

Assistência de profissionais de saúde a mulheres em situação de violência: estudo de representações sociais

Assistance provided by health professionals to women in situations of violence: a social representations study

Asistencia brindada por profesionales de la salud a mujeres en situación de violencia: estudio de representaciones sociales

Jéssica dos Santos Simões^I ; Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira^I ; Cleuma Sueli Santos Suto^{II} ;
Alba Benemerita Alves Vilela^{III} ; Juliana Costa Machado^{III} ; Vanda Palmarella Rodrigues^{III} 

^IUniversidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. ^{II}Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, BA, Brasil;

^{III}Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil

RESUMO

Objetivo: compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica e discutir a prática assistencial de saúde à mulher em situação de violência doméstica. **Método:** estudo qualitativo, orientado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais, realizado com 40 profissionais do setor de urgência e emergência de um hospital público, entre janeiro e maio de 2023, após aprovação do comitê de ética. Dados coletados por entrevista semiestruturada e processados no *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** as práticas assistenciais dos profissionais são pautadas no tratamento das lesões, nos encaminhamentos e na notificação da violência e apontam a necessidade de orientação sobre os serviços disponíveis na rede de assistência no município. **Considerações finais:** evidencia-se que os profissionais ancoram suas representações sociais sobre a assistência a mulher em situação de violência doméstica em elementos do cotidiano e em práticas normativas e institucionais. **Descritores:** Pessoal de Saúde; Assistência Hospitalar; Mulheres; Violência Doméstica.

ABSTRACT

Objective: to understand the contents included in the social representations of Urgency and Emergency health professionals about the assistance provided to women in situations of domestic violence and to discuss the health care practices for women in such situations. **Method:** a qualitative study, guided by the procedural approach proposed by the Theory of Social Representations and conducted between January and May 2023 with 40 professionals from the Urgency and Emergency sector of a public hospital, after due approval from an ethics committee. The data were collected by means of semi-structured interviews and processed in IRAMUTEQ. **Results:** health professionals' care practices are based on treating injuries, in referring patients and in notifying violence, and point to the need for guidance regarding the services that are available in the municipal care network. **Final considerations:** it is evidenced that the professionals ground their social representations about the assistance provided to women in situations of domestic violence on everyday elements and on normative and institutional practices. **Descriptors:** Health Personnel; Hospital Care; Women; Domestic Violence.

RESUMEN

Objetivo: comprender el contenido de las representaciones sociales de los profesionales sanitarios de urgencias sobre la asistencia a las mujeres en situación de violencia doméstica y discutir la práctica de atención a la salud de las mujeres en situación de violencia doméstica. **Método:** estudio cualitativo, guiado por el enfoque procedimental de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizado con 40 profesionales del servicio de urgencias de un hospital público, entre enero y mayo de 2023, previa aprobación del comité de ética. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y el procesamiento de datos por medio del *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** las prácticas asistenciales de los profesionales se basan en el tratamiento de lesiones, derivaciones y denuncias de violencia e indican la necesidad de orientación sobre los servicios disponibles en la red de atención del municipio. **Consideraciones finales:** es evidente que los profesionales anclan sus representaciones sociales sobre la atención a las mujeres en situación de violencia doméstica en elementos cotidianos y en prácticas normativas e institucionales. **Descriptor:** Personal de Salud; Atención Hospitalaria; Mujeres; Violencia Doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica compreende diversas ações violentas motivadas por desigualdades de gênero, englobando as formas física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, praticadas por alguém com relação de parentesco ou que tenha convivência com a mulher, independentemente de coabitação¹. As repercussões dessa violência podem comprometer seriamente a integridade física da mulher, evidenciadas em lesões faciais, torácicas, raquimedulares e traumatismos cranioencefálicos, que frequentemente demandam assistência hospitalar de urgência².

Autora correspondente: Jéssica dos Santos Simões. E-mail: jssimoes@uesc.br

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editor Associado: Antonio Marcos Tosoli Gomes

A violência de gênero possui destaque nas pautas de políticas públicas, um agravamento que pode trazer repercussões à saúde da mulher e seus familiares, que podem ser reversíveis ou irreversíveis, que está presente nas sociedades e em classes sociais distintas, e pode incluindo também a negligência³.

Historicamente, ao homem é destinada a tomada de decisões com relação à família. Dessa forma, papéis socialmente construídos com influência da cultura e religião trazem a concepção de que o homem mantém o poder sobre a mulher, com o direito de dominá-la e oprimi-la, violentando-a de diversas maneiras⁴.

Com o objetivo de contribuir para o enfrentamento deste agravamento foi criada no Brasil a Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, considerada um marco jurídico importante para a prevenção e enfrentamento da violência doméstica. A partir dessa lei, foram criados mecanismos legais para coibir os atos de violência doméstica contra mulher no Brasil¹.

Ao procurar atendimento para as lesões provenientes da violência, as mulheres podem não revelar aos profissionais que a agressão é a causa do estado de saúde apresentado⁵, sendo necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta para identificar uma situação de violência doméstica, além de realizar os encaminhamentos para que a mulher seja assistida em suas necessidades. O hospital, em especial o setor de urgência e emergência, é caracterizado pela rotina agitada e de grande demanda de pacientes, com profissionais que ali atuam vivenciando uma rotina de trabalho exaustiva⁶.

Além disso, a violência doméstica contra a mulher é sustentada por processos simbólicos e sociocognitivos que influenciam como esse fenômeno é percebido na sociedade. Representações culturais frequentemente associam a mulher à fragilidade, submissão e dependência, enquanto atribuem ao homem uma posição de autoridade e controle. Esses processos podem contribuir para a aceitação da violência, tornando-a invisível ou tolerável em diversos contextos, incluindo instituições. No campo da saúde, essas representações sociais podem afetar a maneira como os profissionais reconhecem, acolhem e encaminham as mulheres, destacando a necessidade de rever imaginários que culpabilizam a mulher e minimizam a gravidade da agressão².

Dessa forma, a assistência prestada pelos profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica, além da rotina de trabalho, é influenciada pelas suas crenças, valores, tradições sociais⁷, associados ao conhecimento científico adquiridos durante a vida profissional. Nesse contexto, a inquietação desse estudo foi embasada na seguinte questão norteadora: “Como profissionais de saúde representam a assistência às mulheres em situação de violência doméstica?”.

Assim, objetivou-se compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica e discutir a prática assistencial de saúde à mulher em situação de violência doméstica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici, foi escolhida como referencial norteador, pela compreensão que essa teoria possibilita uma apropriação do objeto de estudo, no intuito de melhor compreendê-lo. Para Moscovici, a complexidade da noção de representação social é de fácil compreensão, porém o seu conceito, não. Moscovici sempre foi relutante em expor um significado preciso das representações sociais por considerar que uma tentativa de definição poderia resultar na redução do seu alcance conceitual⁸.

A partir do conhecimento partilhado pelos profissionais de saúde e suas práticas assistenciais, é possível averiguar como o senso comum e as experiências se associam ao conhecimento científico e formam as representações sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica.

Dentre as abordagens da TRS, a abordagem processual foi escolhida para fundamentar este estudo, pois permite compreender os processos dinâmicos por meio dos quais as representações sociais são construídas, transformadas e compartilhadas pelos sujeitos em seus contextos sociais e profissionais⁹.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, fundamentado na TRS, com enfoque em sua abordagem processual, que seguiu as diretrizes do *Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A abordagem permitiu compreender como os profissionais de saúde representam a assistência às mulheres em situação de violência doméstica, integrando elementos subjetivos e normativos. Essa abordagem considera as representações sociais como o estudo dos processos que os indivíduos representam o mundo^{8,9}.

O estudo foi realizado em um hospital público regional de média e alta complexidade, localizado no sul da Bahia, Brasil. Os participantes foram 40 profissionais de saúde do setor de urgência e emergência, selecionados por

conveniência. Os critérios de inclusão consideraram profissionais com vínculo empregatício efetivo ou contratual e experiência prévia em atendimento a mulheres em situação de violência doméstica. Foram excluídos profissionais afastados por licenças ou férias no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada pela primeira autora mestranda em Ciências da Saúde e pela segunda autora Mestre em Enfermagem, ambas com experiência prévia em pesquisas qualitativas. A pesquisadora responsável não possuía vínculo prévio com os participantes e foi apresentada aos mesmos no momento da abordagem no hospital. Todas as explicações sobre os objetivos do estudo, relevância e metodologia foram fornecidas previamente, garantindo uma relação de confiança. O restante da equipe de pesquisa, composta por doutoras na área de enfermagem, participou do planejamento, análise e discussão dos resultados.

Os dados foram coletados presencialmente, entre janeiro e maio de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente em local reservado no hospital. Além disso, foi aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar o perfil dos participantes. A pesquisadora se apresentava no primeiro momento de contato com os profissionais, explicava os objetivos da pesquisa e que a participação se daria de forma voluntária, sendo garantidos o sigilo e anonimato. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas seguiram um roteiro estruturado em questões abertas que exploraram concepções, conhecimentos e práticas assistenciais relacionadas à violência doméstica. Todas as entrevistas foram gravadas, com duração média de dez minutos. A saturação dos dados foi alcançada na 35ª entrevista, todavia, mais cinco entrevistas foram realizadas para confirmar a saturação dos achados.

Os dados textuais foram processados pelo *software* IRAMUTEQ® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que se ancora no *software* R e permite diferentes análises estatísticas sobre o corpus textual tabelas, indivíduos e palavras¹⁰.

Nesse estudo, utilizou-se para tratamento dos dados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert, por permitir o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. Este método permite a obtenção de Segmentos de Texto (STs) que são agrupados em diferentes classes a partir da semelhança entre si. A associação do ST com cada classe é estabelecida pelo teste de qui-quadrado, quanto mais baixo o valor, menor é a associação¹⁰.

A partir do processamento o *software* ilustra a análise dos dados em um dendograma da CHD, que organiza as associações entre as classes e disponibiliza seus STs mais característicos¹⁰. O *corpus* foi processado pelo *software* em 58 segundos, posteriormente ao processamento sucedeu-se à etapa de análise dos resultados, com interpretação e discussão dos achados embasados na TRS.

O protocolo de pesquisa obedeceu às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa e seus objetivos, bem como da sua participação voluntária e garantia do sigilo e anonimato mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o objetivo de garantir o anonimato, as falas dos profissionais foram identificadas pela palavra Participante seguido por número de 1 a 40 referente à ordem das entrevistas e da categoria profissional.

RESULTADOS

Em estudo em representações sociais conhecer o grupo de pertença é fundamental. Assim, participaram do estudo 40 profissionais de saúde, destes, 29 eram do sexo feminino e 11 do sexo masculino; a faixa etária variou de 22 a 70 anos e 26 se autodeclararam de cor parda. Em relação à religião, 30 participantes se declararam católicos, nove protestantes e um declarou não ter religião. Quanto à situação conjugal, 24 eram casados/união estável, 10 solteiros, seis divorciados.

Com relação à categoria profissional, 15 eram enfermeiros, 11 técnicos em enfermagem, nove médicos, três fisioterapeutas e dois assistentes sociais. Entre os participantes, 26 profissionais informaram ter especialização, 13 não possuem pós-graduação e um participante informou que possui doutorado. No que concerne ao tempo de formação, 27 profissionais possuíam de 5 a 10 anos de formação. Apenas um participante referiu ter realizado curso de capacitação para assistir mulheres em situação de violência doméstica.

A partir da análise lexical do processamento dos dados, foram obtidos 279 STs. Destes 227 foram analisados, representando assim 81,36% de aproveitamento do material submetido. Assim, o *corpus* apresentou 1556 formas, com 9756 ocorrências e a lematização de palavras obteve um total de 1026 com 934 formas ativas e sete suplementares. A partir de matrizes cruzando STs e palavras a partir da semelhança dos seus conteúdos, aplicou-se o método da CHD, com obtenção de seis classes divididas em dois eixos temáticos.

A CHD gerada, no primeiro momento, apresentou o *corpus* textual dividido em dois subgrupos, denominados eixo A e eixo B. Para este estudo nos debruçamos na análise do eixo B conformado pelas classes 3 e 4 (Figura 1). A divisão das respectivas classes é formada por palavras a partir da sua frequência, bem como a indicação do grau de significância das palavras que possuem maior afinidade com a classe.

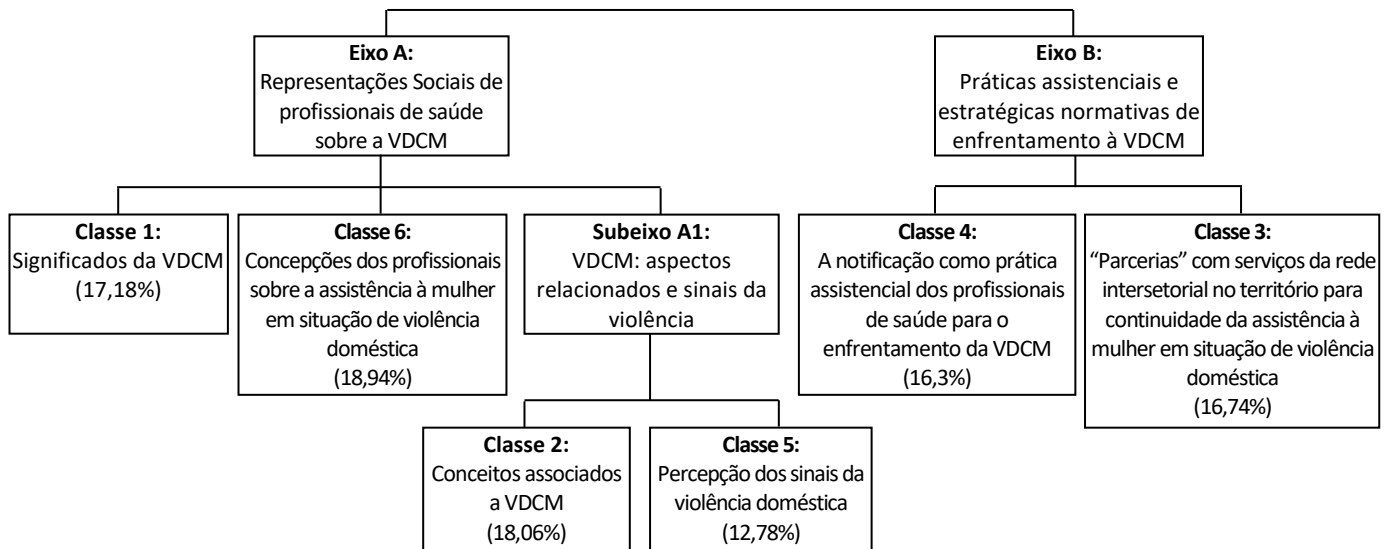


Figura 1: Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente. Itabuna, BA, Brasil, 2023.

O eixo B possibilitou compreender as práticas assistenciais e estratégias normativas de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher, a partir dos elementos que compõem a classe 3 ("Parcerias" com serviços da rede intersetorial no território para continuidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica) e a classe 4 (A notificação como prática assistencial dos profissionais de saúde para o enfrentamento da VDCM). As palavras ou termos que compuseram as classes 3 e 4 e que foram analisadas apresentaram Qui-quadrado (χ^2) que variou entre 140,20 e 20,91.

Eixo B: Práticas assistenciais e estratégias normativas de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher.

Os conteúdos reunidos no eixo B, apresentam a elaboração do pensamento relacionado à dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica, de modo que, traz elementos do pensamento prático dos profissionais através das suas condutas, atitudes e normas estabelecidas pelo serviço.

A análise do eixo evidenciou que os profissionais de saúde, durante a assistência à mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência, exercem uma importante função no enfrentamento e prevenção da VDCM pois, fornecem orientações e encaminhamentos para que a mulher se sinta acolhida nesse primeiro momento e fortalecida para buscar ajuda para os desdobramentos da situação de violência vivenciada.

Classe 3: "Parcerias" com serviços da rede intersetorial no território para continuidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica

A partir da análise da classe 3, as palavras mais significativas foram: parceria ($\chi^2 = 140.2$), serviço ($\chi^2 = 120.5$), encaminhar ($\chi^2 = 96.59$), possuir ($\chi^2 = 90.72$), delegacia da mulher ($\chi^2 = 90.72$), hospital ($\chi^2 = 44.44$), conhecer ($\chi^2 = 33.93$), local ($\chi^2 = 33.41$), CERPAT ($\chi^2 = 30.65$), entre outras.

Esses elementos indicam que frente às situações de violência os profissionais que integram a unidade buscam além de tratar as lesões provenientes da violência, encaminhar a mulher para outros serviços da rede intersetorial, o que pode ser constatado nos enxertos a seguir:

Eu encaminho a vítima para a Delegacia da Mulher caso ela queira registrar o boletim de ocorrência, tem a Casa de Acolhimento à Mulher e o CRAM [Centro de Referência de Atendimento à Mulher] que fica no centro da cidade, o hospital não possui parceria, mas o serviço social encaminha as mulheres que queiram para os serviços de proteção, aqui não tem muito o que fazer, somos um hospital, quando existe lesões, nós tratamos. (Participante 10, Assistente Social; Score: 629.94)

A depender da demanda da vítima, eu posso encaminhar para a Delegacia da Mulher se ela quiser denunciar, para o CRAM [Centro de Referência de Atendimento à Mulher], tem também o CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social], eu sempre encaminho para a Casa de Acolhimento à Mulher aqui da cidade, nos casos de violência sexual tem o CERPAT [Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento à HIV/Aids e Hepatites]. O município possui outros serviços como Centro de Referência em Saúde da Mulher, além de parcerias com serviços de assistência social, todos esses serviços da rede são articulados para receber a vítima de violência, é só o profissional que fez o atendimento encaminhar, aqui nós tratamos as feridas, se necessário, aciono a cirurgia. (Participante 13, Enfermeiro, Score: 549.96)

Eu faço curativos quando tem necessidade, oriento sempre que a vítima procure a Delegacia da Mulher caso ela queira denunciar, conheço a Ronda Maria da Penha da polícia militar que funciona muito bem no acompanhamento das vítimas aqui na cidade, quando a violência é bem nítida, nós acionamos a polícia militar, não tem muito o que ser feito no hospital (Participante 16, Técnico em Enfermagem; Score: 655.46)

Eu sempre encaminho para a Delegacia da Mulher, para o CERPAT [Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento à HIV/Aids e Hepatites] em casos de violência sexual, o nosso município deveria facilitar o acesso a assistência psicológica para as vítimas de violência, costumo encaminhar para unidade básica do bairro da vítima para que a enfermeira encaminhe para os serviços de psicologia, eu acho que a única parceria que o hospital possui é com o CERPAT para encaminhar vítimas de violência sexual. (Participante 18, Enfermeiro, Score: 549.96)

Pode-se observar, nas falas de alguns profissionais a necessidade de orientação do serviço sobre os locais da rede que prestam assistência às mulheres em situação de violência doméstica.

Acredito que o hospital possui parcerias, não sei com quais serviços, mas acredito que a parceria existe e o serviço social que encaminha, os coordenadores deveriam orientar toda equipe sobre esses serviços. (Participante 27, Técnico em Enfermagem; Score: 637.15)

Não conheço serviços para encaminhar a vítima de violência doméstica, também não sei se o hospital possui parceria com serviços de acolhimento à vítima, mas se não possui deveria começar a estabelecer essas parcerias e nos orientar até para o profissional encaminhar com mais segurança. (Participante 31, Médico, Score: 556.49)

Classe 4 - A notificação como prática assistencial dos profissionais de saúde para o enfrentamento da VDCM

A classe 4 foi constituída pelas principais expressões: ficha de notificação ($x^2 = 84.33$), conhecer ($x^2 = 71.66$), notificar ($x^2 = 36.37$), hospital ($x^2 = 33.34$), núcleo de vigilância hospitalar ($x^2 = 26.25$), preencher ($x^2 = 25.51$), técnicos em enfermagem ($x^2 = 20.91$), entre outras.

Os achados do estudo nessa classe evidenciam que as práticas assistenciais dos profissionais de saúde apresentaram um papel importante para a identificação e combate à VDCM a partir do preenchimento da ficha de notificação, como pode-se verificar nos relatos:

A ficha de notificação é importante para fornecer informações para acabar com a violência contra mulher, eu conheci a ficha em um estágio e eu sempre informo ao enfermeiro para preencher quando eu sei que a mulher é uma vítima da violência, é uma das minhas primeiras condutas. (Participante 7, Técnico em Enfermagem; Score: 421.92)

Aqui nós notificamos os casos de violência doméstica, eu não tenho muito acesso à ficha aqui no hospital, geralmente quem notifica é o pessoal do Núcleo de Vigilância Hospitalar, eu sei que hoje qualquer profissional pode notificar, mas eu sou técnico em enfermagem, quando tenho conhecimento de algum caso, eu aviso a minha enfermeira para notificar ou avisar a vigilância do hospital, eu sei que a notificação é uma forma de ajudar a combater a violência. (Participante 12, Técnico em Enfermagem; Score: 288.48)

Eu conheço a ficha de notificação compulsória para notificar a violência doméstica, sempre realizo o preenchimento quando sei que a mulher foi vítima de uma violência, eu sei que é uma ferramenta importante para combater a violência. Aqui no hospital o preenchimento é de responsabilidade da equipe multiprofissional, pode ser preenchida pelo enfermeiro, pelo médico, pelo assistente social, pelo técnico em enfermagem ou os membros do Núcleo de Vigilância Hospitalar. (Participante 13, Enfermeiro; Score: 370.31)

Aqui a gente sempre notifica, é uma das primeiras coisas que fazemos quando temos conhecimento que se trata de violência, é uma forma de ajudar a vítima na garantia dos direitos. O hospital sempre faz o levantamento das investigações e sempre notificamos. Nas reuniões do Estado nosso hospital é elogiado como uma das unidades que mais notifica violência doméstica, aqui na maioria das vezes quem notifica é o Núcleo de Vigilância Hospitalar, mas qualquer profissional pode notificar, a emergência identifica o caso e passa para vigilância hospitalar. (Participante 29, Enfermeiro; Score: 291.04)

Entretanto, mesmo sendo uma obrigação ética e legal do profissional de saúde, alguns participantes relataram não conhecer a ficha de notificação ou terem dúvidas relacionadas ao profissional que realiza o preenchimento do impresso na unidade hospitalar, como observado nas falas:

Sei que existe a ficha de notificação compulsória para casos de violência doméstica, nunca parei para ler, nem peguei na ficha, mas sei que tem aqui no hospital porque tem uma enfermeira que passa todos os dias perguntando se tem

algum caso de violência, eu sei que essa ficha é importante, mas essa parte é mais voltada para enfermagem, eu acho que só a enfermeira pode preencher. (Participante 6, Fisioterapeuta; Score: 316.24)

Aqui no hospital, a única ficha que eu conheço é a ficha utilizada na liberação das medicações pós-exposição ao HIV [vírus da imunodeficiência humana adquirida], não fui apresentada à ficha de notificação, não sei se tem essa ficha aqui no hospital, caso tenha deve ficar na responsabilidade do Núcleo de Vigilância Hospitalar. (Participante 12, Técnico em Enfermagem; Score: 288.48)

Não conheço a ficha de notificação, se existe essa ficha aqui no hospital ninguém nunca me mostrou, não sei a importância dessa ficha. (Participante 27, Técnico em Enfermagem; Score: 370.78)

Eu não conheço a ficha de notificação, desde que trabalho aqui nunca me passaram sobre essa ficha, trabalhei em outro hospital como técnico em enfermagem por mais de 20 anos e também nunca teve essa ficha. (Participante 30, Enfermeiro; Score: 352.90)

A ficha de notificação é de extrema importância para o combate e prevenção da violência, ajuda na proteção da vítima, eu nunca vi aqui, mas eu sei que é obrigatório em todo hospital, não sei quem preenche, talvez seja o enfermeiro da triagem que faz o acolhimento quando a mulher chega. (Participante 34; Assistente Social; Score: 299.68)

A partir dos relatos dos participantes observou-se que os profissionais possuem a necessidade de mais conhecimento sobre a notificação compulsória da VDCM, além disso, os profissionais precisam sentir-se apoiados e sensibilizados para identificar e notificar situações suspeitas ou confirmadas de VDCM.

DISCUSSÃO

Para os participantes desse estudo, os conteúdos das representações sociais sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica estão direcionados ao tratamento das lesões físicas, às ações de encaminhamento para os serviços da rede e à notificação da violência o que demonstra a dimensão prática da representação.

A prática dos profissionais de saúde é importante para identificar os possíveis casos de violência doméstica entre as mulheres que procuram atendimento no serviço. Apesar da magnitude da VDCM, não há relatos dos profissionais que participaram desse estudo sobre estratégias de prevenção à violência, apenas cuidados à mulher que sofreu alguma forma de agressão¹¹.

Esse fato pode ser atribuído à rotina intensa de trabalho dos profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, em virtude da superlotação de pacientes nas unidades, déficit na infraestrutura, além de situações estressoras e subdimensionamento inadequado de profissionais⁶.

Observa-se em um dos relatos que durante a assistência, são tratadas apenas as lesões físicas causadas pela violência doméstica, corroborando com os achados de outro estudo que relata a assistência no pronto-socorro à mulher que sofreu violência como um atendimento que deve priorizar o tratamento das lesões com a implementação de cuidados restritos à resolução dos traumas¹².

Nessa direção, os participantes, a partir do processo de trabalho, orientam e encaminham as mulheres em situação de violência doméstica para os serviços de proteção da rede ao qual têm conhecimento. Os profissionais referem que as intervenções realizadas durante o atendimento de urgência não são suficientes para que a mulher supere a violência doméstica e o encaminhamento para outros serviços é necessário para a continuidade da assistência.

As concepções de parte dos profissionais sobre a rede de atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica estão relacionadas com a articulação de um amplo conjunto de serviços de caráter intersetorial. Dentre esses serviços existem as Secretarias de Saúde, Unidades Básicas, Secretaria de Assistência Social, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e Casas de Apoio¹³.

Dessa forma, a articulação entre os serviços da rede de assistência à mulher em situação de violência precisa ser mediada pela comunicação e contato com os profissionais de forma coletiva, incluindo as definições institucionais sobre os papéis que cada serviço pode desempenhar durante a assistência¹³.

Nesse sentido, um estudo realizado com agentes comunitários de saúde revelou que esses profissionais constroem suas representações sobre a violência doméstica com base nas formas de violência, nos vínculos afetivos e nos contextos sociais e familiares das mulheres, o que fortalece sua atuação na prevenção, identificação e encaminhamento dos casos. Tais representações sociais orientam condutas práticas e refletem a importância do elo entre território, acolhimento e atuação intersetorial¹⁴.

Essa perspectiva evidencia que o cuidado à mulher em situação de violência não deve se limitar à resolução imediata das lesões físicas, mas requer uma abordagem integral que leve em conta os sentidos atribuídos à violência, as condições sociais envolvidas e o acesso a uma rede efetiva de proteção.

Além disso, é possível notar na fala dos profissionais que alguns encaminhamentos são realizados a partir do desejo da mulher em realizar a denúncia ou procurar ajuda. Um estudo realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciou que a assistência dos profissionais é orientada pela vontade da mulher e nas situações em que a mulher não queira denunciar ou opte por desistir da denúncia, os profissionais consideram sua atividade encerrada¹¹.

Ainda que vinculada à autonomia da mulher, essa conduta pode refletir representações sociais que deslocam a violência para o âmbito privado, enfraquecendo a responsabilização institucional. Concepções tradicionais de poder masculino continuam a legitimar comportamentos agressivos, fazendo com que a violência doméstica seja tratada como um problema íntimo, e não como violação de direitos¹⁵.

Verifica-se que alguns profissionais não conhecem os serviços da rede no município para encaminhar a mulher que vivenciou a violência, o que requer a necessidade de capacitar e sensibilizar toda equipe multidisciplinar para prestar uma assistência adequada às mulheres em situação de violência, não limitando o atendimento ao tratamento das lesões físicas, sem os encaminhamentos necessários à situação apresentada¹².

Diante disso, as unidades de saúde são essenciais para a identificação da VDCM por apresentarem em tese, uma assistência e cuidado com as mulheres, podendo identificar e notificar o evento antes que ocorram consequências mais graves. Mesmo com a rotina agitada dos serviços de saúde, os profissionais envolvidos na assistência precisam estar em alerta para notificar a suspeita ou casos confirmados de violência¹⁶.

No entanto, quando a violência é compreendida apenas por seus sinais físicos, como lesões visíveis, sua detecção se torna limitada¹⁷. Representações sociais centradas na violência física dificultam o reconhecimento de formas mais sutis, como a violência psicológica, negligenciando sinais importantes e atrasando o cuidado adequado.

Essa limitação no reconhecimento das diversas formas de violência reforça a importância da notificação como instrumento de visibilidade e enfrentamento. Nesse contexto, desde 2003, a Lei 10.778 traz a obrigatoriedade da notificação compulsória da violência doméstica e reafirma a relevância dos registros na assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres que adentram os serviços públicos e privados de saúde mediante essa problemática complexa¹⁸. Além disso, os profissionais de saúde devem notificar a violência independente do consentimento da mulher ou seus familiares¹⁹.

A partir do preenchimento da ficha de notificação são coletados dados que contribuem para a compreensão da violência e elaboração de políticas públicas de prevenção e enfrentamento deste fenômeno. O presente estudo mostrou que os participantes reconhecem a notificação como um recurso para a proteção e garantia dos direitos das mulheres que vivenciam a violência.

Entretanto, também se observa que alguns profissionais desconhecem a VDCM como agravo de notificação compulsória, não conhecem a ficha de notificação, possuem dúvidas quanto ao preenchimento ou qual profissional deve notificar, o que contribui para a subnotificação da VDCM. Além disso, há que se reconhecer que existe o medo do profissional de sofrer represálias por parte do agressor que pode levar à ausência de preenchimento da ficha de notificação²⁰.

Diante disso, a subnotificação parece contribuir para a relativa invisibilidade da VDCM, portanto, é necessário que sejam realizados treinamentos e capacitações durante o curso técnico e graduação, além de atividades de educação permanente em saúde para o aperfeiçoamento da prática dos profissionais de saúde²¹.

Nesse contexto, um estudo realizado na Turquia também discute sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atuar com mulheres que vivenciaram a violência doméstica, evidenciando que os profissionais possuem dificuldade para notificar os casos e realizar os encaminhamentos necessários²².

No Brasil, essa fragilidade também aparece nas representações sociais das próprias mulheres, que associam a assistência institucional, especialmente a policial, a experiências de medo, insegurança e constrangimento. Tais percepções expõem falhas estruturais dos serviços, que nem sempre acolhem suas vivências ou necessidades, indicando a urgência de revisar as práticas e relações no cuidado²³.

Essa realidade também se reflete nas práticas assistenciais observadas no presente estudo. A partir dos elementos representacionais, verifica-se que em suas práticas assistenciais parte dos profissionais não conhecem a ficha de notificação e, apesar de entenderem a necessidade de encaminhar a mulher para um serviço de proteção, também desconhecem os serviços disponíveis da rede no município.

A partir dessas práticas, torna-se possível compreender como determinadas representações sociais operam na organização do cuidado. À luz da TRS, as ações dos profissionais descritas neste estudo são sustentadas por representações que atribuem sentido e legitimidade ao modo como a violência doméstica contra a mulher é reconhecida e enfrentada nos serviços de saúde.

Nesse contexto, as representações sociais dos profissionais não apenas moldam suas percepções sobre a violência doméstica, mas também influenciam diretamente as formas de intervenção adotadas nos serviços de saúde. A valorização do encaminhamento como resposta principal, a centralização do cuidado nas manifestações físicas da violência e a pouca familiaridade com a notificação compulsória revelam modos de pensar que naturalizam práticas fragmentadas e desarticuladas da rede. Esse imaginário coletivo reforça uma lógica de atuação que, embora bem-intencionada, tende a minimizar a complexidade do fenômeno e a invisibilizar outras dimensões da violência, como a psicológica, emocional e institucional.

Limitações do estudo

A rotina intensa e imprevisível do setor de urgência e emergência, marcada por alta demanda e sobrecarga de trabalho, limitou a disponibilidade dos profissionais para participar da pesquisa, o que pode influenciar em um potencial viés de seleção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais ancoram suas representações sociais sobre a assistência a mulher em situação de violência doméstica em elementos do cotidiano e em práticas normativas e institucionais. No contexto do estudo apresentado, as representações são influenciadas por valores sociais, experiências pessoais e o conhecimento profissional adquirido ao longo de suas trajetórias.

Verifica-se que os profissionais entendem que o atendimento fornecido na unidade hospitalar não é suficiente para que a mulher supere a situação de violência vivenciada e condicionam a assistência ao desejo da mulher em prosseguir com o atendimento ou encaminhamento.

No entanto, a falta de conhecimento por parte da equipe com relação à rede de serviços e ao preenchimento da ficha de notificação resulta em consequências negativas como a subnotificação da VDCM na unidade. Com base no conteúdo representacional apreendido, verifica-se a necessidade de debates entre a equipe multiprofissional e capacitações sobre a assistência à mulher que vivencia a violência para aprimorar estratégias para a identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (Br). Lei Maria da Penha. Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2006 [cited 2023 Mar 08]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.
2. Sousa, MR, Cunha, GIM, Sousa, MRS, Silva, Nascimento, IMS, Gonçalves, FR. Traumas in women victims of violence: an analysis in Recife-PE. Nursing, 2020 [cited 2023 Mar 08]; 23(269):4703–6. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>.
3. Stöckl H, Sardinha L, Maheu-Giroux M, Meyer S, García-Moreno C. Physical, sexual and psychological intimate partner violence and non-partner sexual violence against women and girls: a systematic review protocol for producing global, regional and country estimates. BMJ Open. 2021 [cited 2023 Apr 5]; 11(8):e045574. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045574>.
4. Souza TMC, Martins TF. Vivências de policiais de uma DEAM no Sudoeste Goiano. Fractal: Rev Psicol. 2021 [cited 2023 Mar 15]; 33(1):21–30. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v33i1/5776>.
5. Teixeira JMS, Paiva SP. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. Physis. 2021 [cited 2023 Mar 12]; 31(2):e310214. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>.
6. Altenbernd B, Macedo MK. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. Psicol Conoc Soc. 2020 [cited 2023 Mar 12]; 10(1):9–32. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.1>.
7. Machineski GG. O significado da atenção à mulher vítima de violência doméstica no contexto da atenção primária à saúde. Saúde Debate. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 47(139):931–40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313915>.
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p.17–44.
10. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACDMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. Rev Esc Enferm USP. 2018 [cited 2023 Mar 12]; 52:e03353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.
11. Silva CD, Mota MS, Acosta DF, Ribeiro JP. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. Rev Baiana Saúde Púb. 2020 [cited 2023 Mar 8]; 44(4):160–73. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n4.a2796>.
12. Bakon S, Taylor A, Meyer S, Scott M. The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence part 1: an integrative review. Emerg Nurse. 2019 [cited 2023 Mar 8]; 27(6):19–25. DOI: <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1950>.
13. Aguiar JM, Schraiber LB, Pereira S, Gragli CGV, Kalichmana BD, Reis MS, et al. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. Saúde Soc. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 32(1):e220266pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220266pt>.

14. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Lira MOSC, Rodrigues VP, Vilela ABA. Conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Contrib Cienc Soc*. 2023 [cited 2025 Apr 16]; 16(9):13964–81. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.9-008>.
15. Richter TT, Silva TMG. Representações sociais da violência contra mulheres em práticas de cuidado dos profissionais da saúde. *Rev Cesumar Cienc Humanas Sociais Apl*. 2023 [cited 2025 Apr 16]; 25(1):1–15. Available from: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/12148/7570>.
16. Leite FMC, Santos, DF, Ribeiro LA, Tavares FL, Correa ES, Ribeiro LEP, et al. Analysis of cases of interpersonal violence against women. *Acta Paul Enferm*. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 36(1):eAPE001811. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO001811>.
17. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto-Contexto Enferm*. 2013 [cited 2025 Apr 18]; 22(3):778–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300027>.
18. Presidência da República (Br). Lei de Notificação Compulsória. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília (DF): Casa Civil; 2003 [cited 2023 Mar 08]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm.
19. Presidência da República (Br). Altera a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Lei no 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Brasília (DF): Casa Civil; 2019 [cited 2023 Mar 08]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm.
20. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Boery RNSO, Rodrigues VP, Vilela ABA. Female community health agents' structure of social thinking about domestic violence against women. *Cien Saude Colet*. 2023 [cited 2023 Dec 10]; 28(6):1663–73. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.14592022EN>.
21. Leite AC, Fontanella BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019 [cited 2023 Apr 24]; 14(41):2059. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059).
22. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 [cited 2023 Apr 24]; 20(96):e96. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000288>.
23. Gomes ICR, Lira MOSC, Rodrigues VP, Vilela ABA. Representações sociais de mulheres em relação à assistência policial prestada nas situações vivenciadas de violência doméstica. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2020 [cited 2025 Apr 19]; (39):100-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39657>.

Contribuições dos autores

Concepção, J.S.S. e V.P.R.; metodologia, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. e V.P.R.; software, J.S.S. e J.C.M.; validação, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. e V.P.R.; análise formal, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. e V.P.R.; investigação, J.S.S. e M.R.A.B.F.; obtenção de recursos, J.S.S.; curadoria de dados, J.S.S.; redação, J.S.S.; revisão e edição, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. e V.P.R.; visualização, J.S.S., M.R.A.B.F., C.S.S.S., A.B.A.V., J.C.M. e V.P.R.; supervisão, V.P.R.; administração do projeto, J.S.S. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “Assistência de profissionais de saúde a mulheres em situação de violência: Estudo de Representações Sociais”.