não deve agredir, quanto da mulher que deve buscar seus direitos em caso de agressão, seria a melhor forma de prevenção [...] (Participante 3).

E assim, né, prevenir, falar em redes sociais, em roda de amigos, igreja e tudo mais. Que eu acredito que a verbalização tem muito poder, né? Então isso ajudaria. [...] (Participante 5).

Os relatos do presente estudo evidenciam a relevância do futuro profissional informar às mulheres em situação de violência doméstica a respeito de seus direitos e ter conhecimento sobre os serviços da rede de atendimento, de modo a contribuir para apoiar a mulher na prevenção e enfrentamento da violência, destacando o encaminhamento da mulher à Delegacia Especializada ao Atendimento à Mulher (DEAM), para estimular a denúncia ao Ministério Público, à polícia militar e a outros profissionais da rede como psicólogos e assistentes sociais. A seguir, explicitado pelos participantes:

[...] E é. Estimular a denúncia, ou até mesmo nós, como profissionais, podemos fazer uma denúncia anônima [...] (Participante 15).

[...] Talvez só orientar a mulher a denunciar, procurar a delegacia da mulher, essas coisas [...] (Participante 14).

[...] Por exemplo, em questão de violência, tem a delegacia da mulher, né? Que a gente pode encaminhar para fazer uma denúncia. A gente pode também, se [a gente] sinalizar alguma coisa, falar com outros profissionais de saúde, outros mais superiores, um psicólogo, pra atuar ali naquela mulher. [...] (Participante 5).

[...] Acredito que seja orientá-la pra polícia, pra DEAM, pra delegacia da polícia que vai fazer a defesa da mulher [...] (Participante 9).

[...] Mas acho que, depois disso, tem aquele negócio de delegacia da mulher, né? Acho que poderia ser feito uma denúncia se ela quisesse denunciar, porque a maioria também não denuncia, então também não iria adiantar nada, falar. Se ela não fosse denunciar, porém eu acho que eu faria esse encaminhamento para a delegacia da mulher, [...] (Participante 10).

[...] E claro, né? Encaminhar tanto para o Ministério Público, quanto para a delegacia também né, porque eles que têm essa ponta. A assistência social também é fundamental pra saber como é que chega a esse domicílio, como chegar a essa conjuntura, e sondar de fato, que é o papel que eles fazem, pra daí averiguar de fato se é, e como intervir, né? Da melhor maneira e como a lei garante [...] (Participante 11).

[...] O que eu posso fazer em relação a isso? Eu posso ver um acompanhamento psicológico, que o psicólogo tem um poder maior sobre isso, né? Ele consegue mediar uma conversa e orientar, né? Se ela já procurou a polícia [...] (Participante 6).

A gente houve falar de assistente social, de que eles que vão resolver o assunto pra a gente, e o único profissional que eu sei é o assistente social [...] (Participante 19).

Em relação ao estímulo à denúncia, os estudantes de fisioterapia evidenciaram que é imprescindível incentivar à mulher em situação de violência doméstica denunciar o agressor, mas também o próprio profissional pode estar realizando a denúncia, sem precisar se identificar, pois essa é uma das barreiras que muitas vezes inibem o profissional de denunciar.

Estudo demonstrou o quanto é importante que os profissionais de fisioterapia estejam preparados para assistir as mulheres em situação de violência doméstica, em relação às condutas, prevenção e o devido encaminhamento, pois, na maioria das vezes, a mulher não denuncia, desiste por medo que ocorra uma nova agressão, aspectos envolvendo a família, fatores de submissão afetiva e financeira, entre outros (Oliveira *et al.*, 2021).

Uma pesquisa com estudantes de enfermagem evidenciou a importância de apoio, da escuta, orientação e encaminhamento das mulheres em situação de violência doméstica aos serviços da rede de apoio, como instituições de saúde com equipes que ofereçam atendimento multidisciplinar, e a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) (Silva *et al.*, 2018). Os estudantes de fisioterapia ressaltaram a orientação e encaminhamento à rede de atendimento, incluindo as DEAM, como está disposto na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), no capítulo 1 das Medidas Integradas de Prevenção, Artigo 8, inciso IV, que implementa atendimento policial especializado para as mulheres (Brasil, 2006).

Um estudo realizado com estudantes de enfermagem evidenciou que estes não se sentem membros ativos de uma equipe multiprofissional, que esteja apta para atender mulheres em situação de violência doméstica e que, na maioria das vezes, essas mulheres são encaminhadas para outro profissional, abstendo-se de realizar a conduta que lhes convém, muitas vezes, por não ter conhecimento das redes de apoio e pela ausência de regulamentações representativas que possam dar suporte, para desempenhar a sua conduta (Sobrinho *et al.*, 2019).

Ressalta-se, como limitação do estudo, a escassez de pesquisas que tratassem especificamente sobre os estudantes de fisioterapia e a violência doméstica contra a mulher, reduzindo outras possíveis concepções dos universitários a respeito da violência doméstica contra a mulher, o que requer mais estudos, para um entendimento ampliado, sobre essa temática tão relevante e necessária, entretanto, compreende-se a necessidade de ter um olhar abrangente de todos os cursos da área de saúde, com extensão à atuação dos profissionais de saúde nesse contexto.

O estudo demonstrou que, de fato, os estudantes de fisioterapia reconhecem as formas de violência doméstica contra a mulher, porém ainda há uma lacuna no conteúdo da matriz curricular do curso, que é a ausência de discussões durante a formação. Essa fragilidade de conhecimento se expande à insegurança de falta de qualificação no momento de identificação, condução e orientação das mulheres em situação de violência doméstica.

Diante das evidências relatadas, observa-se de forma positiva a sensibilização destes estudantes em perceberem a deficiência da formação acadêmica em relação à ausência de discussões a respeito desse núcleo temático, que se faz necessário a ser debatido e combatido na sociedade atual, pois se considera que seja item motivador para buscar mais conhecimento e consequentemente transformar sua prática profissional qualificada efetiva e humanizada.

Para tanto, é relevante que o estudante se sinta habilitado e com competências para atuar no manejo da violência doméstica, tendo embasamento teórico e autonomia para atender as mulheres nessas situações, promovendo uma assistência não somente ambulatorial, mas também psicossocial, de forma transversal, multiprofissional, interdisciplinar e integral.

Dessa forma, entende-se a necessidade de que sejam introduzidas discussões transversais mais representativas a respeito da violência doméstica contra a mulher, nas disciplinas do curso de graduação em fisioterapia, para que os estudantes universitários tenham arcabouços teóricos que os permitam atuar, futuramente, como profissionais qualificados, preparados para identificar e direcionar as mulheres violentadas, de forma que elas se sintam confiantes para denunciar e seguras, para o enfrentamento do problema.

Referências

- ACOSTA, D. F. *et al.* Compromissos diante da violência doméstica: olhar de universitários como cidadãos e futuros profissionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 23, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/66038>. Acesso em: 15 set. 2022.
- ARBOIT, J. *et al.* Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 51, e03207, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en. Acesso em: 28 abr. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 16 out. 2018.
- CARVALHO, M. C. J.; GIOTTO, A. C. Percepção de discentes de cursos de saúde sobre o atendimento às mulheres vítimas de violência. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, Goiás, v. 4, n. 1, p. 603-612, jun. 2021.

- CERQUEIRA, D. *et al.* *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: FBSP, 2021.
- CRUZ, S. T.; ESPÍNDULA, D. H.; TRINDADE, Z. A. Violência de Gênero e seus autores: representações dos profissionais de saúde. *Psico-USF*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 555-567, set./dez. 2017.
- FONTANELLA, B. J. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011.
- FREITAS, R. J. *et al.* Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. *HU Revista*, Juiz de Fora, MG, v. 43, n. 2, p. 91-97, jul. 2018.
- KOFOWORADE, A. Y. *et al.* Family and clinical indicators of domestic violence among pregnant women in Ilorin, North-Central Nigeria. *Pan African Medical Journal*, Nairobi, v. 41, n. 1, jan. 2022.
- LAWRENZ, P. *et al.* Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 34, 2018.
- MACHADO, J. C. *et al.* Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, SP, v. 9, n. 7, e152973917, maio. 2020.
- OLIVEIRA, G. L. *et al.* Representações sociais de estudantes de fisioterapia sobre a violência doméstica contra a mulher. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, SP, v. 10, n. 2, e39510212896, fev. 2021.
- SANTANA, R. D. *et al.* Violência contra as mulheres: caracterização dos casos acompanhados em um centro de referência municipal. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, SP, v. 9, n. 11, e98291110574, dez. 2020.
- SILVA, C. D. *et al.* Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, jul. 2018.
- SILVA, K. E.; SANTOS, J. I.; BEZERRA, W. C. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, jan./abr. 2022.
- SILVA JÚNIOR, M. L. R. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: investigação do preparo dos acadêmicos de saúde de instituições do Município de Marabá-PA. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, e19210615551, 2021.
- SIMÕES, A. V. *et al.* Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, San Jose, CR, n. 37, p. 95-109, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-95.pdf>. Acesso em: 24 set. 2022.

SOBRINHO, N. C. *et al.* Violência contra a mulher: a percepção dos graduandos de Enfermagem. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, RS, v. 9, n. 1, jan./abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1. Acesso em: 28 abr. 2024.

Capítulo 8

Concepções das equipes da estratégia saúde da família sobre violência obstétrica

Franciele Soares Balbinote

Júlia Maria Nascimento Penha

Ranna Gabriele Sampaio da Conceição

Tamires Souza Oliveira

Ninalva de Andrade Santos

Juliana Costa Machado

Vanda Palmarella Rodrigues

Abusos e maus-tratos no atendimento às mulheres no pré-natal, parto, pós-parto e aborto são inúmeros e assolam a população feminina mundial, o que configura, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma assistência negligente e desrespeitosa, conhecida como violência obstétrica (OMS, 2014).

Nesse contexto, ressaltam-se alguns exemplos de violência obstétrica, a saber: exposição da mulher à episiotomia de grande comprimento e episiorrafia exagerada, resultando em dificuldades para sentar e perda de prazer na relação sexual; culpabilização da mulher pelo filho ter nascido com deficiências neurológicas; realização de exames de toques repetidos, executados por diferentes profissionais de saúde, em curto período de tempo; mulheres obrigadas a permanecer imóveis no leito e em posições litotômicas, exigidas pelos profissionais durante o parto; mulheres agredidas verbalmente, tendo suas vozes silenciadas durante os procedimentos obstétricos (OMS, 2014; Chourabi, 2019).

O termo violência obstétrica é recente, entretanto, as mulheres vêm sofrendo desrespeito e abusos há muitos anos. O Brasil foi pioneiro nas discussões sobre o desrespeito e a má qualidade oferecida à mulher na gestação, parto e nascimento, quando ativistas decidiram lutar pela causa (Sadler *et al.*, 2016). A organização social Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), fundada e atuante desde 1993, decidiu denunciar as constantes práticas desumanas e cruéis a que vinham sendo tratadas as gestantes, parturientes e puérperas em instituições brasileiras. A partir das denúncias, foram iniciadas, então, ações que incentivaram a humanização na atenção ao nascimento e parto (Rattner, 2009).

No entanto, o termo “violência obstétrica” só foi utilizado em 2007, na *Gaceta Oficial* da República Bolivariana da Venezuela, com a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida*

Libre de Violencia, promulgada pela Assembleia Nacional do país latino-americano, que define a violência obstétrica como:

[...] 13. A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelo profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, nos abusos de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Venezuela, 2007, Cap. III, Artículo 15, p. 9, tradução nossa).

A violência obstétrica é também considerada uma violência de gênero, pois se baseia no estereótipo de que mulheres são incompetentes em tomar decisões, vistas apenas como reprodutoras e geradoras de bebês, e por isso estão sujeitas às ações médicas sem autonomia de seus corpos (Vacaflor, 2016). Constitui-se, ainda, como uma violação dos direitos humanos, pois viola a integridade física, psíquica, o direito à saúde e uma atenção de qualidade e respeito (OMS, 2014).

Além disso, trata-se de ato racista ou étnico, socioeconômico, cultural e antiético, pois as mulheres que mais sofrem com a violência obstétrica são negras, com baixa renda, pouca escolaridade, obesas, adolescentes e com idade avançada, com alta paridade e outras com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Menezes *et al.*, 2020; Fundação Perseu Abramo, 2010; Bohren *et al.*, 2015).

A violência obstétrica também é entendida como uma forma sexista de agressão contra mulheres e homens transexuais que gestam. Esse ato violento pode se manifestar de várias maneiras, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sexuais, institucionais, materiais e midiáticos, resultando na perda da autonomia e capacidade de decisão sobre seus próprios corpos e sexualidade, enquanto o profissional e/ou agressor mantém o controle e a dominação dos corpos. Embora afete diretamente os corpos das mulheres cisgênero e pessoas transexuais, suas experiências podem variar de acordo com fatores como classe, raça e orientação sexual. Nesse sentido, mulheres bissexuais ou homossexuais e homens transexuais podem enfrentar diferentes formas de violência obstétrica relacionadas à bifobia ou lesbofobia e transfobia, respectivamente. Assim, deve-se entender que há corpos e marcadores sociais, como pessoas não binárias, *queers*, deficiência, obesidade, etarismo, entre outros, que merecem consideração ao discutir a violência obstétrica (Cardoso; Shimizu, 2024).

No contexto brasileiro, a partir da década de 1990, diversas ações foram executadas com a finalidade de promover humanização no parto, adequada assistência à gestação, parto e nascimento, bem como redução da mortalidade materno-fetal. Em 7 de abril de 2005, foi sancionada a Lei Federal da(o) Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) que garante a participação de acompanhante na rede pública ou conveniada, escolhida (o) pela mulher, durante o pré-parto, parto e pós-parto (Brasil, 2005; Rattner, 2009; Diniz *et al.*, 2018).

Além da Lei Federal, o governo da época lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de promover melhorias no acesso, qualidade e acompanhamento do pré-natal, parto e nascimento. Outra estratégia foi a Rede Cegonha, visando à promoção de bem-estar e qualidade de vida às gestantes e aos recém-nascidos desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, além de garantir a diminuição da mortalidade materno-fetal, os direitos sexuais e reprodutivos, pré-natal, parto e pós-parto de qualidade (Brasil, 2002, 2011).

Embora existam estratégias para denúncia, prevenção e combate, a violência obstétrica ainda persiste em instituições espalhadas por todo o mundo. Diversos autores evidenciaram os possíveis fatores que podem desencadear a violência obstétrica. Entre eles, a formação profissional desatualizada e desumanizada de profissionais de saúde, utilização do corpo feminino como meio de aprendizagem para estudantes e afins, a sobrecarga de trabalho, ambientes desestruturados, falha na comunicação entre profissional-paciente e falta de informação e atenção de qualidade no pré-natal, ofertado em sua grande maioria na atenção básica (Diniz *et al.*, 2015; Tesser *et al.*, 2015; Cardoso *et al.*, 2017).

Com relação à informação, essa é também considerada uma forma de prevenção da violência obstétrica, uma vez que a mulher informada entenderá seu papel, retomará sua autonomia durante o parto e exigirá atendimento seguro e humano (Diniz *et al.*, 2015; Tesser *et al.*, 2015).

Outro fator importante é a percepção dos profissionais de saúde com relação a sua atuação profissional. Uma pesquisa mostrou que 70% dos profissionais entrevistados alegaram não cometer violência obstétrica, mas 80% presenciaram o colega de trabalho cometer contra as mulheres em trabalho de parto. Ressalta-se, ainda, o desconhecimento científico do tema pelos profissionais de saúde, considerando que não leram ou ouviram falar sobre o tema, apesar de identificarem no outro as práticas de violência obstétrica (Cardoso *et al.*, 2017).

De forma contrária, mas não menos importante, Souza, Gaíva e Modes (2011) questionaram aos profissionais sobre o que significava humanização do parto. Assim, muitos profissionais falaram da importância do cuidado e da autonomia na relação mãe-bebê. Além disso, houve reflexões a respeito da obrigação ética de maximização dos benefícios e redução de danos nos cuidados à mãe e ao bebê. As dificuldades apresentadas foram mais estruturais no sentido de precarização e sucateamento das instituições de saúde, mas não foi citada a violência obstétrica no contexto dos serviços de saúde.

Em meio aos programas criados com intuito de promover a humanização no parto, é possível observar que existem falhas em sua implementação. Estudo evidenciou que as puérperas não receberam orientações sobre as etapas e procedimentos realizados durante o parto, nem sobre violência obstétrica no acompanhamento pré-natal, o que reafirma a baixa qualidade no serviço no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), com consequente despreparo dessas mulheres para vivenciar o processo de parturição (Nascimento *et al.*, 2019).

O pré-natal precisa preparar a mulher para as transformações na gestação, parto e puerpério, com socialização das orientações sobre estas fases. Entretanto, Brito (2015), em uma pesquisa realizada com puérperas, mostrou que as orientações são realizadas apenas no período final da gestação, o que não possibilita maior período para assimilação da informação. Além disso, as informações oferecidas não justificam de forma mais clara os benefícios do parto normal e os malefícios da cesariana sem indicação, além da falta de inovação quando socializam as informações.

Já em estudo realizado com profissionais de saúde foi ressaltado que uma das principais manifestações da violência obstétrica é a falta de informação a essa gestante durante o pré-natal, além de ser um dos fatores desencadeantes das ações negligentes de violência obstétrica. Alguns profissionais chegaram até a culpabilizar a parturiente por não buscar mais informações, denotando assim a cultura machista que assola a sociedade. A respeito dos fatores que poderiam contribuir na construção de uma assistência de qualidade, deveria haver um pré-natal seguro e eficaz, que propicie o empoderamento e autonomia durante o ciclo gravídico-puerperal (Santos, 2017).

Reconhecendo a violência obstétrica como problema de saúde pública, que fere o direito e a dignidade de mulheres por todo o mundo, compreende-se a necessidade de discussões que possam contribuir para a prevenção, o combate dos maus-tratos e agressões sofridos durante a gestação, parto, puerpério e aborto. Deste modo, esta pesquisa teve como objetivo descrever as concepções dos profissionais das Equipes da ESF sobre violência obstétrica.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. Minayo (2001) descreve o método qualitativo como um estudo que se preocupa com a realidade não quantificável. Através das ciências sociais, a pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, bem como procura entender o universo simbólico, motivos, crenças, valores e atitudes que correspondem ao espaço das relações intersubjetivas, dos fenômenos e dos processos que não se reduzem ao caráter operacional de variáveis quantificáveis.

A coleta dos dados ocorreu no período entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020, em 13 Unidades de Saúde da Família (USFs), que estão localizadas na zona urbana de um município do interior da Bahia, e foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: equipe mínima completa, conforme os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde e equipes com o tempo mínimo de um ano de implantação.

No que concerne à seleção dos participantes, adotou-se como critérios de inclusão ser profissional de saúde e ter no mínimo um ano de atuação na USF e, como critério de exclusão: aqueles que estivessem afastados do trabalho por férias e/ou licença por qualquer natureza. Nessa direção, participaram deste recorte da pesquisa 83 profissionais da área da saúde, sendo 13 técnicas de enfermagem, 4 técnicos de saúde bucal (TSBs), 8 cirurgiões-dentistas, 37 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 17 enfermeiros e 4 médicos. Dos 83 profissionais, 93,9% eram do sexo feminino, 27,7% com mais de 20 anos de serviço e 91,6% não possuíam nenhum curso sobre violência obstétrica.

A coleta dos dados foi feita a partir da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), como técnica projetiva, aplicada tanto individual, quanto coletivamente, que se designa a analisar as revelações de comportamento, reações e evocações de palavras, após estímulo indutor, apresentado por frase, palavra ou expressão, a qual a pessoa precisa responder pronta e rapidamente tanto quanto se apresenta em sua mente (Coutinho; Bú, 2017).

Durante a coleta de dados, foi utilizado um roteiro contendo a caracterização sociodemográfica e o estímulo indutor violência obstétrica. Optou-se em realizar, inicialmente, a técnica de evocação livre de palavras, visto que a caracterização tivesse uma questão sobre realização de curso sobre violência obstétrica, o que poderia influenciar nas evocações. Assim, foi solicitado que os participantes evocassem cinco palavras que viessem à sua mente quando ouvissem o termo “violência obstétrica”, e que justificassem a escolha das duas primeiras palavras, visando esclarecimentos na interpretação dos achados. Em seguida, os participantes responderam questões relacionadas aos dados sociodemográficos, atuação profissional e realização de cursos sobre violência obstétrica. Os trechos das justificativas que constam no texto foram identificados com a palavra *Participante*, seguida do numeral arábico correspondente à sequência numérica de realização da técnica.

Estas justificativas foram organizadas pela técnica de análise de conteúdo temática, cumprindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2015).

Pode-se inferir que a concepção dos profissionais de saúde, a respeito da violência obstétrica, refere-se ao sofrimento vivenciado pela parturiente, a desumanização ocorrida no ato e o desrespeito ocasionado com a prática rotineira. Deste modo, a OMS (2014) já preconiza a atenção desrespeitosa e negligente, que cause dor, sofrimento ou danos à mulher em seu processo gravídico-puerperal como sendo violência obstétrica, traduzindo-a como ato desumano, que viola a integridade física, psíquica e o direito à saúde.

Corroborando os dados da pesquisa, Teixeira *et al.* (2020) relataram o sofrimento mencionado pelas puérperas ao terem seus corpos violados, suas dores silenciadas e impactos físicos e psicológicos que se estendem ao longo de suas vidas. Proganti *et al.* (2019) também enfatizaram os relatos de sofrimento, desrespeito e desumanização sofridos pelas parturientes, presenciados e relatados por estudantes de enfermagem durante as práticas de estágio. As atitudes mencionadas pelos estudantes e sofridas pelas mulheres vão desde a repreensão da parturiente à fala agressiva dos profissionais de saúde, além de obrigarem a parturiente a ficar em determinada posição.

A humilhação está interligada com a violência obstétrica, observada através das justificativas dos participantes às evocações, como:

Às vezes, o paciente não tem condição financeira e o profissional se acha no direito de humilhar (Participante 4).

A violência: as pessoas (profissionais) são agressivas, comentam que na hora de fazer é gostoso, mas para parir ficam gritando (Participante 8).

O estudo de Cunha *et al.* (2020) evidenciou que o perfil da mulher que mais sofre violência obstétrica é negra, com desfavorável condição socioeconômica, baixa instrução escolar e mais jovens.

Foram então relatados como principais formas de opressão o uso de jargões pejorativos e gritos como forma de humilhação às mulheres. Na visão de Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez e Restrepo-Ochoa (2020) e Castro e Rocha (2020), a humilhação pode ser relacionada à violência verbal exercida pelos profissionais, perpetrada através de comentários maldosos e julgadores a respeito da vida sexual da parturiente, relacionando o parto a uma punição pelo prazer sexual na hora da concepção. Até mesmo a atitude dos profissionais em banalizar a dor da mulher e abandoná-la durante a parturição invalida o conhecimento de seu próprio corpo, gerando dor, revolta e vergonha.

Na fala a seguir dos participantes, é possível evidenciar que o médico aparece como profissional responsável pelo sofrimento da mulher e as ações de violência obstétrica:

A violência obstétrica é uma agressão e, na maioria das vezes, feita pelo médico (Participante 74).

Porque em relação ao tema, como ser humano, a inexperience e a negligência por parte do profissional médico são inadmissíveis, e leva a condutas errôneas e desnecessárias que colocam em risco a vida da gestante e do bebê (Participante 35).

A respeito do assunto, Oliveira e Penna (2017) evidenciaram em seu estudo com mulheres e profissionais da saúde, as relações de poder exercidas por enfermeiros e médicos na assistência ao parto. Há uma constante agressividade nas falas e atitudes dos profissionais, que se acham

detentores do saber e presumem que a mulher não possui o saber científico e por isso deve se submeter aos cuidados sem interação ou expressão de seu consentimento. Além disso, há uma violência maquiada quando os profissionais nem a percebem, ou insistem em provocá-la, na esperança de acelerar o processo.

O despreparo dos profissionais de saúde, principalmente médicos, além da sobrecarga e estresse do trabalho, demanda excessiva de pacientes, instituições precárias e deficientes em sua estrutura física e poucos profissionais para atender à demanda, configuram situações que impedem a assistência humanizada. Entretanto, é válido mencionar a formação acadêmica que persiste em realizar práticas desnecessárias e infundadas, com o intuito de acelerar o trabalho de parto, utilizando-se dos corpos como objetos de estudo e obtenção de poder (Oliveira; Penna, 2017; Cunha *et al.*, 2020).

A *desumanização* é citada pelos profissionais de saúde e se encontra como um dos núcleos apresentados na árvore de palavras, que apresenta em suas ramificações as palavras *descaso* e *desconhecimento* como parte da concepção dos profissionais a respeito da violência obstétrica.

A Rede Cegonha assegura um planejamento reprodutivo e uma atenção humanizada na gestação, parto, puerpério e um nascimento seguro. Oferece, ainda, um pré-natal, uma assistência obstétrica de qualidade e institucionaliza a atenção de qualidade, que vem sendo discutida no Brasil desde os anos 1980 (Brasil, 2011).

Entretanto, apesar das constantes indicações para uma atenção humanizada e centrada na mulher, é possível observar que a assistência humanizada está longe de acontecer. Evidencia-se que os profissionais se utilizam de imprudência, negligência e imperícia na atenção obstétrica, visando à aceleração do parto. São inúmeros os relatos de negação de direitos, realização de procedimentos sem o consentimento da mulher, até mesmo a realização de condutas já demonstradas infundadas e maléficas a vida da mulher, como o “ponto do marido”, que se trata de um ponto a mais na sutura da episiotomia, com a alegação de maior prazer sexual destinado ao marido da parturiente (Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020).

O descaso nas falas dos participantes da pesquisa remete à assistência falha e omissa, referindo ao silêncio e à ausência de autonomia por parte das mulheres que experienciam o parto, bem como o descaso ocasionado por profissionais de saúde na atenção obstétrica, conforme descrito na fala a seguir:

Descaso do profissional, com relação a parturiente, por não acolher e cuidar devidamente. E também por não permitir que a parturiente fale suas necessidades (Participante 7).

O descaso acontece nas maternidades, em que o abandono da parturiente é notório e constante, principalmente quando fica sozinha no leito, durante o trabalho de parto, sem assistência e acompanhamento, por vezes, tendo que realizar seu próprio parto. Esse tipo de comportamento, além de ser causador de possíveis complicações, gera na mulher sentimentos de inferioridade, insegurança e instabilidade emocional, fatores que podem desencadear distúrbios emocionais (Nascimento *et al.*, 2017; Nascimento *et al.*, 2019).

Uma das palavras citadas pelos profissionais de saúde evidenciou o desconhecimento das mulheres a respeito da violência obstétrica, relatada nas falas a seguir:

A mulher se torna vulnerável a qualquer tipo de violência obstétrica, por parte do profissional. Devido à falta de conhecimento da mulher sobre o assunto, isso a torna desprotegida (Participante 10).
Falta de conhecimento, pois se eu tenho conhecimento, [eu] não vou aceitar a violência (Participante 36).

As falas são claras, ao expor uma violência rodeada de desconhecimento e falta de informação, a respeito dos direitos, ações e atitudes errôneas que podem ocorrer durante o parto. As omissões de informação e ausência de conhecimento das puérperas, a respeito do assunto, foram encontradas nos achados da literatura (Nascimento *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2019).

A desinformação foi citada por Fernandes, Bento e Xavier (2019), que gestaram fetos anencéfalos, quando estas mencionaram que não receberam informações adequadas durante o pré-natal, como a necessidade do uso do ácido fólico desde a descoberta da gestação. Para Menezes *et al.* (2020), a falta de informação contribui para a prática da violência obstétrica e está inserida no contexto da prática com a negação de informações referentes aos procedimentos realizados na mulher, bem como a ausência de orientações sobre o trabalho de parto e parto.

Além disso, é possível observar na árvore de palavras que *desrespeito* também é citado pelos profissionais de saúde, a partir do estímulo indutor violência obstétrica, possuindo em suas ramificações os termos *desamor* e *agressão*, representado como expressão significativa.

As atitudes desrespeitosas chegam a ser corriqueiras no atendimento à mulher, configuradas nos atos de discriminação, causando-lhes vergonha e constrangimentos. Estudo mostrou que é notório o desrespeito às parturientes negras, em condições financeiras desfavoráveis, em mulheres mais jovens, em situação de aborto e em pacientes com sobrepeso ou obesidade. Os profissionais de saúde utilizam-se de seus julgamentos no tratamento oferecido a essas mulheres, expondo-lhes a comentários maldosos e até a atitudes desrespeitosas contrárias ao tratamento digno e de qualidade, no que diz respeito a uma mulher em fase de abortamento (Menezes *et al.*, 2020).

Para Vallana Sala (2019), há um desrespeito também interligado na ausência de cuidado com a privacidade da mulher que está em trabalho de parto, pois seu corpo fica exposto aos diversos profissionais que a tocam desnecessariamente, além dos insultos constantes a que estão expostas. Não obstante toda dor vivenciada no parto, são impedidas de exercerem sua autonomia, além de serem obrigadas à submissão exigida pelos profissionais, quando são exigidos silêncio e obediência nas diversas solicitações exigidas advindas dos profissionais.

Para os profissionais de saúde, a falta de profissionalismo e humanização configuram o *desamor*, evidenciado nos trechos a seguir:

Porque se tiver amor, a equipe vai desempenhar seu trabalho de forma eficaz, se colocando no lugar do outro. Com compromisso em exercer seu papel naquele lugar (Participante 83).
O profissional que está atendendo precisa de mais humanidade e de mais amor (Participante 30).

A falta de amor, aqui mencionada pelos participantes, pode resultar da falta de empatia, da desumanização do cuidado, em que o profissional possui uma formação acadêmica voltada apenas para o aspecto prático e desconsidera o aspecto holístico. Há também a necessidade de uma boa relação profissional-paciente, entretanto, nota-se que os profissionais de saúde estão sobrecarregados e insatisfeitos com suas condições trabalhistas, o que impede um vínculo e o acolhimento necessários (Cunha *et al.*, 2020).

Já para Sens e Stamm (2019), outro ponto de vista deve ser encarado e levado em consideração em relação à falta de humanização na assistência obstétrica: o médico como vítima. No estudo, é exposto que o profissional pode ser uma vítima institucional, refém da precarização do trabalho e de um pré-natal ineficaz ou ausente. Além disso, pode ser visto também como uma vítima das agressões, desacatos e ameaças ocasionados na divergência de decisões. Para Proganti *et al.* (2019) há também que se considerar a falta de valorização profissional, o que produz angústia e sofrimento do profissional, desencorajando-os para a prática.

A agressão está intimamente relacionada à violência obstétrica, como observado na fala a seguir:

No melhor momento da vida, tem agressão causando grandes prejuízos para a saúde da mulher e do bebê, para o resto da vida dela, precisando ser acompanhada por outros profissionais posteriormente (Participante 62).

As mulheres são muito maltratadas durante o trabalho de parto e se sentem ofendidas por falta de paciência da parte dos profissionais (Participante 6).

A respeito das violências e agressões sofridas no ciclo gravídico-puerperal, são mencionadas como principais e sem o consentimento da mulher a episiotomia rotineira, a ruptura prematura das membranas; a manobra de *Kristeller*, que consiste na pressão exercida pelo profissional no fundo do útero da mulher, durante o trabalho de parto; uso abusivo de fórceps; negação de medicações para o alívio da dor; toques vaginais excessivos e feitos por diversos profissionais e a restrição do leite e proibição de alimentação (Castro; Rocha, 2020; Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020).

Como forma de violência, é citada, ainda, a negação do acompanhante e ações negligentes e imprudentes de profissionais de saúde, sem embasamento científico, com o intuito de acelerar o parto, com desrespeito à autonomia e fisiologia da mulher (Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020).

Nas extremidades das ramificações na árvore de similitude, destacam-se: *pré-natal*, *gestação*, *cuidado* e *trauma*, denotando relação entre elas.

Quando a violência obstétrica é citada, alguns profissionais a associam à gestação, porém não é apenas neste período que a violência pode ocorrer. Para Diniz *et al.* (2015), a violência obstétrica pode ocorrer em qualquer momento da assistência à gestação, parto, pós-parto ou em casos de abortamento.

As repercussões da violência obstétrica vão muito além do momento e podem se estender como traumas que irão assombrar a mulher durante sua vida. O presente estudo evidencia o fato, demonstrado na seguinte fala: *Por causa da falta de profissionalismo é que se comete o desrespeito, provocando a violência, causando tristeza e traumas na vida da paciente (Participante 33).*

Teixeira *et al.* (2020), em pesquisa realizada com mulheres, evidenciaram que as mesmas sofreram traumas que abalaram significativamente sua vida sexual, pois sua autoestima e aspecto psicológico foram afetados. Oliveira *et al.* (2019), destacaram que o sofrimento ocasionado pela violência obstétrica pode gerar dificuldades até na criação de vínculo no binômio mãe-bebê.

O pré-natal é citado durante a pesquisa e evidenciado como disseminador de informações, conforme alude a fala a seguir: *Porque no pré-natal é onde se trabalha a respeito do parto (Participante 78).*

O pré-natal é o momento propício para informar e esclarecer dúvidas a respeito de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto, com diminuição das chances

de intervenções desnecessárias. Além disso, é o momento ideal para informar sobre a violência obstétrica e suas várias facetas, bem como apresentar à gestante a instituição responsável pelo parto (Castro; Rocha, 2020).

Um estudo abordou que 64% das entrevistadas alegaram não ter recebido informações pertinentes durante o pré-natal, o que demonstra a necessidade urgente de se capacitar profissionais para que realizem com eficiência sua função. A ausência de informações no pré-natal deixa as mulheres vulneráveis e expostas à violência, negando-lhes seus direitos, ao passo que entendem os abusos e maus-tratos como necessários para o nascimento do bebê (Teixeira *et al.*, 2020).

Deste modo, o cuidado com a parturiente e seu bebê tem de ser de extrema importância na assistência obstétrica. Deve-se, então, tratá-la com respeito, informá-la com linguagem clara e obter seu consentimento; promover uma escuta qualificada e evitar ao máximo os procedimentos invasivos; garantir seus direitos e defender a mulher da violência obstétrica, promovendo assim uma assistência humana e digna, qualidade de vida e bem-estar ao binômio mãe-bebê (Moura *et al.*, 2019).

O estudo demonstrou a concepção dos profissionais de saúde a respeito da violência obstétrica, evidenciando-a como um processo doloroso, desumano, permeado por desrespeito e desconhecimento por parte das mulheres.

As relações de poder e hierarquias existentes entre os profissionais de saúde ainda permeiam o círculo da violência obstétrica, juntamente com a formação tecnicista e mecanizada, que se utiliza dos corpos femininos como objetos apenas de aprendizagem e intervenções. Os profissionais esquecem que ali estão seres humanos com sentimentos, direitos e vontades e com aspectos fisiológicos naturais e capazes de exercer seu papel sem a intervenção humana, na maioria dos casos.

O tema violência obstétrica ainda é pouco discutido entre as instituições que prestam a assistência obstétrica, independente dos programas e leis que pregam a humanização com o intuito da redução da mortalidade materno-fetal, e uma melhora da qualidade no atendimento obstétrico.

Durante a construção desta pesquisa, observou-se uma ausência de publicações sobre a temática envolvendo profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). Deste modo, houve certa dificuldade em relacionar os abusos e agressões sofridos por mulheres em todo o Brasil e a atenção básica com a literatura.

Por fim, ressalta-se que esta pesquisa suscita discussões que envolvam não apenas as instituições hospitalares, mas também a atenção básica e seu papel diante da violência obstétrica. Reitera-se a necessidade de mais estudos que possam contribuir com a temática exposta, para que, assim, a violência obstétrica seja suprimida e/ou abolida da atenção obstétrica.

Referências

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações da identidade docente: uma contribuição para a formulação de políticas. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, p. 579-594, dez. 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BEDOYA-RUIZ, L.; AGUDELO-SUÁREZ, A.; RESTREPO-OCHOA, D. Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, Peru, v. 37, n. 1, p. 142-147, jan./mar. 2020.

BOHREN, M. A. et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *Medicina PLoS*, EUA, v. 12, n. 6, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=11108&ano=2005&ato=e30k3YE5EMRpWT25a>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Mulher*. Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO, C. A. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 470-478, jul./ago. 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CARDOSO, F. J. C. et al. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 11, n. 9, p. 3346-53, set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/22159>. Acesso em: 20 set. 2021.

CARDOSO, P. F. G.; SHIMIZU, M. A. Violência obstétrica e LGBTQIA+ fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, e20072023, 2024.

CASTRO, A. T. B.; ROCHA, S. P. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 176-181, jun. 2020.

CHOURABI, L. F. Pesquisa da ENSP analisa relatos de mães que sofreram ‘violência obstétrica’. [Entrevista cedida ao] *Informe ENSP*, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), 30 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46276>. Acesso em: 20 set. 2021.

COUTINHO, M. P. L.; BÚ, E. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do *software tri-deux-mots (version 5.2)*. *Revista Campo do Saber*, Cabedelo, PB, v. 3, n. 1, p. 219-243, jan./abr. 2017.

CUNHA, A. L. et al. Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 260, p. 3529-3532, jan. 2020.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers training. *Sexual and Reproductive Health Matters*, England, v. 26, n. 53, p. 19-35, ago. 2018.

DINIZ, S. G. *et al.* Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, set./dez. 2015.

FERNANDES, I. B.; BENTO, P. A. S. S.; XAVIER, R. B. Experiências de mulheres no gestar e parir fetos anencéfalos: as múltiplas faces da violência obstétrica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e170757, 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. SESC. *Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

MENEZES, F. R. *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e180664, 2020.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, R. C. M. *et al.* Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 9, n. 4, out./dez. 2019.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 11, n. suppl. 5, p. 2014-2023, maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23355>. Acesso em: 20 set. 2021.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, San José, Costa Rica, v. 37, p. 66-79, jul./dez. 2019.

OLIVEIRA, M. S. S. *et al.* Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde – Health Sciences*, Santo André, SP, v. 44, n. 2, p. 114-119, ago. 2019.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra, Suíça, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 20 set. 2021.

PAULETTI, J. M.; RIBEIRO, J.P.; SOARES, M. C. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, Montevideo, Uruguay, v. 9, n. 1, p. 3-20, jan./jun. 2020.

PROGIANTI, J. M. *et al.* Vivências de sofrimento e prazer das acadêmicas de enfermagem nas maternidades. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 27, e39620, 2019.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. suppl. 1, p. 759-768, 2009.

SADLER, M. *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, England, v. 24, n. 47, p. 47-55, maio 2016.

SANTOS, M. G. A. *Violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde*. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiânia, Goiânia, 2017.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e180487, 2019.

SILVA, F. C. *et al.* The knowledge of puerperal women on obstetric violence. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 13, n. 5, e242100. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242100>. Acesso em: 20 set. 2021.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, set. 2011.

TEIXEIRA, P. C. *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, 2020.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015.

VACAFLO, C. H. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Sexual and Reproductive Health Matters*, England, v. 24, n. 47, p. 65-73, maio 2016.

VALLANA SALA, V. V. “Es rico hacerlos, pero no tenerlos”: análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 17, n. spe, p. 128-144, dez. 2019.

VENEZUELA. *Gaceta Oficial De La Republica Bolivariana De Venezuela*. Ano CXXXIV, Mês XII, n. 38.770, set. 2007. Disponível em: <http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

Capítulo 9

Representações sociais das equipes da estratégia saúde da família sobre violência obstétrica

Esther Aderno Souza

Franciele Soares Balbinote

Maria Clara Pinto de Andrade Muller

Amanda de Alencar Pereira Gomes

Elba Miranda Nascimento

Ninalva de Andrade Santos

Aline Vieira Simões

Vanda Palmarella Rodrigues

A gravidez, o parto e o puerpério são muito mais do que apenas eventos biológicos que ocorrem nos corpos femininos. São eventos sociais, que envolvem a mulher, sua família e a comunidade. O que deveria ser um momento que constitui uma das experiências humanas mais significativas, pode se tornar um grande pesadelo, logo que há, cada vez mais, aumenta o número de violações aos direitos das gestantes e parturientes no Brasil (Barrera; Moretti-Pires, 2021).

Entende-se a violência obstétrica como qualquer ato infringido à gestante ou ao seu bebê sem o consentimento explícito e informado da mulher, seja ele no pré-natal, parto e puerpério. Está comumente atrelada ao atendimento mecanizado, fragmentado e desumano, violando a autonomia da parturiente. Infelizmente, é pouco reconhecido, tanto pelas mulheres que desconhecem a violência vivenciada, quanto por profissionais que ainda se pautam em práticas desatualizadas (Castro; Rocha, 2020).

Agrupam-se maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, manobra de *Kristeller*, tricotomia, ocitocina de rotina e sem necessidade, ausência de acompanhante, lavagem intestinal, exame de toque vaginal (realizado várias vezes e por profissionais diferentes). Além disso, a violência obstétrica também inclui a recomendação de cirurgias cesáreas que ultrapassam o limite da normalidade (Pereira *et al.*, 2016).

Para além dessas questões, há de se reconhecer que a violência obstétrica está alicerçada pelas questões de gênero as quais determinam relações de poder desiguais entre homens e mulheres. Assim, sendo a mulher quem vivencia o processo gestacional, naturalizam-se as condutas de

medicalização do corpo feminino, a inobservância dos direitos sexuais e reprodutivos, o que aumenta a vulnerabilidade da mulher para essas ocorrências (Marques, 2020).

A apropriação do conhecimento obstétrico pelos médicos levou à institucionalização do parto e promoveu o chamado “pessimismo fisiológico”. Por meio dessa concepção, a mulher é vista como inferior ao homem intelectualmente, mais frágil, voltada para o papel social da reprodução (Trajano; Barreto, 2021).

Diante desse cenário, abre-se espaço para que haja apropriação do corpo feminino, com exposição da mulher a diversas formas de desrespeito. Segundo a pesquisa Fundação Perseu Abramo (2010), uma a cada quatro mulheres vivenciou alguma forma de violência durante a assistência pré-natal, no parto ou puerpério, classificada como violência obstétrica (Venturi *et al.*, 2010).

Atualmente, existem iniciativas governamentais com a finalidade de garantir um atendimento mais humanizado e de maior qualidade durante o parto, puerpério ou em situação de aborto. Dentre eles estão o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído no ano de 2000 e, mais recentemente, o surgimento da Rede Cegonha (RC), em 2011, visando reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres (Brasil, 2002, 2017).

A medida adotada pelo Ministério da Saúde, apesar de terem como meta a melhoria da qualidade da assistência obstétrica de modo geral, parece não ter conseguido total êxito dado ser a violência obstétrica considerada, atualmente, relevante problema de saúde pública. Esse tipo de ocorrência não se limita apenas às agressões físicas e verbais, visto que também envolva as formas de organização institucional, o acesso à assistência qualificada no ciclo gravídico-puerperal, humanização do cuidado e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros aspectos.

Um estudo evidenciou atitudes de profissionais de saúde descritas como maus-tratos físicos, psicológicos e verbais contra gestantes, dentro do ambiente hospitalar. Além do desrespeito, a imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade e recusa ao prestar assistência às mulheres durante o processo de parturição e em casos de abortamento. Como consequência, fica evidente o sentimento de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo nas mulheres em situação de violência obstétrica (Menezes *et al.*, 2020).

Segundo Leite *et al.* (2022), as sociedades, cujas culturas aceitam e toleram a violência contra a mulher, possuem maior tendência a naturalizar esses atos, inclusive aqueles que ocorrem dentro dos serviços de saúde. Em consonância às publicações recentes, ocorre uma prevalência de mulheres por todo o mundo que sofrem maus-tratos, desrespeito, abusos ou mesmo violência durante a gestação, o parto e o puerpério por parte dos profissionais de saúde.

Além disso, é constantemente atrelada à imagem do profissional de saúde como detentor do conhecimento, decorrente de ser quem realiza o parto, enquanto a mulher fica submetida à sua vontade. Desta forma, predominou-se um elemento de representação social, segundo o qual o parto é visto apenas como um serviço a ser prestado pela medicina (Silveira; Camargo; Crepaldi, 2010).

Essa relação de poder entre a paciente e o profissional de saúde, que culpabiliza a condição reprodutiva que essa mulher, está inserida como uma violência obstétrica em nível

tanto assistencial, como estrutural/institucional, amparado pela desigualdade de poder. Nesse contexto, deve-se voltar à atenção, também, à gestão e ao profissional gestor das unidades de saúde que devem trabalhar para unificar um cuidado centrado na mulher, livre de discriminação e preconceitos (Paula *et al.*, 2020).

Segundo os estudos encontrados, há uma constante resistência dos profissionais da assistência para interpretar as práticas rotineiras direcionadas às mulheres, no processo parturitivo, como uma violência obstétrica. Os indicadores de qualidade da atenção ao parto, por exemplo, são os piores avaliados por mulheres negras e com baixa escolaridade. Logo que foi evidenciado que mulheres negras apresentam as variáveis do tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões. No entanto, algumas intervenções, como episiotomia e cesariana eletiva, são mais frequentes em mulheres brancas e com alta escolaridade, criando um aparente paradoxo (Leite *et al.*, 2022).

Um estudo mostrou que os comportamentos e conceitos sobre a prática da violência obstétrica, evidenciaram as formas física, psicológica e verbal da violência obstétrica, um reflexo da forte influência do modelo tecnocrático sobre as práticas dos profissionais (Sousa *et al.*, 2016).

Além disso, salienta-se que a falta de suporte institucional e precarização do trabalho, acaba influenciando negativamente no desempenho de suas atividades, na medida em que aumenta o número de pacientes atribuídos aos profissionais, há uma menor satisfação quanto ao cuidado recebido (Sens; Stamm, 2019).

O indivíduo, como ser pensante, na tentativa de compreender o mundo, ao se deparar o desconhecido, passa a buscar, no seu imaginável, conhecimentos que possam desnudar o objeto ou fato que deseja se aproximar, de modo que este novo processo de interação seja naturalizado, em outras palavras, se torne familiar. Nessa percepção, a Teoria das Representações Sociais (TRS) considera que todos os seres humanos são seres pensantes e construtores de conhecimentos e que estes implicarão em suas práticas cotidianas (Moscovici, 2015).

Desse modo, é fundamental o reconhecimento das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica, uma vez que estas direcionam as práticas de cuidado, evidenciando-se a possibilidade de serem repensadas ou ressignificadas, ao desvelar novos conhecimentos, práticas sociais, proporcionar uma assistência mais humanizada e digna às mulheres no processo parturitivo.

Assim, essa forma de conduzir os homens a agir e pensar de forma homogênea, explorada pelo autor como algo a ser descrito e explicado, faz parte de fenômenos específicos, que são representados no senso comum, que se atrelam às crenças, culturas, ideologias e comunicações diárias. Logo, entende-se que as representações sociais demonstram influência nas atividades cognitivas de cada um, sendo através dela possível convencionalizar objetos, pessoas e/ou acontecimentos (Martinez; Souza; Tocantins, 2012).

Uma das funções das representações sociais é “convencionalizar” os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão forma, localizam em uma determinada categoria e, gradualmente, colocam como modelo de um determinado grupo de pessoas. Portanto, estamos todos envolvidos em imagens, linguagens ou culturas que são impostas por representações do grupo ao qual pertencemos (Bertoni; Galinkin, 2017).

Nesse âmbito, esse estudo tem como objetivo apreender as representações sociais das equipes da ESF, a respeito da violência obstétrica.

Trata-se de pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, tendo como referencial a abordagem estrutural da Teoria de Representações Sociais (TRS), a partir da Teoria do Núcleo Central (TNC) proposta por Abric (2000). A TRS, em sua abordagem estrutural, está representada pelo conjunto de elementos configurados no quadro de quatro casas, organizado em uma estrutura constituída por elementos periféricos e elementos centrais. Ademais, toda representação se organiza em torno do NC, que determina, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna (Abric, 2000).

Segundo a Teoria do Núcleo Central (TNC), proposta por Jean-Claude Abric, no quadro de quatro casas, encontra-se no quadrante superior esquerdo o NC, que caracteriza uma representação mais consensual e estável, sendo menos sensível a mudanças externas ou das práticas cotidianas. Em seguida, encontram-se os quadrantes superior e inferior direito, respectivamente, a primeira e a segunda periferia. No quadrante inferior esquerdo, estão os elementos de contraste. Esses quadrantes são de relevância para a contextualização do NC (Abric, 2000).

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2019 a março de 2022, buscando o contato com profissionais atuantes em Unidades de Saúde da Família (USFs), situadas na zona urbana do município de Jequié, localizado a 365 km da capital baiana, Salvador. Em 2010, a população de Jequié era de 151.895. Já em 2020, a população estimada é de 156.126 habitantes. A cidade possui 85 estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2020), das quais 19 são USF.

Os profissionais participaram da técnica de evocações livres de palavras, que se configura como uma técnica projetiva, aplicada tanto individual, quanto coletivamente, sendo possível buscar representações cristalizadas por meio da utilização de estímulos indutores. Para tanto, o participante deve responder, rapidamente, cinco palavras que vier à sua mente ao ouvir o estímulo indutor “violência obstétrica” (Nóbrega; Coutinho, 2011). Após a elaboração das cinco palavras, foi solicitado que as palavras fossem colocadas em ordem de importância, e que justificassem as duas primeiras escolhidas.

As evocações foram processadas pelo *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOCA), versão 2005, proposto por Pierre Vergès. Realizou-se a análise prototípica dos dados a qual organiza as evocações coletadas tendo como princípio a frequência e a ordem média de evocações. Os valores obtidos pelo referido *software* estabelecem a localização das evocações em um quadro de quatro casas. Além disso, a análise utilizou-se das justificativas coletadas dos participantes, como evidência confirmatória, que corroboraram com evocações levantadas pelos mesmos, após aplicação da técnica de análise de conteúdo temática para analisar os dados, com base nas fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2015).

Este recorte da pesquisa teve como participantes 112 profissionais de saúde, dentre eles: 18 técnicos em enfermagem, 22 enfermeiros, 46 ACSs, 11 cirurgiões-dentistas, seis TSBs, um auxiliar de consultório dentário e oito médicos que atuam nas USF, da zona urbana. Foram identificados no texto pela palavra *participante*, seguida do numeral arábico, que correspondeu à aplicação da técnica de evocações livres de palavras.

A pesquisa obedeceu às Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Trata-se de recorte do subprojeto intitulado “Representações sociais das equipes da Estratégia Saúde da Família sobre violência obstétrica”, sob o CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovado sob o parecer nº 1.875.429/2016. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo às resoluções supracitadas, explicitando os objetivos e a sua participação.

Dos 112 profissionais entrevistados, 87,5% eram do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino. Da maioria dos profissionais, 54,4% tinham idade na faixa etária dos 40 a < 50 anos. No que diz respeito ao tempo de atuação, 58% dos profissionais afirmaram ter entre 11 > 20 anos. Por fim, 81% dos profissionais declararam trabalhar em apenas um vínculo, e 90,1% nunca participaram de curso sobre a temática Violência Obstétrica.

Frente ao termo violência obstétrica, o conjunto dos participantes evocaram 527 palavras, sendo 141 palavras diferentes, gerando um quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 10, intermediária 16 e a ordem de prontidão com média de 2,80, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1 – Quadro de quatro casas: identificação dos possíveis elementos do núcleo central das representações sociais frente ao estímulo “Violência Obstétrica” dos profissionais. Bahia, 2022.

Frequência > 16 / Rang < 2,80			Frequência > 16 / Rang > 2,80		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
Agressão	16	2,438	Desamor	18	2,833
Desumanização	24	2,542	Desrespeito	22	2,955
Sufrimento	37	2,622	Violência	20	3,350
Frequência < 12 / Rang < 2,70			Frequência ≤ 8 / Rang > 2,70		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
Gestação	12	1,917	Cuidado	10	3,000
Humilhação	13	2,385	Falta-atenção	11	3,091
Negligência	10	2,400	Falta-conhecimento	11	3,364
Tristeza	15	2,733			

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Por ordem decrescente de frequência, compõem o NC os cognemas *sofrimento*, *desumanização* e *agressão*. Infere-se que as evocações dos profissionais de saúde parecem evidenciar o sentimento vivenciado pela parturiente, que foi submetida a atos que violam sua integridade física e moral, através do atendimento desumano realizado pelos profissionais.

Observa-se, também, que apesar do termo *sofrimento* conter a maior frequência, ou seja, foi evocado mais vezes, o mesmo foi evocado mais tardiamente, dentre os três elementos do NC, enquanto *agressão* se destaca como o mais chamado prontamente. Destaca-se a *desumanização* sendo a segunda em ambos os aspectos.

Os profissionais justificaram as evocações *agressão*, *desumanização* e *sofrimento*, referindo-as:

[...] Porque a desumanização faz com que a pessoa se sinta humilhada. É a primeira coisa que acontece na violência (Participante 106).

[...] Porque é uma das formas mais frequentes de violência contra a mulher e que, na maioria das vezes, ela se sente impotente e incapaz de se defender (Participante 104).

[...] No melhor momento da vida, tem agressão causando grandes prejuízos para a saúde da mulher e do bebê, para o resto da vida, precisando ser acompanhada por outros profissionais posteriormente (Participante 62).

[...] A violência obstétrica é uma agressão e, na maioria das vezes, (é) feita pelo médico (Participante 74).

[...] (O) Sofrimento, por ser processo doloroso da parturiente que está passando por um momento delicado, quando deveria ter (a) afeição do profissional, orientação e cuidado, em um momento delicado, do momento do parto (Participante 7).

[...] Porque são os sentimentos que as mulheres devem sentir nessa situação (Participante 94).

Na TRS, as pessoas constroem representações para compreender, comunicar-se com o mundo e se localizar dentro dele, assim como entendem suas existências, as relações que as cercam, os acontecimentos, seres e objetos. As vivências estabelecidas pelas construções sociais estimulam uma série de opiniões, pensamentos e ideologias entre as pessoas, que podem surgir a partir dessas representações sociais e direcionar diversas tomadas de decisão, dentre elas as práticas assistenciais dos profissionais de saúde da ESF (Moscovici, 1981).

Esses cognemas *agressão*, *desumanização* e *sofrimento*, presentes no núcleo central, apontam uma representação pragmática da violência obstétrica pelos profissionais de saúde da ESF. Para esses participantes, a desumanização pode estar vinculada ao não cumprimento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pelos profissionais, o que ocasiona ao sofrimento para as mulheres que vivenciam o processo de parturição.

Essas evocações reiteram o que a Organização Mundial da Saúde (2014) já destacava sobre a assistência permeada de condutas errôneas e intervenções desnecessárias, violando a integridade física, psíquica e o direito à saúde da mulher como ato desumano, coadunando-se com os achados do estudo.

Evidencia-se que, uma agressão física através da aceleração do trabalho de parto, pelo uso indiscriminado da manobra de *Kristeller*, amniotomia e/ou ocitocina, desempenha importante papel na redução da taxa de parto espontâneo, um reflexo da forte influência, do modelo tecnocrático, sobre as práticas dos profissionais (Sousa *et al.*, 2016).

Além disso, a base de ensino em obstetrícia no Brasil ainda exige que o discente possua certo número de procedimentos em sua formação, o que contribui para que mulheres parturientes mais pobres e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) fiquem expostas ao treinamento de habilidades. Essa metodologia contribui para perpetuar o uso não informado e não consentido dos corpos maternos (Menezes *et al.*, 2020).

A fim de garantir uma assistência adequada e mais segura, surge o Movimento pela Humanização do Parto, na década de 1970, que incorporou os achados da Medicina Baseada em Evidências (MBE), para fortalecer sua crítica em relação à medicina tradicional, a partir do entendimento do uso e abuso de crenças e valores baseados na tradição, e em concepções culturalmente ultrapassadas. A busca pela legitimação científica diz respeito à preocupação do movimento em ser considerado como alternativo e, para que essa concepção de humanização possa ser legitimada como paradigma, um modelo de prática a ser preconizada é sustentado como deve ser (Lazzarini; César, 2019).

O PHPN busca estimular o aprimoramento da assistência à saúde da gestante em todos os níveis de atenção, com difusão de informações às unidades de atendimento por todo o Brasil, a respeito de como realizar um atendimento seguro e de acesso fácil a todas as gestantes no pré-natal, parto e pós-parto (Brasil, 2002).

Formam a primeira periferia, em ordem decrescente de frequência as evocações *desrespeito*, *violência* e *desamor*, que atuam de forma a integrar as experiências do núcleo central, corroborada pela justificativa a seguir:

Desrespeito – falta de respeito com a gestante, a [partir da] fragilidade dela, se aproveita da falta de informação da paciente (Participante 11).

Por causa da falta de profissionalismo (que) se comete o desrespeito, provocando a violência, causando a tristeza e (provocando) traumas na vida da paciente (Participante 33).

Desrespeito – não valorização do desejo pessoal da gestante (Participante 98).

Qualquer agressão começa pela falta de respeito. As violências acontecem por falta de respeito e de amor (Participante 31).

Desamor – não teve amor ao próximo. A pessoa está sensível, e precisamos nos colocar no lugar do outro (Participante 24).

Os achados destacaram comportamentos e conceitos a respeito da prática da violência, sendo que as formas física e psicológica mais evidenciada nas evocações. É possível relacionar essas representações à forma como os profissionais de saúde visualizam as mulheres e exercem o cuidado para com elas, sendo guiados por um modelo hegemônico de assistência ao parto.

A OMS (2014) chama atenção para o fato de as gestantes sofrerem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos, durante o parto nas instituições de saúde, em nível mundial. O processo gestacional, em si, já pode ser considerado agente de mudanças ocasionadas por fatores físicos, emocionais, culturais, dentre outros, deixando a mulher suscetível às condutas abusivas. Esta fragilidade é reconhecida pelo Código Civil Brasileiro, nos artigos 152 e 156, que concede proteção especial à mulher (Lazzarini; César, 2019).

Santos (2018) destaca casos de piadas a respeito do peso da gestante, os pelos pubianos, discriminação da parturiente em decorrência da raça, posição social, religião, profissão ou escolha sexual, como sendo estes apenas alguns dos exemplos de como se caracterizam a violência obstétrica.

Com o desejo de um parto seguro, a mulher adentra ao hospital ou segue para os atendimentos de pré-natal nas unidades básicas, porém acabam por se deparar com uma realidade de negligência e abuso de poder, um atendimento com uso indiscriminado de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhantes, em que há falta de informação às mulheres e até negação de direito ao acompanhante, o que é considerado um desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais delas, além de uma violação dos direitos humanos. Assim, o público feminino não é esclarecido quanto à possibilidade de escolher seu acompanhante, durante o trabalho de parto até o pós-parto imediato, por vezes, havendo restrições quanto ao sexo do acompanhante, impossibilitando a escolha do companheiro, ou ainda é negada a companhia (Zanardo *et al.*, 2017).

A discussão a respeito do controle dos corpos femininos perdura há tempos, na busca por direitos e autonomia das mulheres. Entretanto, no dia 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde do Brasil declarou o uso do termo “violência obstétrica” inadequado e prejudicial à assistência no ciclo gravídico-puerperal, o que leva a um retrocesso e desamparo das mulheres acometidas (Brasil, 2019).

A falta de informação e/ou o acesso tardio às informações relativas ao período gravídico-puerperal, leva a mulher a perder sua autonomia no momento do parto e a sentir até mesmo

o medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto. Por consequência, isso implica em danos emocionais/psicológicos, tornando a mulher insatisfeita diante do parto normal e a desistir de futuras gestações. Além das consequências sobre a morbimortalidade materna-infantil, evidenciam-se os efeitos negativos sobre vínculo binômio mãe-filho (Castro; Rocha, 2020).

Ressalta-se, ainda, que a falta de empatia e respeito como consequências da desumanização do cuidado, a partir da assistência mecanizada e fragmentada exercida por profissionais, pautam-se em práticas desatualizadas (Castro; Rocha, 2020).

Evidencia-se que mais de 90% da amostra deste estudo é composta majoritariamente pelo sexo feminino. Além disso, cerca de 90% dos profissionais não possuem especialização em obstetrícia, ou sequer participou de algum curso sobre violência obstétrica, o que mostra como a temática ainda é invisibilizada, naturalizada e pouco reconhecida, inclusive entre as próprias mulheres. Demonstra, ainda, como a temática é negligenciada desde o período de formação, resultando em profissionais despreparados para lidar com parturientes (Sens; Stamm, 2019).

A segunda periferia é composta, sendo apresentada em ordem decrescente de frequência, pelas evocações *falta-atenção*, *falta-conhecimento* e *cuidado*.

Ambas as periferias contemplam a contextualização do NC, podendo-se evidenciar o cuidado, logo que ele deve ser respaldado pela receptividade, informação, orientação e suporte emocional. Por sua vez, observa-se que os participantes possuem a consciência da negligência desse cuidado correlacionando a violência obstétrica, o que parece decorrer de prática rotineira do profissional na assistência, levando a falta de atenção e conhecimento adequados à gestante.

Assim, a segunda periferia demonstra a representação da prática profissional no processo de acolhimento, orientação e construção de vínculos. Como referido anteriormente, o processo de trabalho deveria ser permeado por um conhecimento técnico-científico que ampara a mulher, oferecendo o suporte necessário e segurança durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Fica evidente a posição de insegurança e medo em que as mulheres são submetidas, tendo uma necessidade imediata de melhoria de trabalho na relação médico-paciente e tentar desmistificar a visão do profissional como detentor de todo o conhecimento (Silveira; Camargo; Crepaldi, 2010), passando à mulher a segurança de estar protagonizando o próprio parto.

É possível observar a falta de preparo e sobrecarga de trabalho como motivos que podem contribuir para a ocorrência da violência obstétrica, a partir das justificativas das evocações dos profissionais do estudo:

[...] A mulher se torna vulnerável a qualquer tipo de violência obstétrica, por parte do profissional, devido à falta de conhecimento da mulher sobre o assunto, isso a torna desprotegida (Participante 10).

[...] Se a gestante tiver informação, o cuidado será maior e melhor (Participante 71).

[...] Por conta das atitudes dos profissionais, sobrecarga de trabalho, estresse (Participante 73).

A falta de suporte institucional e precarização do trabalho dos profissionais de saúde influenciam negativamente no desempenho das atividades, na medida em que aumenta o número de pacientes atribuídos aos profissionais e menores satisfações, quanto ao cuidado recebido. Nesse contexto, é que se deve pensar no profissional como talvez uma vítima institucional, submetido a condições precárias de trabalho, que o leva a um pré-natal ineficaz ou ausente,

além da falta de valorização o profissional acaba por gerar angústia e sofrimento do mesmo, desencorajando-o para a prática (Sens; Stamm, 2019).

Silveira, Camargo e Crepaldi (2010) trouxeram, no seu estudo, a forma marcante de noção atribuída ao médico de “fazer” coisas durante o processo de parto, como o próprio ato de concepção à vida e uma série de práticas de assistência. Levantam-se, em questão, os sentimentos de medo e insegurança que os profissionais do estudo sentiram na realização da prática, que não a viam como uma real indicação técnica sustentada pela ciência.

Considera-se que a precarização do trabalho em saúde precisa ser considerada e combatida, entretanto não pode ser utilizada como justificativa para a ocorrência de violência obstétrica. Somado a isso, urge a necessidade premente de capacitação como forma de informá-los sobre a presença da violência em todos os níveis de atenção, e que pode ser cometida por inúmeros profissionais da assistência, não apenas pelo médico, mas também pelo intuito de humanizar as práticas básicas de cuidado à mulher no processo parturitivo.

Destacam-se como elementos de contraste as evocações *negligência, gestação, humilhação e tristeza*. Apesar de representar o quadrante com menores frequências e com as palavras mais tardiamente evocadas, auxiliam na interpretação do NC e, muitas vezes, podem contemplar as representações sociais de um grupo reduzido de participantes.

Estas evocações parecem reafirmar que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) reconhecem a violência obstétrica como negligência e se sensibilizam com a humilhação vivenciada pelas mulheres, com destaque à gestação.

Teixeira *et al.* (2020) retrataram que essa assistência desrespeitosa vai desde uma violência verbal (humilhação, tratamento grosseiro, gritos, entre outros) e negligência na assistência até uma agressão física. Atitudes evitáveis que geram consequências físicas e psicológicas à mulher, além da diminuição da confiança nos profissionais da saúde.

[...] Porque em relação ao tema, como ser humano, a inexperiência e a negligência por parte do profissional médico são inadmissíveis, e leva a condutas errôneas e desnecessárias que colocam em risco a vida da gestante e o bebê (Participante 35).

[...] Porque a desumanização faz com que a pessoa se sinta humilhada é a primeira coisa que acontece na violência. Os maus-tratos porque a pessoa se sente inferior (Participante 107).

Menezes *et al.* (2020) destacaram as atitudes de profissionais de saúde descritas como maus-tratos físicos, psicológicos e verbais contra gestantes no ambiente hospitalar. Além do desrespeito, foram relatados possíveis elementos centrais das representações sociais, como a imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade, recusa em prestar assistência às mulheres durante o processo de parturição e em casos de abortamento.

Em algumas pesquisas, evidencia-se que constantemente a imagem do profissional de saúde está atrelada como detentor de todo o conhecimento, responsável em realizar o parto, enquanto a mulher fica submetida à sua vontade. Desta forma, predominou-se um elemento de representação social, segundo o qual o parto é visto apenas como um serviço a ser prestado pela medicina (Silveira; Camargo; Crepaldi, 2010). Como consequência, destacam-se os sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo das mulheres em situação de violência obstétrica (Menezes *et al.*, 2020).

Os profissionais da ESF demonstraram a importância do conhecimento sobre violência obstétrica pela mulher para o cuidado mais qualificado. Os participantes expressaram:

[...] Se a gestante tiver informação, o cuidado será maior e melhor (Participante 83).

[...] Falta de respeito com a gestante, a fragilidade dela, se aproveita da falta de informação da paciente (Participante 13).

Os achados da literatura referem que práticas violentas e agressões estão intimamente ligadas à violência obstétrica, as mais relatadas e que ocorrem sem o consentimento da mulher destacam-se a episiotomia rotineira, a ruptura prematura das membranas, a manobra de *Kristeller*, a pressão exercida pelo profissional no fundo do útero da mulher a fim de acelerar o trabalho de parto, uso abusivo de fórceps, negação de medicamentos para o alívio da dor, toques vaginais excessivos feitos por diversos profissionais, restrição do leito e proibição de alimentação (Castro; Rocha, 2020; Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020).

Além disso, a negação do acompanhante e ações negligentes e imprudentes de profissionais de saúde violam sua autonomia sem embasamento científico, com o intuito de acelerar o parto, não respeitando a integridade e fisiologia da mulher (Pauletti; Ribeiro; Soares, 2020).

Um estudo mostrou que os diversos tipos de ridicularização e agressividade não se limitam ao ser mulher, visto que a condição socioeconômica e etnia também se tornam motivos de perpetuação do preconceito e atos de violência nas mãos de profissionais desqualificados. Observa-se a tendência ao tratamento rude e humilhante, em especial às mulheres pobres, negras e com menor escolaridade, sendo essas mais vulneráveis à discriminação (Menezes *et al.*, 2020).

Ressalta-se, ainda, que a violência pode ir muito além, presente no pré-natal, parto, puerpério e até mesmo através de traumas que podem perdurar por toda vida e precisa ser prevenida e combatida.

As representações sociais dos profissionais da saúde a respeito da violência obstétrica demonstraram um processo de sofrimento, desumanização, desrespeito à mulher no cuidado ofertado no processo parturitivo, além da falta de conhecimento sobre práticas humanizadas por parte dos profissionais e desconhecimento das mulheres sobre seus direitos como forma de prevenir a violência obstétrica.

Por sua vez, a temática ainda é invisibilizada e pouco reconhecida, sendo muitas vezes naturalizada nos serviços de saúde, com evidentes relações de poder entre profissionais que reafirmam a ocorrência de condutas de violência.

Frente a estas constatações, nota-se ser preciso incentivar a ampliação do conhecimento acerca da violência obstétrica para mulheres, profissionais de saúde e sociedade em geral, a fim de levantar discussões que envolvam não apenas as instituições hospitalares, mas também a Atenção Primária à Saúde (APS) e seu papel diante da violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ter repercussões que marcam a vida das mulheres no âmbito físico e/ou psicológico para o resto da vida. Um evento que deveria ser permeado de prazer, da realização da maternidade, não deveria ser sinônimo de sofrimento. Neste sentido, ratifica-se a importância de estudos que contribuam para identificação da problemática e, sobretudo, para implementação de políticas públicas que permitam sua minimização.

Por fim, a TRS mostrou-se oportuna por possibilitar à identificação das representações, que estão no núcleo central e na periferia, orientando a tomada de decisão para futuras ações com os profissionais de saúde envolvidos na assistência às gestantes e parturientes.

Referências

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2015.

BARRERA, D. C.; MORETTI-PIRES, R. O. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n. 1, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n162136>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. *Teoria e métodos em representações sociais*. Ilhéus: Editus, 2017. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938>. Acesso em: 16 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações e Programas. *Rede Cegonha*. Brasília, DF, agosto de 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Humanização do Parto*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Despacho 03 de maio de 2019*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

CASTRO, A. T. B.; ROCHA, S. P. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 176-181, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103027>. Acesso em: 10 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades, sínteses das informações, censo 2010*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>. Acesso em: 10 mar. 2021.

LAZZARINI, V. S. C. B.; CÉSAR, M. B. I. N. *A violência obstétrica, a vulnerabilidade da mulher e suas consequências*. Ponta Grossa, PR: Atena, 2019.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 97-119, jan./mar. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087840>. Acesso em: 09 mar. 2021.

MARTINEZ, E. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F. R. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. *Investigação e Educação em Enfermagem*, Medellín, v. 30, n. 1, p. 101-107, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2021.

MENEZES, F. R. de *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e180664, 2020.

MOSCOVICI, S. *Cognição social: perspectivas sobre a compreensão do dia a dia*. London: Academic Press, 1981.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. *O teste de associação livre de palavras*. Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 10 mar. 2021.

PAULA, E. *et al.* Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto & Contexto Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>. Acesso em: 15 fev. 2022.

PAULETTI, J. M.; RIBEIRO, J. P.; SOARES, M. C. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Revista Enfermeria: Cuidados Humanizados*, Montevideo, Uruguay, v. 9, n. 1, p. 3-20, jan./jun. 2020.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Cianorte, PR, v. 15, n. 1, p. 103-108, jun./ago. 2016. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf. Acesso em: 3 nov. 2020.

SANTOS, M. B. B. Violência obstétrica: a violação aos direitos da parturiente e a desumanização do parto. *Revista de Direito UNIFACEX*, Natal, v. 7, n. 1, p. 1-23, mar. 2018.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 23, e180487, jul. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255. Acesso em: 3 nov. 2020.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1-10, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2020.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 nov. 2020.

TEIXEIRA, P. C. *et al.* Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, fev. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1095669>. Acesso em: 9 mar. 2021.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?lang=pt#>. Acesso em: 16 fev. 2022.

VENTURI, W. *et al.* *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 05 nov. 2020.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 17 jun. 2021.

Capítulo 10

Violência obstétrica: experiências das equipes da estratégia saúde da família

Maria Clara Pinto de Andrade Muller

Júlia Maria Nascimento Penha

Esther Aderno Souza

Amanda de Alencar Pereira Gomes

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires

Juliana Costa Machado

Vanda Palmarella Rodrigues

O interesse por estudar a temática da violência obstétrica tem crescido em decorrência dos movimentos que buscam dar visibilidade aos direitos das mulheres, reforçando a sua liberdade e autonomia nesse momento singular da vida. O aumento da busca pelos direitos sexuais e reprodutivos permitiu um cenário favorável para ampliar as discussões (Leite *et al.*, 2022).

Apesar do aumento do interesse científico e da sociedade civil pela temática, ainda existem muitas dificuldades teóricas e metodológicas, a exemplo da falta de consenso entre as terminologias e as definições utilizadas e, conseqüentemente, a dificuldade de mensuração do problema, identificação e o conhecimento dos danos provocados na saúde materno-infantil, bem como o conhecimento da comunidade acadêmica sobre a temática em questão (Leite *et al.*, 2022).

O termo “violência obstétrica” é descrito na comunidade científica como as formas de violência ocorridas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, a exemplo da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expressam nas relações de atendimento desumanizado, envolvendo abuso verbal, abuso de medicalização como a ocitocina, de intervenções exacerbadas dos processos naturais, visto que desencadeie a perda da autonomia das gestantes, do poder de decisão sobre seu corpo e sexualidade (Silva; Aguiar, 2020).

É de competência da enfermagem e sua equipe o acolhimento integral à gestante e ao seu acompanhante, do pré-natal ao puerpério, além de promover uma assistência humanizada e informada, levando informações para a mulher e aquele que a acompanha. Encarrega-se, também, ao profissional, proporcionar um modelo de assistência que considere a autonomia e

protagonismo, deixando sempre evidente que a gestante tem o direito de escolher o parto que melhor lhe convém, evidenciar que todo tipo de parto deve ser humanizado, pois a humanização não se restringe apenas ao parto natural e, sim, a um parto que respeita a singularidade feminina (Oliveira, M. R. R.; Elias; Oliveira, S. R. 2020).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como um espaço de oportunidade para acolher mulheres em situação de violência, em virtude do vínculo entre profissional/usuário, o que facilita o contato entre os profissionais e os problemas enfrentados pela população. O cuidado e o olhar de enfermagem devem sempre respeitar as necessidades dos usuários e assegurar segurança, além de pautar os cuidados nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente, que são fundamentais para prevenir agravos, a exemplo da violência obstétrica (Santos *et al.*, 2019).

O presente estudo teve como objetivo descrever o entendimento dos profissionais, das equipes da ESF, a respeito da violência obstétrica.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa. A pesquisa está vinculada ao projeto “Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes da estratégia saúde da família”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, sob CAAE: 49736915.3.0000.0055, e aprovado sob parecer nº 1.304.618, do dia 31 de outubro de 2015. Este subprojeto obedece à Resolução 466/2012 e a 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, por meio da plataforma Brasil sob CAAE: 49736915.3.0000.0055, e o parecer nº 3.050.243, do dia 30 de novembro de 2018. Este recorte do estudo foi realizado em Unidades de Saúde da Família (USFs), da zona urbana do município de Jequié (duas com equipes duplas e uma com equipe única), contemplando cinco equipes da ESF.

Os participantes da pesquisa foram selecionados em atendimento aos critérios de inclusão: ser profissional de saúde com, no mínimo, dois meses de atuação na USF. Os profissionais que estavam afastados do trabalho por férias e/ou licença, por qualquer natureza, no período da coleta de dados, foram excluídos da coleta.

Neste recorte, participaram 27 profissionais das equipes da ESF, entre estes: cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, quatro médicos, dois cirurgiões-dentistas, dois técnicos em saúde bucal (TSBs) e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Foram identificados no texto pela palavra *Participante*, seguido do número arábico que correspondeu à ordem de realização da entrevista com a respectiva categoria profissional.

A coleta de dados ocorreu por meio da realização de entrevistas semiestruturadas entre os meses de julho e agosto de 2021. Foi estabelecido contato com a coordenação das Unidades de Saúde da Família (USFs), previamente, à coleta de dados e, em seguida, foram agendados encontros com os profissionais das equipes da ESF. Apresentou-se aos profissionais de saúde a pesquisa, e aqueles que aceitaram participar eram apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nesta pesquisa foi utilizada a interface da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) no *software* IRAMUTEQ para processamento do *corpus* textual das entrevistas semiestruturadas.

O *software* IRAMUTEQ, criado por Pierre Ratinaud, e mantido até 2009 com língua francesa, mas que atualmente conta com dicionários completos em várias línguas, ganhou espaço no Brasil em 2013, nas pesquisas de representações sociais, e análises de diversas pesquisas com abordagem qualitativa (Souza *et al.*, 2018).

Participaram do estudo 27 profissionais de saúde que atuam nas equipes da ESF, da zona urbana do município de Jequié, do estado da Bahia, localizado na região nordeste do Brasil. Dos profissionais entrevistados, 21 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A maioria dos profissionais tinha idade entre 30 e 45 anos. No que diz respeito ao tempo de formação, variaram de dois a 23 anos. De todos, 25 declararam ter um vínculo e apenas um referiu participação em curso sobre violência obstétrica.

Após o processamento no *software* Iramuteq, através da interface CHD, obteve-se a quantidade total de segmentos de textos (ST) de 629. Destes, 551 segmentos foram classificados e analisados com aproveitamento de 87,6%. O *corpus* apresentou 2.337 formas com 22.214 ocorrências, e a lematização de palavras obteve um total de 1.502, com 1.391 formas ativas de palavras e 12 formas suplementares. Após o cruzamento dos ST e palavras, aplicou-se o método da CHD, com obtenção de cinco classes.

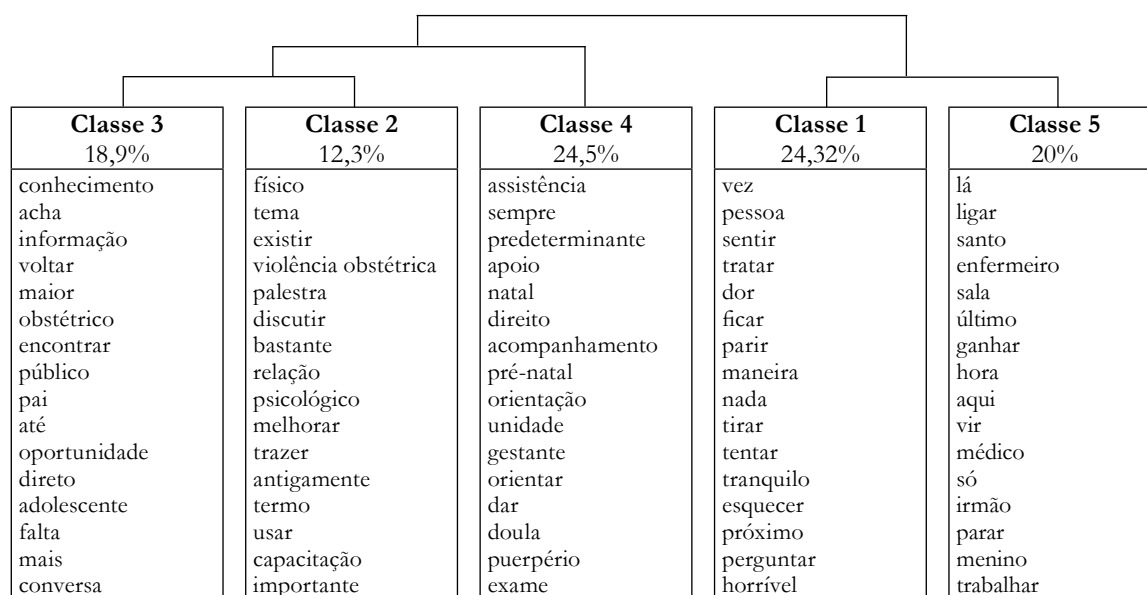
Desse modo, ocorreu o agrupamento das palavras em Segmentos de Texto (ST). E a partir dessa análise, com base na frequência de verbalização, o referido *software* organizou a análise dos dados em um dendrograma das classes por meio de suas raízes, o que resultou na elaboração de um dicionário com um vocabulário semelhante entre si e diferente das outras classes.

A figura 1 ilustra as relações entre as classes, sendo que a leitura é realizada da esquerda para a direita, ou seja, no primeiro momento o *corpus* foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2). O presente trabalho abordará sobre o eixo 2.

O eixo 2 subdividido na classe 1 e classe 5, considera a proximidade entre estas classes com vocabulários semelhantes entre si e segmentos de texto.

Com isso, o Eixo 2 foi denominado *Violência obstétrica: relatos e experiências dos profissionais da ESF*. E suas classes 1 – *relatos sobre a violência obstétrica*, e o 5º *Vivências sobre a violência obstétrica*. Os participantes da pesquisa abordaram as experiências compartilhadas sobre a violência obstétrica entre profissional e parturiente e trouxeram percepções individuais e coletivas sobre a temática.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual por classes. Jequié, BA, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Eixo 2 – Violência obstétrica: relatos e experiências dos profissionais das equipes da ESF

A partir da análise, foi possível inferir que o pensamento, experiências e concepções dos profissionais sobre a temática estão relacionados ao desrespeito e à postura de profissionais diante do serviço de saúde e da falta de humanização com a parturiente.

Relatos sobre a violência obstétrica

A classe 1 é concentrada por 24,32% do *corpus*. As falas dos profissionais apontaram muito sobre o cuidado humanizado, um olhar mais empático direcionado às gestantes e suas experiências relacionadas à violência obstétrica. Ressaltam a importância do profissional no serviço para orientar e acolher. Os principais elementos que sustentaram a presente classe foram: vez ($\chi^2 = 40,75$), pessoa ($\chi^2 = 32,34$), sentir ($\chi^2 = 29,48$), tratar ($\chi^2 = 28,96$), dor ($\chi^2 = 27,66$), entre outros.

Os participantes do estudo conseguem perceber atitudes desumanizadas voltadas para o serviço, em paralelo trazem também a dificuldade de diálogo entre a equipe, muitas vezes em virtude da dificuldade de aceitação do novo, conforme segmentos de texto a seguir:

[...] porque, realmente, quando a gente chegar lá, a gente fica sem voz a gente tenta falar alguma coisa, mas elas não são muito tipo ah essas meninas tá chegando agora e quer mandar, quer mudar o processo, já vem de anos então a sensação é de impotência realmente (Participante 4, Técnico de Enfermagem, Score: 105.40).

[...] eu me sinto envergonhado pela profissão que a gente sabe que existem profissionais e profissionais, a gente tem que tratar as pessoas como a gente gostaria que fôssemos tratados (Participante 23, Técnico de Enfermagem, Score: 100.60).

Algumas falas reforçam a violência obstétrica abordada pelos profissionais e o quanto passa despercebido por algumas gestantes. Os participantes expressaram:

[...] eles maltratam o paciente, não dá atenção, aquele conforto a elas na hora de conversar, tratar direitinho para que na hora que a pessoa precise ela esteja mais tranquila no momento (Participante 9, Enfermeiro, Score: 101.47)

[...] já está sentindo dor e as pessoas falam coisas que às vezes ela até escuta mas acaba que ela meio que releva porque ela só quer aliviar aquilo que ela está sentindo ela só quer que aquilo acabe logo (Participante 2, ACS, Score: 160.32).

[...] a gente trata a pessoa bem a gente vai na casa e a gente passa uma coisa que às vezes chega na unidade e não é aquilo a pessoa fala, ah mas você falou isso (Participante 4, Técnico de Enfermagem, Score: 145.41).

É muito presente nos segmentos de texto, o sentimento de impotência com relação à violência obstétrica encontrada e relatada pelos participantes:

[...] eu me sinto mal porque a gente fala tanto de humanização e a mulher vai pra lá pra ter o bebê e não tem as pessoas não tratam ela com a humanização que tem que ter (Participante 14, Médico, Score: 124.02).

[...] eu fico muito triste porque, em uma época dessa, a gente ainda passa por isso, agora eu acho que já melhorou bastante porque na época que eu trabalhava meu Deus do céu, às vezes a gente fazia como profissional e nem tinha noção que aquilo era uma violência (Participante 9, Enfermeiro, Score: 98.60).

Vivências sobre a violência obstétrica

Na classe 5, concentrou-se 20% do *corpus*. Em sua constituição, foram observadas as seguintes palavras: lá ($x^2 = 42,35$), ligar ($x^2 = 40,84$), enfermeiro ($x^2 = 35,79$), sala ($x^2 = 28,41$), último ($x^2 = 27,2$), entre outros.

Na classe 5, foi possível identificar nas falas dos profissionais situações em que os mesmos já passaram e escutaram. Através das consultas ou visitas domiciliares, a equipe consegue identificar que as ações não contemplam cuidados humanizados. Os participantes evidenciaram:

[...] Já ouvi muito assim elas dizerem assim, ah quando a gente está sentindo dor o médico vai falar: na hora de fazer estava tudo bem, agora na hora de botar pra fora fica gritando, fazendo escândalo, essas coisas (Participante 16, ACS, Score: 109.02).

[...] Já não era o primeiro bebê que ela estava tendo e ela falou que um profissional, dentro de um hospital daqui da cidade mesmo, informou a ela que era para ela parar de gritar (Participante 4, Técnico de Enfermagem, Score: 114.00).

No entanto, na construção do *corpus* através das entrevistas, os profissionais percebem ambiguidades nos serviços das equipes da ESF e hospitais, como percebido nos segmentos de texto a seguir:

[...] Porque é uma diferença grande quem trabalha no hospital e vem para o PSF [Programa Saúde da Família] pra trabalhar com comunidade lá é uma prática e aqui é outra bem diferente (Participante 10, Médico, Score: 106.55).

[...] Poxa, ter trabalhado toda aqui, como se a gente garantisse para ela, que no final ia dar tudo certo e na hora do final não deu certo como a gente falou pra ela, aí chega lá e ela relata todo sofrimento (Participante 8, ACS, Score: 158.13).

[...] Ela relata todo sofrimento, e fiquei lá horas. A médica vinha na minha sala, a enfermeira vinha, quem vinha era a enfermeira, porque o médico não vinha, o médico só veio na hora que o menino estava botando, coroando (Participante 18, Cirurgião-Dentista, Score: 209.27).

Os profissionais das equipes da ESF referiram que a violência obstétrica decorre do desrespeito e desumanização, bem como de procedimentos desnecessários realizados à mulher, durante o trabalho de parto.

A atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher, durante o ciclo gestacional, é importante para a criação de um vínculo seguro, em que se abra a oportunidade para diálogo entre gestante e profissional. Nesse contexto, a assistência ao pré-natal deve buscar promover e, muitas vezes, devolver a autonomia às gestantes que, na maior parte dos casos, sentem-se inseguras. Fazer educação em saúde é promover uma humanização (Silva; Aguiar, 2020).

Ressalta-se a necessidade de que ocorra um fortalecimento das políticas públicas, bem como fiscalizações mais severas, melhor articulação entre a atenção básica e hospitalar, assegurando a qualidade de assistência nos serviços de saúde. O Brasil, apesar de não ter uma legislação federal específica sobre a violência obstétrica, já conta com uma variedade de normas que embasam o ordenamento à atenção humanizada que, na teoria, deveria ser cumprida, para então melhorar a assistência e evitar o número de mortes maternas fetais (Martins *et al.*, 2022).

O cuidado obstétrico precisa oferecer apoio e proteção com o mínimo de intervenções à mulher. No entanto, foi percebido no presente estudo que os profissionais apresentaram condutas vivenciadas pelas mulheres no processo de parturição, que divergem desse cuidado, a exemplo de frases violentas e procedimentos desnecessários (Santos *et al.*, 2018).

O sentimento de impotência evidenciado pelos profissionais das equipes da ESF mostrou que, apesar de reconhecerem que aqueles cuidados não estão coerentes, muitos têm insegurança de se posicionar. Corroborando com esse pensamento, o estudo apresentou evidências, trazidas dos enfermeiros, em relação ao poder médico, centralizado como um dos responsáveis pela fragmentação do serviço, embora todas as categorias não seguissem os protocolos como deveriam. A não utilização de protocolos definidos, o emprego de técnicas inadequadas que causam danos à saúde das mulheres, pela aplicação de técnicas assépticas, exacerbação de práticas invasivas e condutas desumanizadas por parte dos profissionais, são fatores agravantes no cotidiano (Chourabi *et al.*, 2019).

Este estudo demonstrou que os profissionais vivenciaram e relataram situações de violência obstétrica, e estes mesmos compreendem que tal violência não se restringe apenas à agressão física contra as gestantes e puérperas, mas também à violência verbal. A necessidade de humanização nos cuidados, um vínculo entre equipe da ESF e a rede hospitalar também ficou em evidência.

Ressalta-se que um dos caminhos para alcançar uma assistência de qualidade é devolver a autonomia à gestante e promover informações para capacitar as gestantes sobre seus direitos como mulher.

Por fim, a divergência entre novos profissionais e antigos e o sentimento de impotência foi mencionado no estudo e, como uma forma de proporcionar uma melhora nessa questão, é necessária a capacitação dos profissionais, para que estes possam entender e reconhecer as condutas inapropriadas que correspondem à violência obstétrica, a fim de se obter o cuidado humanizado.

Referências

CHOURABI, L. F. *et al.* Assistência ao parto e violências sob a ótica de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública Paraná*, v. 2, n. 2, p. 28-38, nov. 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/276/89>. Acesso em: 19 abr. 2022.

LEITE, T. H. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 483-491, fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?lang=pt#>. Acesso em: 23 maio 2022.

MARTINS, R. B. *et al.* Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-76, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/jRdjT97Rnn4W84nsBQVMVff/?lang=pt#>. Acesso em: 27 set. 2022.

OLIVEIRA, M. R. R.; ELIAS, E. A.; OLIVEIRA, S. R. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243996>. Acesso em: 23 maio 2022.

SANTOS, A. L. *et al.* Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado. *Disciplinarum Scientia / Saúde*, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 301-309, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2514#:~:text=Comete%2Dse%20viol%C3%Aancia%20atrav%C3%A9s%20de,a%20vontade%20da%20gestante%2Fpu%C3%A9rpera>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SANTOS, J. L. C. *et al.* Percepção dos enfermeiros da atenção primária diante da violência contra a gestante. *ID on Line. Revista de Psicologia*, v. 13, n. 47, p. 1202-1219, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2079/3223>. Acesso em: 4 out. 2022.

SILVA, M. I; AGUIAR, R. S. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Nursing*, São Paulo, v. 23, n. 271, p. 5013-5024, dez. 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/568/1212>. Acesso em: 1º mar. 2022.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 52, e03353. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/#>. Acesso em: 4 out. 2022.

Capítulo 11

Violência doméstica contra mulher: Concepções sobre a assistência de Agentes Comunitários de Saúde

*Tamires Souza Oliveira
Bruna Cabral Barreto de Souza
Maria Vitória Oliveira Couto
Vilara Maria Mesquita Mendes Pires
Aline Vieira Simões
Alba Benemerita Alves Vilela
Juliana Costa Machado*

A Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) é entendida por qualquer ato de omissão e/ou agressão relacionado ao gênero que venha a causar danos físicos letais ou não, problemas psicológicos, de cunho moral ou patrimonial à mulher, que acontece dentro do domicílio por indivíduos com ou sem vínculo familiar, independente de coabitação (Brasil, 2006).

A VDCM é um problema de ordem pública, considerada uma violação dos direitos humanos. Dessarte, com o objetivo de prevenir e coibir ações danosas à integridade das mulheres em situação de violência, foram desenvolvidas políticas públicas e leis voltadas para garantir os direitos dessas mulheres, conferindo-lhes respaldo legal e punição devida para o agressor (Souza; Mendonça, 2021).

A visibilidade política e social desta problemática tem se fortalecido desde a década de 1960, com atuação dos movimentos feministas e de mulheres, por meio de discussões sobre a gravidade e seriedade das situações sofridas pelas mulheres, denúncias das violências cometidas, principalmente no âmbito doméstico, cobranças de responsabilidades do Estado e da sociedade em assegurar a todas respeito à dignidade humana (Guimarães; Pedroza, 2015).

No sentido de contribuir para o enfrentamento de tal problemática, foi implantada a Lei 11.340/2006, que define a violência doméstica contra a mulher como toda ação ou omissão ancorada na desigualdade de gêneros, que ocasione sofrimento psicológico, físico ou sexual e dano moral ou patrimonial (Brasil, 2006).

Cerca de 30% das mulheres no mundo sofrem algum tipo de violência em ambiente domiciliar, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), até o ano de 2017, uma a cada três mulheres já havia sofrido alguma forma de violência. Pesquisas apontam que a

prevalência da violência contra a mulher, tendo como agressor parceiros íntimos em ambiente domiciliar, é cerca de 23,2% em países desenvolvidos; 24,6% países na região do Pacífico Norte; 37% Mediterrâneo Oriental; e 37,7% Sudeste Asiático (OPAS, 2020).

No Brasil, houve um aumento de 18% nos casos denunciados de Violência Doméstica Contra a Mulher. No ano de 2019, foram registrados 3.739 homicídios de mulheres, em que 1.324 foram considerados feminicídio, sendo que, destes casos de feminicídio, 88% têm como autoria parceiros ou ex-parceiros, e a maioria dos ocorridos em ambiente doméstico (Brasil, 2020). Em 2017, foram registrados 230.078 casos de violência doméstica contra a mulher no Brasil. Esses dados apontam que a VDCM é um problema que afeta as diferentes classes sociais, nos diferentes lugares, ratificando a necessidade em trabalhar contra a violência, visando atuar no rompimento desse ciclo e, consequentemente, na redução desses números.

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é um componente do sistema de saúde voltado para os cuidados primários à saúde, individual ou coletivo. A AB tem por objetivo desenvolver ações de saúde de promoção e proteção da saúde, bem como, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2020).

Para tal, a AB dispõe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo assistencial, que tem por objetivo promover a atenção direcionada às necessidades da família de modo integral, contínuo, humanizado e com participação social. A ESF é formada por uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por sua vez, os ACS atuam diretamente na comunidade, tendo como função importante de acolher e realizar visitas nos domicílios, criando vínculo com os usuários (Brasil, 2017).

O ACS é uma categoria trabalhista de nível médio, criada para atuar na área geográfica, onde o mesmo reside. Ele é o profissional presente no cotidiano dos usuários do serviço, que conhece as condições sanitárias, de moradia e de vulnerabilidade da comunidade. Diversos agravos à saúde podem ser identificados pelos ACS, dentre esses, a VDCM, presente em vários ambientes familiares, que exige uma sensibilidade e atenção por parte do agente para a identificação e enfrentamento. As visitas domiciliares são estratégias importantes. Nelas, o agente tem a possibilidade de observar as condições do domicílio e da relação familiar, bem como possibilita que a usuária esteja mais à vontade para relatar a situação (Alonso; Béguin; Duarte, 2017; Hesler *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, emergiu a seguinte questão investigativa: quais as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica?

A justificativa que sustenta este estudo baseia-se no número crescente de casos de violência contra a mulher, assim como evidente aproximação entre os ACS e as usuárias. Diante deste cenário, é fundamental conhecer o que a literatura apresenta acerca do conhecimento dos ACS, a respeito da violência doméstica contra a mulher, para que assim seja possível desenvolver conhecimento e estabelecer ações de prevenção e combate à VDCM.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar, com base nas evidências científicas, as concepções de agentes comunitários de saúde sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica.

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, que tem por intuito analisar estudos que abordem o conhecimento de ACS acerca da violência doméstica contra a mulher. A revisão é consolidada a partir de pesquisas realizadas em fontes de dados que disponibilizam conteúdos publicados, a qual utiliza métodos específicos de busca e seleção, de modo a filtrar o que foi encontrado (Machado *et al.*, 2019).

Para a elaboração deste estudo, foram seguidas seis etapas propostas para a revisão integrativa (Souza; Silva; Carvalho, 2010). Inicialmente, houve a escolha da temática a ser abordada e a formulação da pergunta norteadora. Esta etapa embasou o início dos métodos de busca com o seguinte questionamento: quais as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica?

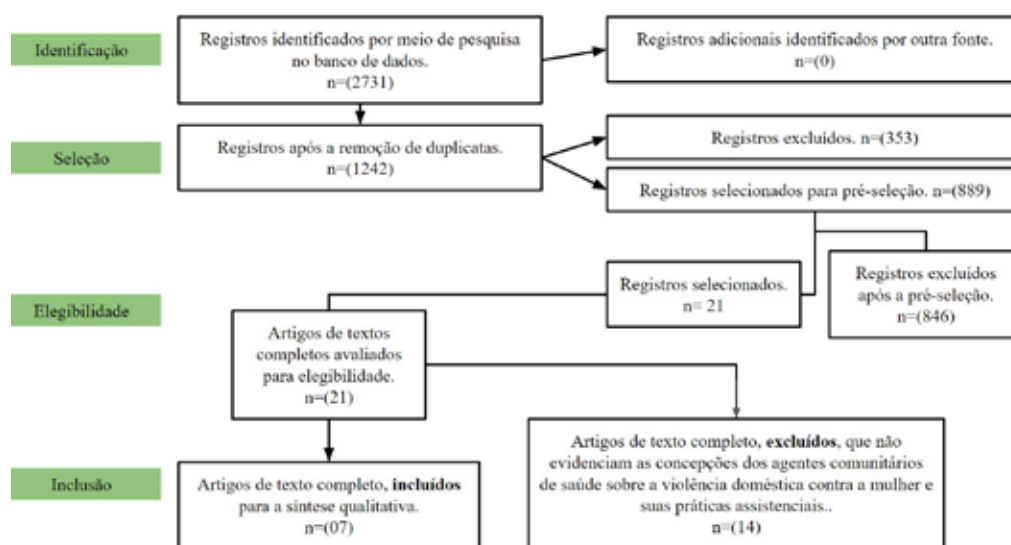
Na segunda etapa, realizou-se a busca de publicações na literatura sobre a temática e a definição de critérios para inclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura. Para tal, foram empregados como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis on-line, publicados e indexados nos bancos de dados citados anteriormente, que tivessem sido publicados entre os anos de 2015 a 2019, além de apresentarem uma abordagem voltada para a VDCM e os conhecimentos dos ACS a respeito desse tema, nos idiomas português, inglês e espanhol. Durante a busca, não houve um critério para a escolha do desenho dos estudos, que seriam incluídos na amostra.

Foi realizada uma busca entre o período de setembro e outubro de 2019, no repositório Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis And Retrieval System Online (MEDLINE), acessada por meio da US National Library of Medicine National Institutes of Health e o portal de periódicos — Biblioteca Virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), objetivando encontrar artigos que contemplassem a questão do estudo. A pesquisa teve como estratégias de busca os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “violência contra a mulher”; “violência doméstica”; “agente comunitário de saúde”, utilizados em português, inglês e espanhol, associados pelo operador booleano AND.

Na terceira etapa houve o estabelecimento das informações a serem retiradas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Após a busca, foram encontrados 2.731 artigos nas bases de dados. Em seguida, foi realizada uma primeira seleção, a partir da leitura do título e do resumo dos artigos, excluindo aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, reduzindo o número de publicações para 889.

Na quarta etapa, foi realizada uma pré-análise dos artigos, através de uma leitura superficial, avaliando a viabilidade destes para o estudo culminado na seleção de 21 artigos. Por fim, em avaliação profunda que envolvia leitura efetiva dos artigos, foram selecionados sete artigos (quatro do portal de periódicos SCIELO; dois da MEDLINE; e um da LILACS), que atendiam aos critérios de inclusão e compuseram essa revisão.

Abaixo, segue um Fluxograma construído em acordo ao modelo “Principais Itens”, para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises, traduzido de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA). O processo de seleção dos estudos foi ilustrado por meio do fluxograma contendo: Identificação – Seleção – Elegibilidade – Inclusão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos conforme fluxograma PRISMA.

Fonte: Elaborada pelas autoras. Modelo adaptado do fluxograma PRISMA (Jequié, Bahia, Brasil, 2019).

O nível de evidência científica dos artigos foi classificado de acordo com a publicação, que avalia as evidências em sete níveis (Stillwell *et al.*, 2010). No nível I, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados, controlados ou oriundas de diretrizes clínicas, que são baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII, oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas. Sendo assim, a qualidade do conjunto de estudos que compôs a amostra teve de ser analisada conforme o nível de indicadores (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Após leitura dos artigos na íntegra, foi realizada uma análise crítica por três dos autores de forma independente, contemplando a quinta etapa do estudo, com a interpretação dos resultados, os quais foram categorizados por temas. O processo de análise se deu a partir do método de análise de conteúdo contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2015).

Em uma pesquisa, os resultados consolidam o processo de leitura, análise das publicações que foram selecionadas e a visão geral sobre a temática abordada. Após o processo de busca e seleção da amostra, pode-se fazer um levantamento acerca de umas características importantes, das quais temos o ano de publicação, apresentando que a maioria dos artigos foi publicada em 2018 (3), seguindo dos anos de 2015 (2) e 2016 (2), e o método científico, que se trata de estudos qualitativos e majoritariamente nacionais.

Após a leitura dos sete artigos que compõem a amostra e organização do conteúdo, obtidos depois de análises, foi construído um quadro ilustrativo (Quadro 1) para apresentar as publicações, segundo título, autores, ano de publicação, nível de evidência e os principais resultados.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados segundo título, autores, anos de publicação, nível de evidência e resultados.

Título	Autores	Ano	Nível de Evidência	Principais resultados
Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde	Broch, D. <i>et al.</i>	2016	VI	São evidenciadas as concepções acerca da ação dos ACS, de acordo com as suas vivências, estratégias de trabalho focado no cuidado preventivo e de identificação de situações de violência.
Representação social da violência doméstica contra a mulher entre técnicos de Enfermagem e Agentes comunitários	Silva, C. D. <i>et al.</i>	2015	VI	Apresenta evidências sobre a violência contra a mulher sobre a visão dos ACS, sinalizando a agressão física como mais facilmente identificada, e a violência psicológica, sendo mais difícil de identificar, no entanto, é a mais frequente, ratificando a necessidade de capacitações para fortalecer as estratégias de trabalho.
Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde	Gomes, V. L. O. <i>et al.</i>	2015	VI	O estudo apontou as representações dos profissionais de saúde sobre a VDCM. O núcleo central evidenciou <i>agressão, agressão física e covardia</i> , fazendo referência à posição do agressor. Os termos <i>abuso, humilhação e sofrimento</i> ocupam a zona de contraste e fazem referência direta à situação da mulher em VD. Nas periferias, o medo, a baixa autoestima, submissão, aceitação e apoio profissional completam as representações dos profissionais de saúde sobre a VDCM.
Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde	Lima, N. J. S. O. e Pacheco, L. R.	2016	VI	O estudo trouxe a Definição dos ACS sobre a VDCM, associando apenas a forma física e psicologia. Citando a dificuldade no reconhecimento da violência, relacionada com o medo e o silêncio da mulher, relatando a falta de articulação entre os serviços e o desconhecimento a respeito das ações a serem realizadas perante a situação de VDCM.
Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde	Arboit, J. <i>et al.</i>	2018	VI	Este artigo apresentou o trabalho dos ACS com as mulheres em situação de violência doméstica, descrevendo que a interação com as mulheres facilita no processo de intervenção, buscando então desenvolver atividades assistenciais.
Violência doméstica contra a mulher, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil	Signorelli, M. C.; Taft, A.; Pereira, P. P. G.	2018	V	Apresenta evidências a respeito das políticas públicas de saúde contra a VDCM, e a atuação dos ACS. Revelou haver uma falha nas políticas públicas, tendo pouca efetividade nas ações desenvolvidas, o que interfere no processo de atuação do ACS, e nos cuidados com a saúde da mulher em situação de violência.
Violência contra as mulheres: concepção de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta	Zuchi, C. Z. <i>et al.</i>	2018	VI	Expõe a concepção dos profissionais quanto à escuta, como ação efetiva como método para a criação de vínculo com as mulheres e um meio de intervenção em uma situação de VDCM, bem como também um caminho e espaço acolhedor, eficaz, capaz de conduzi-las para as orientações sobre os cuidados da saúde.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2019).

A respeito do tema que foi abordado nas publicações, foi subdividido em duas categorias: 1) Entre conceitos e concepções de ACS sobre a VDCM; e 2) ACS e a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica.

Entre conceitos e concepções de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher

A literatura traz o panorama da Violência Doméstica Contra a Mulher, pela visão do Agente Comunitário de Saúde (ACS), de acordo com sua rotina de trabalho, caracterizando-a como uma situação de estresse ao extremo, diante da impossibilidade de desenvolver ações efetivas ao se deparar com uma situação de VDCM, visualizar a impunidade em relação ao agressor, da falta de conhecimento das mulheres a respeito dos tipos e formas de violência existentes, frustração no que se refere a não aceitação de palestras ou orientações acerca da temática, por parte da comunidade, e da escassez de capacitações para melhorar as condutas de trabalho dos agentes. Essas condições prejudicam o trabalho do ACS e torna as ações assistenciais frágeis (Hesler *et al.*, 2013).

A relevância do trabalho do ACS, na atuação frente à situação de VDCM, está associada ao convívio na área de abrangência que faz com que ele disponha dos subsídios para manter uma relação de maior proximidade com a família e, a partir disso, observar a relação entre os residentes do domicílio, identificar possíveis indícios que possam indicar violência, além de criar um vínculo com a usuária, ao passo que ela possa relatar a situação, esteja aberta a receber orientações e a busque atendimento na ESF e/ou outra instituição (Hesler *et al.*, 2013).

Essa ação direta com os usuários favorece a construção do conhecimento a respeito da VDCM, que se dá a partir das observações feitas nas visitas domiciliares, os relatos das mulheres, como a sociedade em si entende a violência doméstica e a relação no domicílio. Nessa perspectiva, os ACS caracterizam a violência doméstica contra a mulher de acordo com o que conseguem identificar nos domicílios, visualizando as agressões física e psicológica com maiores frequências (Broch *et al.*, 2016).

A partir desse processo de identificação e construção profissional, é possível embasar a assistência de forma contínua e integral. Nesse sentido, a violência física pode ser percebida na presença de lesões como equimoses ou hematomas, arranhões, queimaduras ou lesões mais graves que, na maioria dos casos, as mulheres tentam esconder ou justificar como um acidente doméstico (Broch *et al.*, 2016).

A violência psicológica apresenta-se de forma sutil e não deixa marcas visíveis, mas pode ser identificada através do constrangimento da mulher, vergonha e o ato de se esconder ou se afastar do convívio com outras pessoas, que é uma situação comum para ela poder deixar de frequentar a ESF. Além desses rastros, a baixa autoestima e o isolamento são condições que podem caracterizar uma mulher que sofre violência psicológica, de acordo a literatura (Broch *et al.*, 2016), quando associada à agressão física, tem como condição de vulnerabilidade, que está mais acentuada, o que a deixa fragilizada, sentindo-se humilhada, incapaz de tomar a iniciativa de buscar ajuda, bem como negligência nos cuidados com a saúde (Machado *et al.*, 2019).

A situação se torna ainda mais instável pela permanência da mulher no domicílio que a ocorreu a agressão. Esse ambiente é a representação material da violência, além de registrar marcas em seu corpo e ferir os sentimentos. Os locais onde ocorreram os ataques representam lembretes contínuos, além do convívio com o agressor, contrariando a imagem do lar como um lugar onde represente segurança, conforto e prazer, mas que nessa situação se torna um

ambiente inseguro e danoso para a integridade física e psicológica da mulher. Tratando-se da existência de filhos, a condição torna-se mais delicada, diante da condição conflituosa existente e que interfere no processo de criação (Broch *et al.*, 2016).

No que concerne aos fatores que podem estar relacionados à VDCM, os ACS descrevem a desigualdade de gênero como o poder instituído ao homem e a submissão da mulher, que é uma condição culturalmente inserida na sociedade, podendo ser associada como causa. Esse pensamento arcaico, perpetuado entre os séculos, foi considerado pelos ACS como um fator primordial para que houvesse as agressões dentro do domicílio, por parceiros do sexo masculino (Silva *et al.*, 2015).

Na perspectiva do ACS é possível perceber no domicílio a posição de dominação masculina decorrente, na maioria das vezes, pelo fato do homem ser o provedor das necessidades financeiras da família, enquanto a mulher ocupa o lugar de “dona de casa”, realizando as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos. Essa condição de diferença, entre o homem e a mulher, é um fator relevante para as situações de VDCM, decorrentes da inserção do homem dentro do cenário como superior e a mulher inferior, que fica sem poder expressar seus sentimentos, desejos e direitos (Silva *et al.*, 2015).

No entanto, a desigualdade de gênero, naturalizada na sociedade, não está atribuída apenas nas falas associadas aos homens. A literatura aponta que, em discursos femininos, que por vezes podem ser percebido pela naturalização da violência e por condições de superioridade do homem, culminando na aceitação de algumas situações e, até mesmo, do não reconhecimento de uma ação como violência, fato que torna a diferença de gênero um aspecto primordial para desencadeamento de situações de violência contra a mulher, de modo geral, com ênfase na violência doméstica (Geremont *et al.*, 2015).

O consumo de álcool e outras drogas são também apontados como causas consideradas agravantes na situação de VDCM. Segundo os relatos na literatura, os ACS apontam que, quando os agressores estão sob efeitos de substâncias químicas, estão sujeitos à alteração psicológica, sendo um atenuante para o desenvolvimento de atos agressivos que, na ausência do consumo dessas substâncias, pode não ocorrer, além de que o álcool é a primeira droga a ser citada, por estar culturalmente introduzida na sociedade. Quando associado com outras drogas com maior poder psicoativo, as ações agressivas podem ser ainda mais acentuadas (Geremont *et al.*, 2015).

Em estudos que tratam sobre as representações sociais de ACS a respeito da VDCM, são apresentadas as expressões *violência*, *agressão física*, *abuso*, *covardia* e *falta de respeito*. A agressão está diretamente ligada ao ataque físico, que é o tipo de violência mais relatada nas falas do ACS; A *falta de respeito* pode representar tanto causa, quanto consequência de uma ação de violência; Os termos sobre as atitudes do agressor são representados por *abuso*, *covardia*, *falta de respeito*, que compreendem as agressões, enquanto a evocação *covardia* está associada às ações violentas contra as mulheres que, mais uma vez, estão vinculadas à ideia cultural de inferioridade e fragilidade feminina (Gomes *et al.*, 2015).

Os demais termos apresentados são *impunidade* e *tristeza*, estes estão associados à atuação do ACS, referindo-se à dificuldade em intervir nas situações de VDCM e a influência emocional que pode haver nas relações de trabalho com os usuários. Concomitantemente com a impunidade, o ACS vive a tristeza, ao não conseguir realizar uma assistência efetiva (Gomes *et al.*, 2015).

Ademais, a *baixa autoestima* e a *submissão* são termos que foram identificados, relacionados à condição da mulher que, ao vivenciar a violência doméstica, perde o desejo do autocuidado, o amor-próprio e, conseqüentemente, a falta de qualidade de vida. Assim, esses termos apresentam que a VDCM envolve não só a condição das mulheres, mas também os profissionais que venham a estar relacionados ao caso e sofrem, juntos, influência emocional, podendo interferir nas ações profissionais (Lima; Pacheco, 2016).

Agentes comunitários de saúde e a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica

O trabalho do ACS, de modo geral, consiste em mediar a relação entre a comunidade e a Unidade de Saúde da Família (USF), na área de referência. Ele é um profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas ao mesmo tempo é membro da comunidade, por isso exerce esse papel de mediador. Ele realiza um trabalho que associa os conhecimentos científicos aos saberes culturais, de modo inerente a sua área de abrangência. O ACS desenvolve sua função, realizando visitas domiciliares conhecendo a realidade dos domicílios, para que possa relatar à equipe da ESF a situação real dos usuários, bem como levando informações da unidade e realizando buscas ativas, de modo a incentivar os usuários a participar dos serviços ofertados pela unidade (Lettiere; Nakono, 2015).

O reconhecimento das situações de VDCM, pelo ACS, pode acontecer diante da percepção de lesões físicas, psicológicas e/ou sexuais recentes, ou sequelas da agressão que já tenham ocorrido há certo tempo, em se tratando de condições que possam ser vistas como citadas na categoria anterior. Dessa forma, é importante que a escuta seja uma ferramenta para identificar as situações que não podem ser vistas, por isso o vínculo com a mulher é indispensável. No entanto, segundo a literatura, algumas mulheres, por mais que já tenham um vínculo formado com o ACS, não conseguem expor de forma direta a sua condição de violência doméstica, podendo dar indícios que, muitas vezes, são vagos, porém importantes para o processo de identificação (Arboit *et al.*, 2018).

Os ACS compreendem o ato de ouvir como uma ação necessária no seu trabalho, caracterizando como a oportunidade de conhecer a vivência das mulheres. Eles devem ouvir sem tecer julgamentos ou criar preconceitos, além de manter sigilo com as pacientes. Ademais, é importante ser fidedigno ao que for dito pela mulher e valorizar o que está sendo falado, mantendo um comportamento que demonstre respeito e interesse diante do exposto. Relacionada à escuta, tem-se a fala, que está descrita a partir das orientações dadas à mulher. Nesse sentido, a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica deve ser embasada no acolhimento, escuta, orientação adequada e efetiva (Signorelli; Taft; Pereira, 2018).

As orientações podem ser tanto em relação à VDCM, se a mulher estiver à vontade para falar a respeito do assunto, quanto sobre a necessidade dos cuidados com a saúde. Uma ação comum entre os ACS é a orientação acerca da busca de assistência na ESF, informando os serviços disponíveis, os dias da semana em que eles acontecem e como ela deve proceder para realizar o agendamento (Signorelli; Taft; Pereira, 2018).

Mesmo que as orientações sobre a saúde não estejam voltadas para a VDCM, elas são de suma importância para a prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida, além de ser uma forma de incluir a mulher nas atividades da ESF e promover o vínculo com a equipe, a fim de fazê-la entender que pode encontrar suporte, caso necessite (Arboit *et al.*, 2018).

Além das orientações, o ACS leva a situação da família até a equipe multiprofissional, para que esses mesmos possam também realizar visitas até o domicílio, com o objetivo de conhecer presencialmente a situação e, a partir disso, traçar estratégias para ajudar a mulher em condição de violência doméstica e, se possível, no rompimento do ciclo de violência. No entanto, a dificuldade em identificar a situação de VDCM e/ou da mulher relatar o caso complica o processo de assistência, pois quando as mulheres têm resistência a ir até a ESF, a assistência se torna ainda mais difícil (Zuchi *et al.*, 2018).

Para promoção da assistência de uma forma ampla à mulher em situação de violência doméstica, existe a Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, que é serviço especializado de atendimento à mulher, sendo o principal meio existente para prestar o cuidado necessário, pois dispõe de assistência qualificada, encaminhando a mulher para os serviços, que vão de forma efetiva oferecer a ela o que necessita, bem como atuar com ações preventivas (Lettiere; Nakono, 2015).

A rede funciona com o suporte multiprofissional. Entre os componentes, estão profissionais da área social, jurídica, segurança, saúde, dentre outros. No entanto, a falha existente no funcionamento e a desarticulação da rede são problemas que impedem as mulheres em situação de violência doméstica de receberem assistência adequada, além de haver um desconhecimento dos membros da rede, das instituições e serviços disponíveis para assistência à mulher (Signorelli; Taft; Pereira, 2018).

A falta de conhecimento dos ACS, a respeito das práticas assistenciais voltadas para as situações de VDCM, impede o desenvolvimento de ações efetivas, como também o desconhecimento sobre a rede e seus componentes. Ademais, a necessidade de promoção de ações assistenciais, voltadas para os cuidados à saúde da mulher, é, na maioria das vezes, ineficaz diante da falta de comunicação entre a equipe multiprofissional, sendo estas barreiras impedoras para promoção de um cuidado de qualidade, com atendimento integral que forneça saúde, segurança e qualidade de vida.

O estudo apresentou, como limitação, a pouca quantidade de publicações científicas relacionadas à temática, o que faz com que despertasse nas enfermeiras a necessidade de investigar sobre a assistência de ACS frente às mulheres em situações de violência doméstica, já que estes profissionais de saúde atuam diretamente na integralidade da atenção dessas mulheres. Sendo assim, conhecer a concepção desses profissionais da saúde é de grande importância, pois auxilia as enfermeiras no planejamento e na organização da sua prática assistencial para com a população.

As concepções do ACS sobre a assistência à saúde da mulher em situação de violência doméstica estão voltadas aos conceitos sobre a VDCM e sobre como essa condição afeta a saúde tanto física quanto psicológica, além da relação que isso tem com a ausência da mulher na ESF. Relatando que as ações assistenciais voltadas à saúde da mulher em situação de violência doméstica são realizadas a partir de orientações sobre a busca por serviços da ESF e os cuidados no cotidiano.

O ACS apresenta conceitos sobre a violência contra a mulher, baseados no conhecimento comum e fazendo referência à forma física e psicológica da violência. Alguns fatores foram citados como predisponentes, tais como desigualdade de gênero, consumo de álcool e outras drogas. A respeito da representação da VDCM, a agressão física é, segundo o ACS, a forma mais conhecida pela sociedade. Os termos *impunidade*, *tristeza*, *baixa autoestima* e *submissão* representam, como o ACS visualiza, as violências, de acordo com a atuação.

Em conclusão, confirma-se que o ACS é um profissional que exerce um trabalho relevante, desenvolvendo ações importantes para o cuidado com a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. No entanto, percebem-se que os ACS identificam, com maior frequência, apenas duas formas de violência (física e psicológica), carecendo de mais capacitações e de suporte sobre essa temática da violência doméstica, fornecendo, assim, embasamento teórico para saber identificar as demais formas de agressões e qual conduta poderá ser empregada.

Referências

- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 14, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>. Acesso em: 22 out. 2019.
- ARBOIT, J. *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>. Acesso em: 22 out. 2020.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 23 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Balanco anual*: ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulher. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contra-mulheres>. Acesso em: 21 set. 2021.
- BRASIL. 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, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 set. 2021.
- BROCH, D. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 10, n. 10, p. 3743-3750, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201604>. Acesso em: 22 out. 2020.

GEREMONT, M. R. C. *et al.* Ação educativa em relação à violência contra a mulher: capacitação de Agentes Comunitários de Saúde. *Cadernos ABEM*, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15642>. Acesso em: 21 out. 2020.

GOMES, V. L. O. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 4, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0166.2608>. Acesso em: 21 out. 2020.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-66, maio/ago. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000200256&script=sci_arttext. Acesso em: 28 abr. 2024.

HESLER, L. Z. *et al.* Violence against women in perspective of community health agents. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 180-186, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>. Acesso em: 21 out. 2019.

LETTIERE, A.; NAKONO, A. M. S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiás, v. 17, n. 4, p. 2-8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>. Acesso em: 30 jan. 2020.

LIMA, N. J. S. O.; PACHECO, L. R. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 10, n. 5, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201615>. Acesso em: 21 out. 2020.

MACHADO, J. C. *et al.* O fenômeno da conspiração do silêncio em pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Revista Electrónica Enfermería ACTUAL EM Costa Rica*, San José, Costa Rica, v. 36, n. 5, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34235>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Folha informativa – violência contra as mulheres*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 21 set. 2021.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Domestic violence against women, public policy and community health agents in Brazilian Primary Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-103, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232018231.16562015. Acesso em: 22 out. 2020.

SILVA, C. D. *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnico de Enfermagem e Agentes comunitários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100003>. Acesso em: 22 out. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SOUZA, R. B.; MENDONÇA, M. Violência doméstica: medidas protetivas de urgência durante a pandemia. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 12, p. 111288-111299, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-081>. Acesso em: 21 out 2020.

STILLWELL, S. B. *et al.* Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*, v. 41, n. 7, p. 41-47, 2010. Disponível em: <http://doi:10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e>. Acesso em: 13 maio. 2020

ZUCHI, C. Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003350013>. Acesso em: 19 out. 2020.

Capítulo 12

Violência doméstica contra mulher e repercussões em crianças sob a abordagem de Agentes Comunitários de Saúde

Maria Vitória Oliveira Couto

Tamires Souza Oliveira

Bruna Cabral Barreto de Souza

Aline Vieira Simões

Alba Benemerita Alves Vilela

Juliana Costa Machado

Definida pelas Nações Unidas como atos de violência de gênero que tragam danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, assim como ameaças de tais ações, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada, a Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) se constitui como sério problema de saúde pública em diferentes partes do mundo (Carneiro *et al.*, 2017; OPAS, 2022).

Estimativas globais indicam que 35% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual durante a vida. Em média, 30% das mulheres se encontram em situação de violência dentro de um relacionamento afetivo, resultante da agressão infligida pelo parceiro, ainda se indiquem que 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por um parceiro masculino (OPAS, 2022).

No cenário da VDCM, observa-se que tais atos infligidos acarretam repercussões não somente para a vida dessas mulheres, mas também para qualquer indivíduo que vivencie um ambiente violento constantemente, seja ele de forma direta ou indiretamente. Posto isso, em tal conjuntura, nota-se a presença de crianças, na maioria dos lares conflituosos, tornando-as susceptíveis a sofrerem os impactos da agressão (Fonseca *et al.*, 2017).

De acordo com estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), uma em cada quatro crianças menores de 5 anos, ou seja, cerca de 176 milhões vivem com uma mãe que se encontra em uma situação hostil, em decorrência da violência de gênero, configurando-se, nesse caso, uma forma de ataque psicológico contra as crianças (UNICEF, 2017; Bianchini, 2017).

O modo como a criança pode ser afetada depende de fatores relacionados à variabilidade individual, as características inatas de cada criança, temperamento, caráter, idade, nível de

desenvolvimento, gênero e o nível socioeconômico. Dessa maneira, independente da forma de expressão, a vivência da violência doméstica tem impacto sobre a vida de crianças e adolescentes, podendo acarretar repercussões de cunho físico, mental e social (Fonseca *et al.*, 2017; Mota *et al.*, 2018).

Nesse cenário, a exposição à VDCM durante a infância, apesar de pouco explorada na literatura, também deve se configurar como uma preocupação global de saúde pública, que necessite de maior visibilidade e mais intervenções para seu enfrentamento (Carter *et al.*, 2022). Diante disso, em todo o território brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Atenção Primária à Saúde (APS), constituem-se como uma importante arma para ações a serem desenvolvidas.

Na composição dos serviços da APS de identificação e enfrentamento de ambientes violentos, os ACS ganham destaque entre os componentes da equipe, sendo considerados membros com maiores aportes para estabelecer vínculo com a comunidade, permitindo o conhecimento a respeito da dinâmica familiar e o reconhecimento de ações violentas nos lares (Brasil, 2017).

Os ACS se constituem como atores fundamentais para o desenvolvimento de elos entre mulheres em situação de violência e os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), potencializando ações que possibilitem o combate às repercussões no desenvolvimento infantil frente à VDCM (Brasil, 2017; Arboit *et al.*, 2018).

Assim, diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como a atuação de Agentes Comunitários de Saúde pode contribuir para a exposição da Violência Doméstica Contra a Mulher e sua repercussão em crianças? Posto isto, esta revisão integrativa tem como objetivo analisar a contribuição dos ACS, no combate e enfrentamento da VDCM, e suas repercussões em crianças.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, de abordagem qualitativa, que tem por objetivo sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinada temática, direcionando a prática e fundamentação do conhecimento científico. Baseia-se na investigação que permite procurar, avaliar criticamente e sintetizar das evidências disponíveis, de modo que o produto é o conhecimento do tema investigado, implementado por intervenções efetivas e tem identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Considerando a escassez encontrada com a finalidade de atender as inquietações propostas pelo presente estudo, realizaram-se duas buscas na literatura, utilizando os seguintes descritores disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Violência Doméstica”, “Exposição à violência”, “Criança”, “Violência contra a Mulher” e “Violência Doméstica”, descritos aos “Agentes Comunitários de Saúde”. Ainda se fez uso do operador booleano AND, empregado para promover a interligação dos descritores.

A estratégia de busca foi aplicada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem online (MEDLINE), indexadas na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), bem como no portal de periódicos Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os critérios de inclusão adotados para seleção dos artigos foram documentados, tratando-se de artigos completos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, compreendendo

o período entre 2017 e 2022. Como critérios de exclusão, foram retirados artigos repetidos, que não se adequassem à temática e/ou não completassem a questão norteadora, além de monografias, dissertações, teses e outros tipos de documentos.

Inicialmente, foram recuperados 267 documentos. Após a aplicação dos filtros “ano de publicação” e “idioma”, encontraram-se 121, os quais se aplicaram os critérios de inclusão e exclusão, restando 18 documentos. Ademais, partiu-se para a leitura na íntegra sendo excluídos sete estudos e selecionados 11 artigos para esta revisão integrativa.

Equivalente a três artigos do ano 2017, quatro artigos do ano 2018, um artigo do ano 2019, dois artigos do ano de 2020 e um artigo do ano de 2022, conforme apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados nas bases de dados

(continua)

Título	Autores	Ano	Tipo de estudos	Principais ideias
Victims of Domestic Violence in Shelters: Impacts on Women and Children	Fernández-González, L. <i>et al.</i>	2018	Estudo descritivo por observação sistemática de análise documental.	Analisar o impacto da violência doméstica sobre as mulheres e seus filhos, admitidos em abrigos de emergência e de média e longa duração.
Violência Doméstica e Crianças em Risco: Estudo Empírico com Autos da Polícia Portuguesa	Sani, A. I. e Carvalho, C.	2018	Estudo exploratório misto.	Examinar a presença de crianças, direta ou indiretamente envolvidas na VDCM, através da análise de autos da polícia portuguesa.
Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência	Heisler, E. D. <i>et al.</i>	2017	Método da Pesquisa Participante (PP).	Apreender potencialidades e limites da visita domiciliar, para identificar e abordar mulheres em situação de violência.
Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde	Arboit, J. <i>et al.</i>	2018	Estudo exploratório-descriptivo, de abordagem qualitativa.	Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde, na atenção às mulheres em situação de violência doméstica, que residem em áreas rurais.
Childhood violence, exposure to parental violence and alcohol dependence/abuse in adulthood	Zanoti-Jeronymo, D. V. <i>et al.</i>	2019	Estudo de amostra probabilística estratificada em três estágios.	Examinar a associação entre o histórico de violência na infância, a dependência e uso nocivo de álcool na idade adulta.
Violências Intrafamiliares Experienciadas na Infância em Homens Autores de Violência Conjugal	Brasco, P. J. e Antoni, C.	2020	Pesquisa qualitativa exploratória	Conhecer como se constituíram as vivências na família de origem de homens envolvidos em relações conjugais violentas.
Exposição a violência em relações de intimidade – a propósito de um caso clínico	Fonseca, J. R. <i>et al.</i>	2017	Caso clínico	Alertar para a necessidade de desenvolver estratégias de sensibilização, para o rastreio ativo de violência de exposição à violência, em relações de intimidade.
Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care.	Signorelli, M. C. <i>et al.</i>	2018	Pesquisa qualitativa	Explorar como a VDCM é usualmente manejada na atenção primária à saúde brasileira, por meio de investigação de uma unidade básica de saúde e de sua estratégia de saúde da família.
Mediators and Effect Modifiers of the Causal Pathway Between Child Exposure to Domestic Violence and Internalizing Behaviors Among Children and Adolescents: A Systematic Literature Review	Carter, B. <i>et al.</i>	2022	Revisão sistemática da literatura	Identificar os fatores individuais, familiares e comunitários que medeiam ou modifiquem o efeito da exposição ao DV na internalização dos sintomas entre crianças e adolescentes.

(conclusão)

Título	Autores	Ano	Tipo de estudos	Principais ideias
O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde	Silva, C. D. <i>et al.</i>	2020	Pesquisa qualitativa	Apresentar a representação social dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários, acerca da violência doméstica, bem como identificar suas implicações no cuidado às vítimas.
Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna	Silva, J. M. M. <i>et al.</i>	2017	Estudo transversal.	Analisar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e a prática educativa materna direcionada às crianças.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Após a análise crítica dos artigos selecionados, foi realizada a leitura dos resumos disponíveis em cada artigo, buscando verificar se os documentos encontrados coadunam com a pergunta norteadora. Os dados foram distribuídos e organizados em duas categorias: “Violência Doméstica Contra Mulher e suas repercussões em crianças” e “Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção e enfrentamento da Violência Doméstica contra a mulher e suas repercussões”, as quais serão discutidas a seguir:

Violência doméstica contra mulher e suas repercussões em crianças

Os estudos agrupados nessa categoria versam sobre as repercussões da VDCM nas mulheres e crianças, as quais qual se constituem como uma violação grave dos direitos humanos. Segundo a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), a VDCM se estabelece como qualquer conduta de violência de gênero que resulte ou possa suceder de morte, lesão, sofrimento físico, sexual e/ou psicológico, bem como dano moral ou patrimonial. À vista disso, atualmente, são consideradas formas de violência doméstica e familiar todas as referidas pela lei (Brasil, 2006).

Estudos revelam que mulheres em situação de violência apresentam maior risco de desenvolverem problemas de ordem mental. Em uma pesquisa realizada em abrigos de emergência e de média e longa estadia na Espanha, foram detectados transtornos ou sintomas ansioso-depressivos como os mais comuns, configurando 80% dos casos, demonstrando, também, uma média de 6 a 8,2% de tentativas de suicídio. Assim como transtornos psicóticos e de personalidade, transtornos relacionados a traumas e estressores, transtornos aditivos, alimentares, bipolares e outros de tipos psicológicos (Fernández-González *et al.*, 2018).

Em sua maioria, estas mulheres possuem filhos e, desse modo, as crianças passam a ser reféns da vitimização direta ou indiretamente, ao testemunhar a violência perpetrada contra a mãe. Em estudo analítico de denúncia por crime de VDCM, a Polícia de Portugal revelou que 45% dos autos correspondiam a famílias com filhos, admitindo-se que em 29% a violência era presenciada. No presente estudo foi constatado que as crianças são utilizadas como objeto de injúrias verbais, ameaças à integridade física, psicológica e chantagem emocional pelos agressores (Fernández-González *et al.*, 2018; Sani; Carvalho, 2018).

A exposição à violência acarreta determinados níveis de hostilidade dentro de um relacionamento parental, ao passo que podem vir a reduzir as habilidades dos pais de proporcionarem uma personalidade calorosa, responsiva e aumentarem os níveis de parentalidade com baixo apoio social, desregulação emocional, práticas parentais negativas e estresse parental,

sendo fator de risco para comportamentos internos e externalizantes com maus resultados de saúde mental na infância, adolescência e vida adulta (Carter *et al.*, 2022).

Segundo pesquisa transversal realizada com mães que sofrem com a VDCM, no Distrito Sanitário II de Recife, foi revelado que a prática educativa materna de 91,4% referiu uso de pelo menos um ato de agressão psicológica, enquanto 82,4% demonstram atos de agressão física, demonstrando que a exposição à VDCM interfere no comportamento materno, disciplinamento infantil com punições físicas e castigos corporais ineficazes, aumentando o risco de ações que prejudicam o desenvolvimento do menor (Silva *et al.*, 2017; Carter *et al.*, 2022).

Outros estudos evidenciaram que homens expostos à negligência afetiva, violência e sem uma figura paternal de referência possuem maiores chances de se envolverem em relações conjugais violentas, perpetuando a violência transgeracional, além de sofrerem com abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas na vida adulta (Zanoti-Jenonymo *et al.*, 2019; Brasco; Antoni, 2020).

Sendo assim, desenvolver-se em ambiente exposto a situações de violência podem apresentar consequências a curto, médio e longo prazo. A negligência infantil é uma forma de violência silenciosa que se manifesta quanto ao bem-estar do menor de idade, nas áreas da saúde, educação, desenvolvimento emocional e segurança são seriamente afetados, configurando fator de risco para baixa autoestima, insegurança e dificuldades de relacionamento interpessoal (Fonseca *et al.*, 2017; Brasco; Antoni, 2020).

Sendo capazes de interferir no rendimento escolar das crianças, foram apresentadas dificuldades pelas crianças para concentração, durante as aulas, devido a lembranças dos atos violentos em seu lar, além de os tornarem mais vulneráveis a sofrerem a violência direta, intensificando o comportamento agressivo e introspectivo e os problemas de ordem emocional, como medo, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e a depressão. Dessa forma, as manifestações no público infantil podem se apresentar de múltiplas maneiras (Carneiro *et al.*, 2017; Fonseca *et al.*, 2017; Brasco; Antoni, 2020).

Atuação dos agentes comunitários de saúde na prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra mulher e suas repercussões

As Equipes de Saúde da Família são importantes aliadas na identificação e no combate à violência doméstica contra a mulher, visto que, na conjuntura do SUS, as mulheres consistem nas principais usuárias, seja para suas próprias necessidades, seja para acompanhamento de terceiros. Dessa maneira, a vivência da VDCM faz com que elas acessem os serviços de saúde, devido ao adoecimento e, neste contexto, a ESF é considerada um serviço propício a acolhê-las, pela capacidade de reconhecer essas situações, durante as consultas, as visitas domiciliares e/ou as ações de educação em saúde (Heisler *et al.*, 2017; Arboit *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020).

De acordo com os estudos dentre os profissionais envolvidos no processo de enfrentamento a VDCM, destacam-se os ACS, que são habilitados para identificar e monitorar condições de saúde, visitando constantemente as pessoas sob seus cuidados e dialogando para conhecer o processo saúde/doença. Eles atuam na comunidade a qual fazem parte, permitindo-lhes a criação de vínculos com as famílias e, assim, apreender sobre a dinâmica familiar (Signorelli *et al.*, 2018; Arboit *et al.*, 2018).

Na visita domiciliar, os profissionais adentram os espaços domésticos e lhes são concebidas oportunidades de observar, os ambientes da casa, as condições dos residentes e também de obterem informações complementares acerca das relações íntimas. Dessa maneira é permissível a compreensão da exposição infantil ao ambiente perpetrado pela VDCM (Heisler *et al.*, 2018; Arboit *et al.*, 2018).

Por conseguinte, além de serem peças fundamentais no acolhimento de mulheres e crianças em situação de violência ocupam, sobretudo, expressivo papel no enfrentamento da VDCM e suas repercussões no público infantil, visando à prevenção que a exposição a certas adversidades durante a infância, para que possa potencializar o seu desenvolvimento (Heisler *et al.*, 2018; Arboit *et al.*, 2018; Signorelli *et al.*, 2018).

A VDCM é uma violação dos direitos humanos, e suas repercussões confrangem todo e qualquer indivíduo que venha a vivenciá-la, seja em sua forma direta, seja indireta. Para tanto, a proposta deste estudo, ao investigar suas repercussões no público infantil, consolidou-se pela necessidade de escasso material na literatura a respeito da temática.

Reforçando o entendimento de que a exposição a certas adversidades, durante a infância, é um potencializador de efeitos que podem perdurar por toda a vida, viver em um lar perpetrado pela violência configura-se como fator de risco para baixa autoestima, insegurança, dificuldades de relacionamento interpessoal e baixo rendimento escolar, além de converter as crianças em alvos para a violência direta, trazendo como consequências o comportamento agressivo, introspectivo e os problemas de ordem emocional, como medo, transtorno do estresse pós-traumático e a depressão.

Dessa maneira, são concebíveis aos ACS, que são atores fundamentais, o poder para o combate e enfrentamento das repercussões ocasionadas pelo VDCM, uma vez que atuam diretamente com a comunidade, permitindo-lhes transmitir um amplo conhecimento sobre a dinâmica familiar, assim como a percepção de ações violentas que possam vir a prejudicar mulheres e seus filhos.

Por fim, destaca-se, assim, a necessidade de maiores estudos, no que tange à temática em concordância com maiores investimentos voltados para esta área, a fim de proporcionar subsídios necessários para profissionais e à comunidade local, ao se depararem com situações de violência e suas repercussões.

Referências

ARBOIT, J. *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XVKqD3PjhQPnLwLdqMwKWsm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

BIANCHINI, A. *Os filhos da violência de gênero*. 2017. Disponível em: <https://professoraalice.jusbrasil.com.br/artigos/493876113/os-filhos-da-violencia-de-genero>. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASCO, P. J.; ANTONI, C. Violências intrafamiliares experienciadas na infância em homens autores de violência conjugal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Porto Alegre, v. 40, n. 1,

p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YJwQFmgtd7vL3CD7xLCgD8c/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. 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). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 ago. 2022.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). *Revista Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bwj4BTRVjMp8CdBRLRWwfzM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

CARTER, B. *et al.* Mediators and Effect Modifiers of the Causal Pathway Between Child Exposure to Domestic Violence and Internalizing Behaviors Among Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence & Abuse*, Reino Unido, v. 23, n. 2, p. 594-604, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33094689/>. Acesso em: 3 set. 2022.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, L. *et al.* Victims of Domestic Violence in Shelters: Impacts on Women and Children. *The Spanish Journal of Psychology*, Espanha, v. 21, n. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/victims-of-domestic-violence-in-shelters-impacts-on-women-and-children/13E080DA45522C90B42FBE4BA19DDBE2>. Acesso em: 3 set. 2022.

FONSECA, J. R. *et al.* Exposição a violência em relações de intimidade – a propósito de um caso clínico. *NASCER E CRESCER – Birth and Growth Medical Journal*, Portugal, v. 26, n. 3, p. 182-184, 2017. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo1333367-exposi%C3%A7%C3%A3o-a-viol%C3%Aancia-em-rela%C3%A7%C3%B5es-de-intimidade-%E2%80%93-a-prop%C3%B3sito-de-um-caso-cl%C3%ADnico. Acesso em: 3 set. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Um rosto familiar: a violência na vida de crianças e adolescentes*. 2017. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/violencia_na_vida_de_crianças_e_adolescentes_unicef2017_resumo_port.pdf. Acesso em: 3 set. 2022.

HEISLER, E. D. *et al.* Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência. *Revista Ciência Cuidado Saúde*, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348>. Acesso em: 3 set. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto*

Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 3 set. 2022.

MOTA, R. S. *et al.* Prevalência e fatores associados à vivência de violência intrafamiliar por adolescentes escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 1022-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JYHmdS8v8G8Lssb39qWXTWC/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Violência contra as mulheres*. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 29 ago. 2022.

SANI, A. I.; CARVALHO, C. Violência Doméstica e Crianças em Risco: Estudo Empírico com Autos da Polícia Portuguesa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Lisboa, v. 34, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/tWHFdFhXv4gyLdBGYXwDLfd/?lang=pt>. Acesso em: 3 set 2022.

SIGNORELLI, M. C. *et al.* Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-102, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/J55Jxm9XWYcSr5pqxtGW8Xr/?lang=en>. Acesso em: 03 set. 2022.

SILVA, C. D. *et al.* O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 44, n. 4, p. 160-173, 2020. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2796>. Acesso em: 3 set. 2022.

SILVA, J. M. M. *et al.* Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 34, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jxKW4rFWBCJRY3cZXCV85Ps/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em: 3 set. 2022.

ZANOTTI-JERONYMO, D. V. *et al.* Violência na infância, exposição a violência parental e abuso e/ou dependência de álcool na idade adulta. *SMAD – Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 1, p. 40-49, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161517>. Acesso em: 3 set. 2022.

A obra tem a finalidade de publicizar as pesquisas realizadas pela equipe executora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO), desde sua criação em 2015, no sentido de dar visibilidade às diversas nuances da violência contra a mulher no contexto da Atenção Primária à Saúde, dos serviços policiais e da formação profissional em saúde, na perspectiva da integralidade.



UESB
Universidade Estadual
do Sudoeste da Bahia

ISBN 978-65-87106-85-4

