



ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO**Cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica na visão de profissionais de atenção básica**

Care of women victims of domestic violence in the view of basic care professionals

La atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica en la visión de los profesionales de atención primaria

Diovana Macêdo da Mata , Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima 

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina, Brasil

**RESUMO**

O artigo analisa a percepção de profissionais da atenção básica sobre a violência doméstica e o manejo das práticas de cuidado. Caracteriza-se como uma investigação de delineamento qualitativo, exploratório-descritivo, desenvolvida através de roteiros semiestruturados, com um informante-chave e sete profissionais de saúde. Os dados foram analisados por meio da técnica temática ajustada e abordagem ético-política. Observou-se que a percepção dos profissionais em relação à violência doméstica transita da visão patriarcal, representada pela condição feminina de subalternidade e tabu, para a produção de sofrimento e emoções aflitivas, especialmente, o medo. Profissionais revelam dificuldades para lidar com as situações que se apresentam. Concluiu-se que a realidade impõe fronteiras epistemológicas e estruturais, ao manejo da violência doméstica no território, que acabam inviabilizando a produção de estratégias de ancoragem humanística.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica.**Histórico do Artigo**

Recebido	06 Outubro 2021
Aprovado	21 Março 2022

**Correspondência**

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima  
Rua Cavalo Marinho nº 50, casa 3  
Campeche, CEP: 88066-137  
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.  
E-mail: rita.lima@univali.br

**Como citar**

Mata DM, Lima RCGS. Cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica na visão de profissionais de atenção básica. Rev. Saúde Col. UEFS 2022; 12(1): e-7358.



## INTRODUÇÃO

A violência, enquanto fenômeno de saúde pública, pode ser pensada a partir de uma perspectiva histórica. Enquanto um fenômeno dinâmico e complexo, que segue a história humana, cuja origem e desenvolvimento está na vida em sociedade, a violência acompanha a humanidade no curso de seu desenvolvimento histórico. Pois, em cada sociedade específica de um determinado tempo histórico, o fenômeno é deflagrado de forma peculiar e atravessado por problemas de ordem política, econômica, moral, institucional, relacional, do direito, da psicologia, e individual<sup>1</sup>.

Desde 2003, muitos estudos passaram a referenciar a violência como temática da saúde. O interesse de pesquisadores foi impulsionado pela 1º Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, editado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002<sup>2</sup>. De homicídios à desumanidade expressa no plano físico, emocional, verbal, psicológico e cultural, a violência atravessa contextos domésticos, profissionais, anônimos, governamentais, estatais, ecológicos, étnicos e raciais, de múltiplas formas: assassinato, submissão a práticas sexuais forçadas, coerção à pornografia, isolamento social imposto, intimidação à assédio sexual e moral, proibição do uso de serviços de saúde, cárcere privado, abandono, espancamento, constrangimento moral, entre outras<sup>3,4,5,6,7,8</sup>.

Em que pese ser uma questão de múltiplas ordens, difundida pela literatura acadêmica como temática da saúde, a partir de 2003, a inserção do fenômeno violência em agenda específica tem início na década de 1970, quando as relações humanas começam a ser problematizadas, especialmente a partir, não de teorias universais ou totalizantes, mas da “analítica do poder” proposta por Michel Foucault, no período 1972-1978, que “coloca o corpo como o campo de investimento de múltiplas relações de poder [...] de um poder que não é concentrado no Estado ou nas instituições, mas distribuído de maneira difusa no corpo social”<sup>9,192</sup>. Na década seguinte, a violência passou a ser tratada como violação dos direitos humanos, por organizações não governamentais<sup>3</sup> e movimentos feministas, como uma forma de denúncia frente à ausência de órgãos especializados para assistir às vítimas e ausência de instrumentos legais sobre o tema<sup>3,4</sup>.

Nos anos de 1990, o fenômeno da violência como uma questão do setor saúde ganhou visibilidade na Assembleia Mundial de Saúde (AMS) da OMS, realizada em 1996. A Resolução WHA49.25, adotada pela 49ª AMS, considerou a violência um problema mundial de saúde pública, abrindo um chamado aos países membros sobre seus efeitos a médio e longo prazo, no setor dos serviços de saúde. Naquela década, o Brasil começou a desenvolver alguns programas pilotos com vistas ao treinamento da força de trabalho em saúde para identificar abusos e buscar respostas ao fenômeno de violência doméstica<sup>10</sup>.

Existem, pelo menos, quatro tipos de violência que se relacionam com saúde: de gênero, contra mulheres, doméstica

e intrafamiliar. Segundo a socióloga Heleieth Saffioti<sup>11:130</sup>, violência de gênero é um conceito mais genérico, englobando mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. Em certa medida, violência contra mulheres, doméstica e intrafamiliar são violências de gênero. No formato contra mulheres, inclui mulheres de qualquer idade e exclui homens. Na modalidade doméstica, recai sobre vítimas não-parentes consanguíneos ou afins. Sendo que, a versão intrafamiliar limita-se a parentes consanguíneos ou por afinidade, ou seja, incide unicamente “sobre membros da família nuclear ou extensa, não se restringindo, portanto, ao território físico do domicílio”.

Na representação do feminicídio, expressão utilizada para denominar, de modo geral, a morte violenta pela condição de ser mulher<sup>7</sup>, o Brasil ocupava, em 2015, a 5ª posição no ranking mundial nessa forma de violência, segundo dados do Mapa da Violência, da Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>12</sup>. Esse mapa foi lançado em Brasília, pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), com o apoio da ONU Mulheres, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos<sup>13</sup>.

No plano legal, a Lei Maria da Penha é o instrumento que garante um maior rigor à punição para agressões contra a mulher em ambiente doméstico e familiar. Em seu art. 1º, apresenta mecanismos para reprimir essa modalidade contextual de violência, dispondo, ainda, sobre a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar e sobre medidas assistenciais e protetivas às mulheres em situação de violência doméstica e familiar<sup>14</sup>.

No plano do direito à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a modalidade de atenção básica à saúde do SUS que dispõe do papel fundamental de qualificar, expandir e consolidar a situação de saúde das pessoas e coletividades. Uma das ferramentas da programação das ações da ESF é o mapeamento e a notificação das situações de violência do território<sup>15</sup>.

Finalmente, no plano institucional, o Ministério da Saúde estabeleceu a Vigilância Contínua, por meio da ampliação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>16</sup>. A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 dispôs o caráter compulsório às notificações de violência doméstica, sexual e outras violências, para todos os serviços nacionais de saúde, públicos ou privados<sup>17</sup>. Três anos depois, a Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014, dispôs como imediata a notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio (em até 24 horas)<sup>18</sup>. Em 2017, foi a vez da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, classificar como situações de notificação compulsória: situações suspeitas ou confirmadas de “Violência doméstica e/ou outras violências” e de notificação imediata situações de “Violência sexual e tentativa de suicídio”. Situações suspeitas e confirmadas passaram a abarcar, na ficha de notificação, homens e mulheres em todos os ciclos de vida (doméstica/intrafamiliar/sexual/

provocada; tráfico de pessoas/trabalho escravo/trabalho infantil; e intervenção legal/torturas/violências homofóbicas). No contexto extrafamiliar/comunitário, a notificação passou a ser exigida para situações de violência contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT<sup>19</sup>. Em 2019, a Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019 determinou a obrigatoriedade de comunicação de suspeita ou confirmação de violência contra mulheres à autoridade policial<sup>20</sup>.

Miura et al.<sup>21</sup> realizaram uma revisão sistemática para identificar os modos como as expressões VD e VI são utilizadas em artigos online, publicados no periódico *Psicologia & Sociedade*. Com base nos 46 artigos selecionados, observaram que: a) VD assume o mesmo sentido em todos os artigos: refere-se à “violência de gênero e contra a mulher”; b) várias publicações discutem o assunto por meio Lei Maria da Penha, como categoria teórica; c) um dos trabalhos defende a necessidade de uso de outra expressão para fazer referência à VD contra a mulher, no momento da denúncia, pois violência contra crianças e adolescentes também é uma forma de VD; d) alguns trabalhos apontam para a importância de se alargar “o significado da violência contra a mulher para além da dicotomia homem-agressor/mulher-vítima”; e) no contexto de crianças e adolescentes, a expressão VD aparece mais vezes; f) em se tratando de violência contra idosos, na especificidade das relações familiares abusivas, prevalece o uso de VI; g) em relação à violência sexual, VD e VI têm registros somente nas referências; h) em outros contextos, os autores elegeram a expressão VD e; i) por fim, somente um texto utilizou como referência um documento público antigo, de 2002, para relacionar “VD ao ambiente doméstico”.

Neste artigo, identifica-se e discute-se a percepção de profissionais de saúde da ESF sobre violência doméstica e o modo como esses profissionais têm lidado com a questão da violência, nas práticas do cuidado. Foi realizada, com profissionais de uma unidade básica de saúde (UBS) de Itajaí, município-polo da região de saúde da Foz do Rio Itajaí, de Santa Catarina. Os dados foram sistematizados por meio da análise temática ajustada e interpretados por uma abordagem ético-política, inspirada no método humanístico de análise de realidades desenvolvido por Antonio Gramsci, que se realiza no diálogo entre a historicidade do objeto e suas tendências contraditórias<sup>22</sup>.

## METODOLOGIA

É um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, desenvolvido com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde de Itajaí, SC. O projeto foi concluído, em novembro de 2019, e, em seguida, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí. Foi aprovado em 7 de abril de 2020, sob o n. 3.958.562, CAAE 25545119.0.0000.0120, mas por questões contingenciais vinculadas à pandemia, solicitou-se uma emenda visando à mudança do instrumento e a inserção

de uma informante-chave envolvida com atividade essencial e, portanto, com sua mobilidade inalterada pela pandemia. A emenda foi aprovada em 8 de setembro de 2020, com parecer de n. 4.262.916 e CAAE 25545119.0.0000.0120.

O primeiro momento de desenvolvimento da metodologia consistiu em solicitar à informante-chave a relação dos profissionais de saúde da respectiva Unidade de Atenção Básica (UBS), tanto os que atuavam diretamente nas equipes de ESF como no(a) da recepção e o(a) coordenador(a) da UBS. A relação do quadro de profissionais foi enviada pela informante-chave por meio *online*, via plataforma WhatsApp. De posse dessa relação, procedeu-se ao sorteio aleatório de uma equipe e respectivos profissionais. Elegeram-se, para o estudo 9 pessoas: 1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem, 1 dentista, e 3 agentes comunitários (que corresponde a 50% do total de agentes em uma equipe da Estratégia Saúde da Família), recepcionista e coordenador da UBS. Optou-se por uma única equipe em função das mudanças conjunturais geradas nos serviços pelo plano de contingenciamento para a COVID-19.

Na sequência, redesenhou-se a estratégia de convite aos participantes. Em função da impossibilidade de realizá-los de modo presencial, solicitou-se à informante-chave o envio dos números de WhatsApp dos profissionais que haviam sido eleitos para o estudo, bem como da recepcionista e coordenador.

De posse dos números, os convites foram realizados de modo *online*, via plataforma WhatsApp. No contato, os convidados conheceram a proposta e foram informados sobre os procedimentos de coleta e sobre a necessidade de firmarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aceitos os convites, contactou-se novamente a informante-chave para lhe solicitar a coleta das assinaturas dos TCLE, na UBS.

A coleta de dados foi *online*, realizada por áudio, com base em dois roteiros de perguntas semiestruturadas que foram enviados a cada participante por meio da plataforma WhatsApp, no formato *print*, para serem respondidos individualmente, na mesma plataforma. Dos 9 convidados, 7 participaram do estudo e 2 não deram retorno à comunicação. Após a coleta, os áudios foram transcritos e organizados para fins de procedimentos de análise.

O método de análise foi de conteúdo de tipo temático ajustado. A técnica de conteúdo do tipo temática sofreu um ajuste inicial, uma vez que o estudo não previu o uso de frequência com que as expressões de sentidos aparecem, mas a valorização do conteúdo manifesto. Sete momentos classificatórios organizaram o material<sup>23</sup>, conforme segue, sob a condução da abordagem ético-política:

- Exploração detalhada do material: este momento permitiu a certificação de que o conteúdo bruto era representativo e pertinente para responder os objetivos.
- Contaminação pelo material: várias leituras intensas e extensas foram realizadas, de modo livre, desprovidas de qualquer forma de análise e/ou interpretação;

- Seleção das unidades: nesta etapa, fez-se a seleção das unidades de registro, isto é, das unidades com significância (palavras, expressões e/ou frases) e das unidades de contexto (extratos mais amplos, nos quais estão as unidades de registro).
- Codificação e agrupamento de códigos: uma vez selecionadas as unidades, procedeu-se à codificação. As unidades foram codificadas com base em critério semântico e os códigos foram agrupados por analogia;
- Exploração transversal do material: neste último momento, tomou-se distância da codificação e fez-se a leitura transversal das transcrições, para verificar se alguma pergunta havia sido respondida em outros lugares do instrumento.
- Produção de sentidos: esse momento foi realizado através do entrelaçamento dos eixos instrumental (codificação), reflexivo e teórico.
- Interpretação dos sentidos para fins de categorização: com base no estilo de pensamento das pesquisadoras sobre o tema e da abordagem ético-política fez-se a interpretação dos sentidos e, em um esforço de síntese criou-se a categoria do estudo: **Violência doméstica como dissolução da aquarela da vida nas vozes de profissionais da atenção básica.**

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Optou-se por apresentar os resultados em interlocução com o referencial teórico e bagagem empírica, avançando de uma caracterização do município do estudo para o esforço de aprofundar a discussão analiticamente por meio da categoria **Violência doméstica como dissolução da aquarela da vida nas vozes de profissionais da atenção básica**, com base na abordagem ético-política de análise da realidade.

Itajaí, SC, município do estudo, tem aproximadamente 225 mil habitantes e possui o segundo maior PIB do estado de Santa Catarina. Conta com cinquenta e quatro equipes de Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 32 UBS, 3 Centros de Atenção Psicossocial, 2 Unidades de Pronto Atendimento, 9 centros de referências especializados, 1 Unidade de Acolhimento Provisório de Animais, uma Farmácia Municipal, 1 Laboratório Municipal, 1 unidade de SAMU, um Consultório na Rua, um ambulatório no Presídio Regional Feminino e um Centro de Referência Pós-Covid. A UBS campo da pesquisa situa-se em um bairro com uma população aproximada de 37.000 habitantes, composto por três grandes territórios. Nesta UBS atuam 3 equipes de ESF, 1 equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 1 pediatra que dão cobertura para uma população de cerca de 10.000 habitantes.

O bairro possui população heterogênea, com diferentes níveis socioeconômicos, e tem a UBS como primeira porta de entrada em serviços de saúde, incluindo consultas, acolhimento, vacinação, promoção de saúde, entre outras atividades. A UBS

está localizada entre uma escola municipal e uma creche. Nas proximidades, há também três creches particulares, uma escola estadual, cinco mercados e sete igrejas. O total de usuários cadastrados no território dessa UBS é de 8.825, distribuídos em 3.583 domicílios. Todos os domicílios estão localizados em áreas urbanas, 97% deles têm eletricidade e 87% não têm tratamento de água.

### **Violência doméstica como dissolução da aquarela da vida nas vozes de profissionais da atenção básica**

O roteiro de perguntas foi aberto com o questionamento sobre o que os profissionais da ESF pensam sobre violência doméstica. A respeito dessa questão, responderam:

[...] é um absurdo, mas muitas mulheres aceitam esse momento, que o homem judie delas [...] (E1).

Eu penso que é um ato desumano [...] quando uma mulher apanha ou é agredida com palavras pelo companheiro ou por outra pessoa da família” (E2).

[...] uma situação na família muito triste (E3).

[...] é um tipo de violência que ocorre no ciclo familiar [...] (E5).

[...] é um pouco tabu, assim, pra algumas pessoas, por conta do medo, né. A gente vê toda hora mulheres morrendo, sendo assassinadas por conta da violência do marido, então é um assunto super presente (E7).

Questionados(as) sobre violência doméstica, quatro participantes respondem com base em uma das suas especificidades – violência doméstica contra a mulher – adjetivando-a como absurdo, ato desumano, tabu, super presente. E6 e E4 vão mais longe, quando expressam que a violência doméstica é fruto da motivação de alguém que pensa deter “[...] a posse sobre a vida e as escolhas da mulher [...] (E6)”, “[...] não é porque o homem tem mais força que ele tem esse direito, e isso é muito instituído, é muito estrutural (E4)”.

O uso do termo “posse” remonta à visão de patriarcado, a mais antiga forma de dominação-exploração<sup>25</sup>.

Na família patriarcal, o homem é visto como “chefe de família” tendo direito sobre a vida e as escolhas da mulher, aquele que entende que por ter mais força é melhor para a mulher. E a mulher é vista (e se vê, muitas vezes) em condição subalterna.

No Brasil, filho de um sistema patriarcal e escravocrata, marcado por múltiplas formas de desigualdade, a violência contra a mulher foi historicamente determinada como violência de gênero. Talvez por isso, três participantes disseram perceber violência doméstica como violência contra a mulher. A obra “Vida precária: os poderes do luto e da violência”, da filósofa Judith Butler, publicada em inglês, em 2004, e recentemente traduzida para o português, traz reflexões contundentes sobre a necessidade de “nos esforçarmos para produzir outra cultura pública e outra política nas quais sofrer violência [...] não seja algo aceito como norma de vida política”<sup>26:12</sup>. Em suas palavras:<sup>26:46</sup>

O corpo implica mortalidade, vulnerabilidade, agência: a pele e a carne nos expõem ao olhar dos outros, mas também ao toque e à violência, e os corpos também ameaçam nos transformar na agência e no instrumento de tudo isso. Embora lutemos por direitos sobre nossos próprios corpos, os próprios corpos pelos quais lutamos não são apenas nossos. O corpo tem sua dimensão invariavelmente pública. Constituído como um fenômeno social na esfera pública, meu corpo é e não é meu.

E4 qualificou a violência como “[...] um tema muito velado [...] a gente acaba não tendo muito como atingir, tem o medo das mulheres em conversar conosco [...] é muito difícil de trabalhar isso [...]”.

O modo como E4 qualifica a violência parece justificar que a dificuldade para manejar o tema nas práticas cotidianas reside no seu caráter duplamente velado: velado *per se* e pela presença da emoção medo. Essa forma de perceber a questão exige reflexão, pois, não raramente, as situações percebidas no processo de trabalho da ESF como mais difíceis são as demasiadamente humanas: não estão em cartilhas, manuais, campanhas, protocolos, cadernos, e portarias, mas nas relações estabelecidas entre o Eu e o Outro de nós, geradas por interações e associações, a partir de intercâmbios engendrados no cotidiano do trabalho<sup>27</sup>, onde tem-se a chance de realizar valores humanísticos e não somente valores instrumentais para alcançar metas, impostos pela gestão.

A realização de valores humanísticos seria uma possibilidade de investimento na emoção medo, por parte dos profissionais. Da mesma forma que o patriarcado, esta emoção acompanha a cotidianidade da vida humana desde os ancestrais humanos e talvez tenha representado a maior ferramenta preventiva da ascendência humana frente aos perigos. No entanto, E4 se sente inseguro para “trabalhar isso”.

A percepção de E4 reabre a histórica discussão preservada em alguns núcleos de resistência de Saúde Coletiva, sobre a importância de o psicólogo (social) generalista ser parte não do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mas da equipe mínima da ESF, visando à atenção contínua e longitudinal de saúde e de doenças primárias, em perspectiva ampliada. O centro dessas discussões reside na indagação sobre o modo como se dá o diálogo entre a tradicional Psicologia da Saúde e a Psicologia Social, na formação.

As graduações em psicologia ensinam saúde e sociedade ou formam através da interlocução entre saúde e sociedade? A formação em psicologia, no Brasil, apenas lida com o conhecimento ou lida com o conhecimento em cenários orgânicos?<sup>28</sup> Discernir sobre essas questões é fundamental para se pensar o(a) psicólogo requerido para compor a equipe mínima da ESF. Na mesma medida, se reveste de importância a reflexão sobre o modo como a formação em Psicologia compreende e defende saúde e sociedade no contemporâneo: se determinada socialmente, se fatiada, ou como ausência de doença.

Se os constituintes de 1988 tivessem considerado o conceito de saúde expresso coletivamente, em 1986, pela VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>29</sup> – saúde como socialmente determinada –, que no contemporâneo se traduziria em uma forma de manifestação de enfrentamento à vida, de resistência aos vendavais que os processos de viver impõe à condição humana; saúde como “capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença”<sup>30:96</sup>, muito provavelmente a relação de forças teria sido favorável para a inserção natural do(a) psicólogo na equipe mínima.

No entanto, saúde foi interpretada pelos constituintes de 1988 (Art. 196) como “[...] redução do risco de doença e de outros agravos”<sup>31</sup>. Somando-se o paradigma biomédico a essa interpretação, observa-se que o problema já parte da origem do SUS e da hegemonia da lógica que reconhece saúde não em sua inteireza, mas em suas especificidades: saúde bucal, saúde mental e assim por diante. Essa lógica simplista parece ter reduzido a Psicologia Social a duas funções: de cuidar da saúde mental como ausência de doença/transtorno/sofrimento mental; e de apoiar as equipes de ESF na resolução de questões referentes à saúde mental. A primeira é concretizada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), objeto da atenção secundária do SUS, responsável, segundo o Ministério da Saúde, pelo cuidado de pessoas “com sofrimento e transtorno mental grave e persistente”<sup>32</sup>. A segunda função é executada pelo NASF, por meio do apoio matricial em saúde mental, também objeto da atenção secundária do SUS, cabendo registrar que todas as especialidades descritas no Código Brasileiro de Ocupações – CBO/saúde (20 especialidades) podem fazer parte desse Núcleo de Apoio e os gestores locais têm autonomia para escolher se implantarão NASF em seus municípios e, em caso afirmativo, quais profissionais farão parte. Ou seja, para ser inserido no NASF, o psicólogo concorre com 19 especialistas de outras áreas<sup>18</sup>.

Ao estar intimamente ligada ao tema da violência nos territórios, essa realidade gera questionamentos como, por exemplo, a percepção de E4 sobre violência, já referida: “[...] é muito difícil de trabalhar isso [...]”.

Quem deve cuidar de mulheres vítimas de violência doméstica num território sem NASF ou sem psicólogo, no NASF? A vítima deve ser referenciada pela ESF para um CAPS? Já que o CAPS cuida “do sofrimento” e transtorno mental?<sup>32</sup> Segundo a Política Nacional de Atenção Básica<sup>15</sup>, a “redução de [...] sofrimentos que possam comprometer” a autonomia das pessoas é função do processo de trabalho da atenção básica. Do mesmo modo, o acolhimento como tecnologia de cuidado. No entanto, a fala de E4 sinaliza que não basta instituir competência e tecnologia de cuidado sem que haja formação prévia dos profissionais da equipe. Torna-se necessário trilhar o caminho das pedras que, neste caso, poderia ser o renascimento da filosofia prática do Programa Educação pelo Trabalho para Saúde, o conhecido PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (MEC), em 2008<sup>33</sup>. Mas, nessa conjuntura adversa,

o governo, seus ministérios e Congresso se voltariam para isso? Recentemente, uma Sugestão Legislativa, a 32/2018, foi proposta ao Senado Federal por uma cidadã. Intitulada “Inclusão de psicólogos nas equipes mínimas de Saúde da Família”, a sugestão conseguiu apoio de mais de 20 mil internautas, mas foi rejeitada<sup>34</sup>.

No âmbito das graduações em medicina, enfermagem e odontologia, por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais representaram um avanço, mas a estrada é longa. Pois, embora recomendem, desde 2001, a reorientação da formação nessas três áreas, ao dispor a formação generalista, reflexiva, crítica e humanística para os três cursos, ainda impera na formação o determinismo cartesiano, impulsionado pela força de formar para o mercado de trabalho. E, aqui, outra indagação: de que mercado de trabalho se fala, nesse contexto recessivo de 2020, onde as ilusões da classe média se transformaram em realidade empobrecida?

Ao perceberem a violência doméstica como “[...] uma situação na família muito triste (E3)” e “[...] um tipo de violência que ocorre no ciclo familiar [...]” (E5), as entrevistadas contextualizam a violência doméstica, fazendo uso das expressões “na família” e “ciclo familiar”, no sentido de acontecer no seio da família. Se assim entendido, o(a) participante está expondo um problema conceitual, ainda vigente, referente à violência doméstica e violência intrafamiliar.

As expressões “violência doméstica (VD)” e “violência intrafamiliar (VI)” aparecem com diferentes entendimentos na literatura e em documentos do arcabouço jurídico-institucional.

A Lei Maria da Penha utiliza “violência doméstica e familiar contra a mulher” para designar como doméstica a violência que acontece no “espaço de convívio permanente de pessoas [...] na unidade doméstica, com ou sem vínculo familiar”, e para designar como familiar a violência que acontece no âmbito da família, compreendida como “a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”<sup>14</sup>.

Para E7 violência doméstica “[...] é um pouco tabu, assim, pra algumas pessoas, por conta do medo [...]”.

Na acepção freudiana, o termo tabu, de origem polinésia, carrega um sentido de algo inacessível, “ininteligível para nós [...] inabordável, sendo principalmente expresso em proibições e restrições [...] que se impõem por sua própria conta”<sup>35:38</sup> [os tabus são destituídos] de motivo [...] misteriosos em sua origem. Nessa lógica e considerando o raciocínio do(a) participante manifestado depois de dizer “é um pouco tabu”, é possível inferir que o medo seja o agente bloqueador simbólico, a interdição, que sustenta a não violação do tabu (violência doméstica), o que conduziria a uma “desgraça insuportável”<sup>35:46</sup>.

Em relação ao que pensam sobre o cuidado das vítimas de violência doméstica no território da ESF, participantes expressaram:

[...] tentamos minimizar os riscos [...] as perdas [...] os traumas (E4).

[...] precisa haver um acolhimento [...] rede de apoio (E5).

[...] pessoas adstritas às áreas [...] devem ser acolhidas sem distinção (E6).

O cuidado integral do ser humano requer a criação e execução de medidas promotoras e preventivas capazes de serem impulsionadas pela educação permanente, com a necessária clarificação de direitos e prerrogativas das mulheres vitimizadas. Na mesma medida, deve-se reforçar que toda mulher tem direitos fundamentais conquistados, independentemente de variáveis, bem como direitos inerentes à pessoa humana. Não há cuidado sem relação de cuidado interativa entre o cuidador e a pessoa cuidada. O vínculo interativo, por sua vez, exige confiança.

Tais estudos embasam a necessidade de Redes de Apoio às vítimas, que atendam às necessidades individuais e que incorporem novos modos de funcionalidade, possibilitando um fluxo interativo entre os serviços prestados, buscando soluções que melhor se adequem a cada situação, tendo como finalidade o acolhimento, a minimização de traumas e a garantia de que as mulheres cuidadas terão a proteção necessária e a preservação de suas identidades.

Quando indagados(as) sobre como lidam com usuáries vítimas de violência, nos serviços de ESF, e sobre o que deveria ser feito na organização do território para melhorar a atenção a vítima de VD, entrevistadas revelaram:

[...] a gente tenta [...] fazê-la entender o processo e que não é culpa dela [...] o que deu mais resultado foi a gente meio que dá uma prensa nele [...] também é usuário da unidade (E4).

[...] falar, falar, falar, falar, e esgotar assunto. Quanto mais se fala mais você faz com que as pessoas criem forças para pedir ajuda [...] me ofereço para ajudar, mas ela me pede pelo amor de Deus para não falar [...] (E7).

Se organizar por territórios ou em áreas, como acontece com a Saúde da Família, e [...] ter regionais que possam gerenciar número X de equipes, [que] devem interligar e gerir uma rede de assistência para cada área, essa rede de assistência pode ser formada pela saúde [...] assistência social [...] educação [...] polícia [...] judiciário [...] conselhos tutelar e do idoso. Essa rede Regional tem que ter uma comunicação facilitada e protocolos (E5).

Primeiramente a capacitação dos profissionais [...] as ACS devem ser importantes aliadas [...] pois o acompanhamento domiciliar dos casais conflituosos pode ser uma importante estratégia de formação de vínculo e redução de danos. A equipe precisa oferecer orientações individualizadas e suporte para que a pessoa em situação de violência possa ter melhor compreensão do processo, analisar os caminhos para o enfrentamento e tomar uma decisão (E6).

A questão do manejo das situações de violência e da organização efetiva do território foi bem explorada, na pesquisa. Os(as) entrevistados(as) entendem que se trata de

um tema intersetorial muito importante para um profissional da saúde, sabem sobre a necessidade de tirar a vítima do sofrimento, sabem também da importância fundamental do diálogo, sugerem interessantes estratégias de gestão, porém não sabem como ajudar a nível de equipe, em âmbito estrutural, nem como fazer uma ponte para que essas pessoas venham a ter uma vida sem violência. Motivos pelos quais acham necessário capacitações, são: rede de apoio; criação de protocolo a ser seguido pelos profissionais de saúde que os oriente na identificação dos tipos de violência, no modo adequado para acolher e orientar a vítima para que ela se sinta segura; e, em como executar os primeiros cuidados humanizados na abordagem inicial quando há a suspeita de violência doméstica.

Ao aqui chegar, no fechamento do debate ético-político desenvolvido na relação com os dados, emerge como sugestão para estudo futuro o mapeamento das bases da Psicologia Social para analisá-las em interlocução com os atributos recomendados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos envolvidos com a execução das ações individuais e coletivas da ESF: medicina, enfermagem (permanentes) e odontologia (opcional). Parece que sem essa fundamentação, pode-se formar técnicos habilidosos e tecnicamente responsáveis para a ESF, mas com lacuna de formação humana, de fortalecimento enquanto humano para cuidar de questões demasiadamente humanas nos serviços de ESF.

## CONSIDERAÇÕES

O artigo analisa a percepção de profissionais da ESF sobre violência doméstica e sobre as práticas de cuidado no contexto do território de atuação, por meio da categoria “Violência doméstica como dissolução da aquarela da vida”.

Os sentidos compartilhados entre os profissionais, analisados no trabalho, sinalizaram que a violência doméstica, no Brasil, guarda associação com a visão patriarcal e a condição feminina de subalternidade, sendo um produto das múltiplas formas de desigualdade; é violência de gênero e aparece com diferentes desdobramentos na literatura e documentos jurídico-institucionais, juntamente com a violência intra-familiar; gera sofrimento e medo, enquanto uma emoção que aflige a vítima e o profissional que acolhe, como narrativa testemunhal que fica com o profissional.

O diálogo com os dados reforça que o tema está intimamente ligado aos territórios de ESF, mas os profissionais não se sentem balizados para um manejo adequado das situações que se apresentam. Sentem falta de capacitações, redes de apoio, ações intersetoriais. Expressam, no interdito, a necessidade de a equipe mínima da ESF contar com psicólogo (social) generalista ou, minimamente, com formação de base em Psicologia Social, ao mesmo tempo que demonstram entender a importância de uma equipe interprofissional bem conectada, com a finalidade de auxiliar nos atendimentos as vítimas, visando a uma conduta na atenção à saúde mais resolutiva.

Por fim, a relação com os dados sinalizou que a realidade impõe fronteiras epistemológicas e estruturais ao manejo da violência doméstica pela equipe de ESF que acaba inviabilizando a produção de tecnologias específicas para o cuidado de mulheres vítimas de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 2010; 10(suppl 1):7-18.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R (editores). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2008; 42(3):591-595.
4. Silva JF, Copetti FV, Borges ZN. Uma discussão sobre os direitos humanos e a violência de gênero na 72 sociedade contemporânea. *Revista Sociais e Humanas* 2009; 22(2):97-111.
5. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016; 25(3):451-454.
6. Melo ACM, Garcia, LP. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: Diferenças entre sexos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(1):1333-1341.
7. Gomes IS. Feminicídios: um longo debate. *Rev. Estud. Fem.* 2018; 26(2):e39651.
8. Minayo MCS, Souza ER, Silva, MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):2007-2016.
9. Sales J. O corpo na analítica do poder de Michel Foucault. *Poliética* 2019; 7(2):191-217.
10. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women [Internet]. *Population Reports* 1999; 27(4): 1-43. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/287170875\\_Population\\_reports\\_Ending\\_violence\\_against\\_women](https://www.researchgate.net/publication/287170875_Population_reports_Ending_violence_against_women).
11. Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cad. pagu* 2001; (16):115-136.
12. Poder Judiciário de Santa Catarina. Violência contra a mulher aumenta em Santa Catarina e deixa a rede de apoio em alerta [Internet]. 2019. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: <https://www.tjsc.jus.br/web/imprensa/-/violencia-contra-a-mulher-aumenta-em-santa-catarina-e-deixa-a-rede-de-apoio-em-alerta-parte-1?> [2020 out 10]
13. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Mapa da violência sobre homicídio de mulheres [Internet]. 2015. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mapa-da-violencia-sobre-homicidios-de-mulheres-sera-lancado-em-brasilia-nesta-segunda-9-as-10h/>.

14. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...] dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal [...] [Internet]. [acesso em 7 jun 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm).
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2436/GM/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) [Internet]. [acesso em 18 out 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
16. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. 2019. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 1271, de 6 de junho de 2014 [Internet]. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt127\\_06\\_06\\_2014.html#:~:text=Define%20a%20Lista%20Nacional%20de,anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=Art.,-1%C2%BA%20Esta%20Portaria](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt127_06_06_2014.html#:~:text=Define%20a%20Lista%20Nacional%20de,anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias.&text=Art.,-1%C2%BA%20Esta%20Portaria).
19. Ministério da Saúde (BR). Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html).
20. Ministério da Saúde (BR). Brasil. Portaria n. 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 [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm).
21. Miura PO, Silva ACS, Pedrosa MMMP, Costa ML, Nobre Filho JN. Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. *Psicol. Soc.* 2018; 30:1-13.
22. Manacorda M. Antonio Gramsci. L'alternativa pedagógica. Roma: Editori Riuniti; 2012.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: HUCITEC; 2013.
24. Itajaí (SC). Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí [Internet]. [acesso em 11 ago 2021]. Disponível em: <https://itajai.sc.gov.br/e/secretaria-saude>.
25. Andrade J El-J. O feminismo marxista e a demanda pela socialização do trabalho doméstico e do cuidado com as crianças. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* 2015; 18:265-300.
26. Butler J. Vida precária: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica; 2019.
27. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. *Rev. Bras. Enferm.* 2009; 62(4): 627-631.
28. Novoa A. Firmar a posição como professor, afirmar a profissão docente. *Cad. Pesqui.* 2017; 47(166):1106-1133.
29. Ministério da Saúde (BR). Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) [Internet]. 1986. [acesso em 18 nov 2020]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).
30. Possebon AF. Hegemonia, Cidadania e Comunicação: uma análise do Jornal Sem Terra. [Mestrado Dissertação - Universidade Estadual Paulista]. Bauru: UEP; 2011.
31. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008 [Internet]. Brasília: Senado Federal, 2016. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
32. Ministério da Saúde (BR). Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [Internet]. 2017. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps>.
33. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html).
34. Agência Senado (BR). Atividade Legislativa. Sugestão nº 32, de 2018 [Internet]. [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/134133>.



---

35. Freud S. Totem e Tabu. E outros trabalhos. Volume XIII (1913-1914). Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1969.

---

## ABSTRACT

The article analyzes the perception of professionals of a Primary Health Care in Itajaí, SC, about domestic violence and the management of care practices. It is characterized as a design investigation, exploratory-descriptive study, developed through semi-structured scripts, with one key informant and seven health professionals. The data were analyzed using the adjusted thematic technique and an ethical-political approach. It was observed that the professionals' perception of domestic violence moves from the patriarchal view, to a female condition of subordination and taboo to the production of suffering and distressing emotions, especially fear. Professionals reveal difficulties in dealing with the situations that arise. It was concluded that reality imposes epistemological and structural boundaries on the management of domestic violence, which end up making the production of humanistic anchoring strategies unfeasible.

**Keywords:** Domestic Violence; Family Health Strategy; Primary Health Care.

## RESUMEN

El artículo analiza la percepción de los profesionales de atención primaria sobre la violencia doméstica y la gestión de las prácticas de cuidado. Se caracteriza por ser una investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, desarrollada a través de guiones semiestructurados, con un informante clave y siete profesionales de la salud. Los datos fueron analizados utilizando la técnica temática ajustada y el enfoque ético-político. Se observó que la percepción de los profesionales sobre la violencia doméstica pasa de una visión patriarcal a la condición femenina de subordinación y tabú a la producción de sufrimiento y emociones angustiosas, especialmente el miedo. Los profesionales revelan dificultades para afrontar las situaciones que se presentan. Se concluyó que la realidad impone límites epistemológicos y estructurales al manejo de la violencia intrafamiliar en el territorio, que terminan haciendo inviable la producción de estrategias de anclaje humanista.

**Palabras clave:** Violencia doméstica; Estrategia de Salud de la Familia; Atención Básica.