

5.2 Manuscrito 2

Práticas assistenciais de profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica: Estudo de Representações Sociais

Care practices of health professionals for women in situations of domestic violence: Study of Social Representations

Resumo

Objetivos: Compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica; e, discutir a prática assistencial de profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica.

Método: Estudo qualitativo realizado com 40 profissionais de saúde do setor de urgência e emergência de um hospital público do interior da Bahia, entre janeiro e maio de 2023. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, processadas no *software* IRAMUTEQ que geraram a Classificação Hierárquica Descendente.

Resultados: Evidencia-se que as práticas assistenciais dos profissionais de saúde são pautadas no tratamento das lesões, nos encaminhamentos e na notificação da violência doméstica e apontam a necessidade de orientação sobre os serviços disponíveis na rede de assistência à mulher no município.

Considerações Finais: Verifica-se a necessidade de debates entre a equipe multiprofissional e capacitações sobre a assistência à mulher que vivencia a violência para ampliar as estratégias de identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

Palavras-chave: assistência hospitalar; violência doméstica; mulheres; pessoal de saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the contents of the social representations of urgent and emergency health professionals regarding assistance to women in situations of domestic violence and discuss the assistance provided by health professionals to women in situations of domestic violence.

Method: Qualitative study carried out with 40 health professionals from the urgency and emergency sector of a public hospital in the interior of Bahia, between January and May 2023. Data were collected through a semi-structured interview, processed in the IRaMuTeQ software using the method Descending Hierarchical Classification.

Results: It is evident that the care practices of health professionals are based on the treatment of injuries, referrals and notification of VDCM, indicating the need for guidance on the women's care network services available in the municipality.

Conclusion: There is a need for debates between the multidisciplinary team and training on assistance to women who experience violence to outline strategies for identifying and confronting domestic violence against women.

Keywords: hospital care; domestic violence; women; health personnel.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher é considerada destaque nas pautas de políticas públicas, este agravo pode trazer repercussões à saúde da mulher e seus familiares que podem ser reversíveis ou irreversíveis. Esse agravo encontra-se presente nas sociedades e em classes sociais distintas, pode ser de natureza física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, incluindo também a negligência (Stöckl *et al.*, 2021).

Historicamente, ao homem é destinado à 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 maneiras (Souza; Martins, 2021).

Com o objetivo de contribuir para o enfrentamento deste agravo foi criada no Brasil a Lei nº 11.340 de 07 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 VDCM no Brasil (Brasil, 2006).

Dessa forma, a VDCM compreende diversas ações violentas baseadas no gênero, englobando as formas física, psicológica, sexual, moral e patrimonial, praticada por alguém com relação de parentesco ou que tenha convivência com a mulher independente de coabitação (Brasil, 2006).

As repercussões da violência na vida da mulher podem colocar em risco a sua integridade física por conta das lesões sofridas que se caracterizam por fraturas, hematomas, sangramentos graves, edemas, queimaduras extensas, traumatismo cranioencefálico (TCE), além de outros traumas que, por vezes, representam risco à vida da mulher e necessitam de assistência hospitalar imediata (Albuquerque Netto *et al.*, 2018).

Ao procurar atendimento para as lesões provenientes da violência, as mulheres geralmente não revelam aos profissionais que a agressão é a causa do estado de saúde apresentado, portanto, é necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta para identificar uma situação de violência doméstica, além de realizar

os encaminhamentos para que a mulher se sinta assistida em suas necessidades (Acosta *et al.*, 2018; Oliveira; Zocche; Rohden, 2018).

O hospital, em especial o setor de urgência e emergência, é caracterizado pela rotina agitada e grande demanda de pacientes. Os profissionais que atuam nesses setores, vivenciam uma rotina de trabalho exaustiva (Altenbernd; Macedo, 2020). Nesse contexto, ao procurar atendimento para as lesões provenientes da violência, as mulheres geralmente não revelam aos profissionais que a agressão é a causa do estado de saúde apresentado, portanto, é necessário que a equipe multiprofissional esteja atenta para identificar uma situação de violência doméstica. (Acosta *et al.*, 2018; Oliveira; Zocche; Rohden, 2018).

Dessa forma, a assistência prestada pelos profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica, para além da rotina de trabalho, é influenciada pelas suas crenças, preconceitos, aspectos emocionais e pessoais, associados ao conhecimento científico adquiridos durante a vida profissional (Acosta *et al.*, 2018). Sendo assim, esse estudo foi embasado na Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici, alicerçado na abordagem processual, pois busca apontar por meio das representações elementos que perpassam a prática assistencial destes.

A inquietação desse estudo foi embasada na seguinte questão norteadora: Como profissionais de saúde representam a assistência à mulher 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 à mulher em situação de violência doméstica; e, discutir a assistência prestada por profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa fundamentada na TRS através de sua abordagem processual, a qual colabora para o entendimento dos significados do objeto de estudo para o grupo de pertença, como também das interações sociais e dos sentidos construídos pelos sujeitos. Essa vertente considera as representações sociais como o estudo dos processos que os indivíduos representam o mundo (Moscovici, 2015; Jodelet, 2001).

A coleta de dados foi realizada em um hospital público regional de média e alta complexidade localizado no sul da Bahia. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que atuam no setor de urgência e emergência. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, após reunião com a coordenação geral e ocorreu da seguinte forma: os profissionais foram abordados no setor e eram convidados a participar, sendo apresentados ao projeto, esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa, métodos, sua relevância e os objetivos, sendo informados sobre a participação de forma livre e voluntária, além do caráter confidencial do estudo.

Após o contato inicial e conforme aceite, os profissionais de saúde foram orientados a ler e assinar em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e guardar para si uma cópia do termo. Os 40 participantes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência com vínculo efetivo ou contrato que realizaram atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, não participaram do estudo os profissionais que estavam afastados das suas atividades no setor no setor por férias, licença sem vencimento e licença médica.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2023. Para levantamento da caracterização sociodemográfica aplicou-se um questionário estruturado contendo a caracterização dos participantes: idade, sexo, religião, situação conjugal, raça/cor autodeclarada, profissão, tempo de formação, pós-graduação e se já foi capacitado para assistir mulheres em situação de violência doméstica.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pela primeira autora, de forma individual, em um local reservado no hospital, seguindo roteiro com questões subjetivas que versavam sobre a identificação de situação de violência doméstica contra a mulher no setor, o que o profissional conhece sobre este agravo e como ocorre a assistência no setor à mulher que sofreu violência.

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um *smartphone* com duração média de 10 minutos. A saturação empírica dos dados ocorreu a partir da 35ª entrevista, assim, observou-se que não foram encontrados mais elementos para aprofundar a temática estudada, todavia, foram realizadas mais cinco entrevistas para garantir a percepção dessa saturação.

As 40 entrevistas foram transcritas com supressão dos questionamentos da pesquisadora e originou o *corpus* constituído pelas entrevistas unificadas, separadas por linha de comando em arquivo *OpenOffice*. Para análise lexicográfica utilizou-se o *software* gratuito 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 palavras (Souza *et al.*, 2018).

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 associação (Souza *et al.*, 2018).

A partir dessas análises o *software* ilustra a análise dos dados em um dendograma da CHD, que organiza as associações entre as classes e disponibiliza seus STs mais característicos (Souza *et al.*, 2018). O *corpus* foi processado pelo *software* em 58 segundos, posteriormente ao processamento sucedeu-se à etapa de interpretação e análise dos resultados, com interpretação e discussão dos achados embasados na TRS.

A partir da análise lexical do *software* IRAMUTEQ 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, 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 pesquisa é um recorte de dissertação de mestrado intitulada *Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais e obedeceu às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB conforme CAAE 59897822.9.0000.0055 e parecer consubstanciado 5.695.262/2022.*

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.

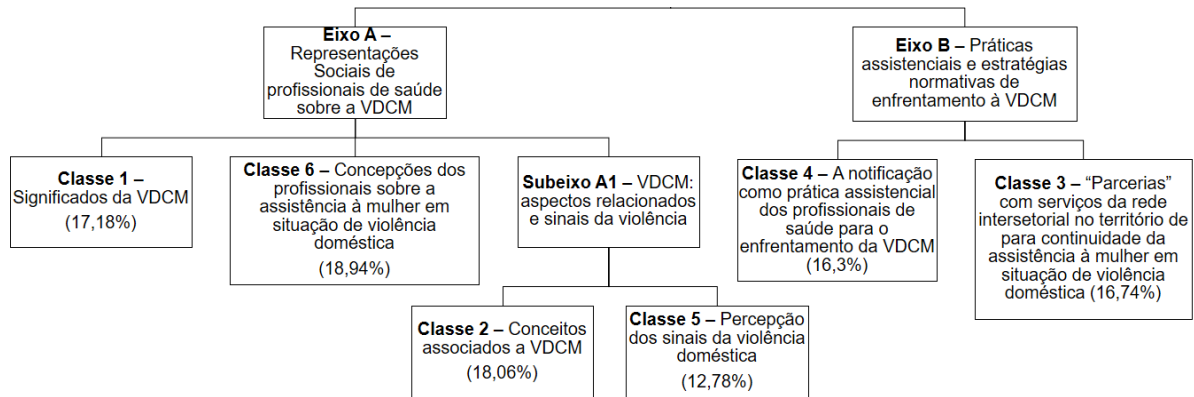
3 RESULTADOS

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 CHD gerada pelo software no primeiro momento, apresentou o *corpus* textual dividido em dois subgrupos (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 na categoria, 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 CHD. Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.



Fonte: dados da pesquisa, adaptado a partir da CHD gerada pelo IRAMUTEQ, 2023.

O eixo B foi o organizador da categoria de análise nomeada de 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).

Categoria analítica – 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 supere a situação de violência vivenciada.

Subcategoria 1 – “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 ($x^2 = 140.2$), serviço ($x^2 = 120.5$), encaminhar ($x^2 = 96.59$), possuir ($x^2 = 90.72$), delegacia da mulher ($x^2 = 90.72$), hospital ($x^2 = 44.44$), conhecer ($x^2 = 33.93$), local ($x^2 = 33.41$), CERPAT ($x^2 = 30.65$), 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).

Subcategoria 2 - 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.

4 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 agressão (Silva *et al.*, 2020).

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 profissionais (Altenbernd; Macedo, 2020).

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 outros estudos que referem 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 traumas (Bakon *et al.*, 2019).

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 Apoio (Aguiar *et al.*, 2023).

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 assistência (Aguiar *et al.*, 2023).

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 encerrada (Silva *et al.*, 2020).

Todavia, 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 apresentada (Bakon *et al.*, 2019).

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 violência (Leite *et al.*, 2023).

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 complexa (Brasil, 2003). Além disso, os profissionais de saúde devem notificar a violência independente do consentimento da mulher ou seus familiares (Brasil, 2019).

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 pode levar à ausência de preenchimento da ficha de notificação (Machado *et al.*, 2023).

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 saúde (Leite; Fontanella, 2019).

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 necessários (Taskiran; Ozsahin; Edirne, 2019).

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. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de treinamento dos profissionais com relação a importância da notificação e ao conhecimento dos serviços da rede de enfrentamento a violência para garantir os direitos das mulheres que buscam a unidade de urgência e emergência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto, conclui-se que os profissionais trazem no seu pensamento social que a assistência à mulher em situação de violência está ligada às práticas assistenciais relacionadas ao tratamento das lesões físicas, à notificação da VDCM e aos encaminhamentos para outros serviços da rede de assistência à mulher em situação de violência doméstica.

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 VDCM.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sergio Corrêa; FONSECA, Adriana Dora da. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, jan./dez. 2018.

Aguiar, Janaina Marques De; Schraiber, Lilia Blima; Pereira, Stephanie; Gragli, Cecilia Guida Vieira; Kalichmana, Beatriz Diniz; Reis, Marina Silva Dos; Lima,

Nayara Portilho; Azeredo, Yuri Nishijima; D'oliveira, Ana Flávia Pires Lucas. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.32, n.1, p. 1-12, jan./mar. 2023.

ALBUQUERQUE-NETTO, Leônidas; PEREIRA, Eric Rosa; TAVARES, Joyce Martins Arimatea Branco; FERREIRA, Dennis de Carvalho; BROCA, Priscilla Valladares. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, Minas Gerais, v. 22, p. 1-8, fev./out. 2018.

ALTENBERND, Bibiana; MACEDO, Mônica Kother. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 10, n. 1, p. 9-32, jun. 2020.

BAKON, Shannon; TAYLOR, Annabel; MEYER, Silke; SCOTT, Marcos. The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: part 1. An integrative review. **Emergency Nurse**, United Kingdom, v. 27, n.6, p. 19-25, nov./dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003**: Lei de Notificação Compulsória, 2003. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**: 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha**: Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 - Coíbe a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2006.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n. 41, p. 1-12, fev. 2019.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa; SANTOS, Dherik Fraga; RIBEIRO, Luiza Albina; TAVARES, Fábio Lúcio; CORREA, Evelylym Souza; RIBEIRO, Luiza Eduarda Portes; PEDROSO, Márcia Regina de Oliveira. Análise dos casos de violência interpessoal contra mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.36, n. 1, p.1-8, jan./dez., 2023.

MACHADO, Juliana Costa; SANTOS, Charles Souza; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; RODRIGUES, Vanda Palmarella;

VILELA, Alba Benemerita Alves. Estrutura de pensamento social de agentes comunitárias de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1663-1673, jun. 2023.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em Psicologia Social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

OLIVEIRA, Maíra Cássia Borges de; ZOCHE, Denise Antunes De Azambuja.; ROHDEN, Jéssica. Atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica em um serviço de urgência e emergência. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v.21, n.3, p.43-48, fev. 2018.

SILVA, Camila Daiane; MOTA, Marina Soares; ACOSTA, Daniele Ferreira; RIBEIRO, Juliane Portella. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 44, n. 4, p. 160-173, out./dez. 2020.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha; WALL, Marilene Loewen; THULER, Andrea Cristina de Moraes Chaves; LOWEN, Ingrid Margareth Voth; PERES, Aida Maris. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, abr./fev. 2018.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; MARTINS, Thaís Ferreira. Vivências de policiais de uma DEAM no Sudoeste Goiano. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 21-30, jan./abr. 2021.

STÖCKL, Heidi; SARDINHA, Lynnmarie; MAHEU-GIROUX, Mathieu; MEYER, Sarah; GARCÍA-MORENO, Claudia. 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**, United Kingdom, v.11, n.8, p. 1-6, Aug. 2021.

TASKIRAN, Aysegul Catak; OZSAHIN, Aysun, EDIRNE, Tamer. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. **Primary Health Care Research & Development**, United Kingdom, v. 20, n.e96, p.1-6, jun. 2019.