



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Ana Paula Leme dos Santos**

**Violência contra as mulheres: percepções e atuações dos  
agentes comunitários de saúde frente à demanda.**

Dissertação apresentada à  
Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”,  
Câmpus de Botucatu, para  
obtenção do título de Mestre em  
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dinair Ferreira Machado

**Botucatu  
2025**

**ANA PAULA LEME DOS SANTOS**

**VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: PERCEPÇÕES E ATUAÇÕES  
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À DEMANDA.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Dinair Ferreira Machado.

Botucatu  
2025

S237v Santos, Ana Paula Leme  
Violência contra as mulheres : Percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde frente à demanda. / Ana Paula Leme Santos. -- , 2025  
74 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu,  
Orientadora: Dinair Ferreira Machado

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Violência contra as mulheres. I.  
Título.

**Ana Paula Leme dos Santos**

**Violência contra as mulheres: percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde frente à demanda.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca examinadora:

Prof(a). Dr(a). Dinair Ferreira Machado  
Universidade: UNESP

Prof(a). Dr(a). Margareth Aparecida Santini de Almeida  
Universidade: UNESP

Prof(a). Dr(a). Adriane das Neves Silva  
Universidade: FIOCRUZ

Data da Defesa: 24 / 02 / 2025.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as mulheres que foram silenciadas e a todas que esperam por escuta e acolhida, no enfrentamento de situações de violência.

Dedico a todos os profissionais de saúde que destinam sua escuta acolhedora as mulheres e suas demandas, em especial aos agentes comunitários de saúde, que no dia a dia de trabalho, conhecem, escutam e orientam mulheres a encontrar caminhos para enfrentar as situações de violência.

Dedico em especial à memória da Eliana, mulher, mãe, filha, amiga, comerciante em Itaporanga-SP, vítima de feminicídio, em 13 abril de 2024, mês que iniciei a coleta de dados.

Dedico a todas as mulheres que pesquisam violência contra as mulheres. Somos o grito daquelas que já se foram!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora, Dinair Ferreira Machado, que iniciou o percurso da minha pesquisa como co-orientadora e hoje é orientadora, pela disposição de me acolher e orientar com afeto e entusiasmo, pela disponibilidade de escuta e trocas, pela paciência, responsabilidade e leveza que conduz cada diálogo e cada solicitação. Seus olhar entusiasmado e seu riso sempre pronto me torna ainda mais corajosa na vida acadêmica.

Agradeço ao Psicanalista Marco Leite, que nos percursos das sessões de análise, através da escuta e desbravamento da vida através da psicanálise, me fez acreditar que era possível, que eu precisava me arriscar a tenebrosa proficiência em inglês e que eu também tinha lugar na admirada e sonhada UNESP. Que posso tornar os não em sim, naquilo que escolho viver.

Agradeço a minha família, meus pais e meu irmão, em especial minha mãe, que ao me ver pela primeira vez, como uma bonequinha rosada (segundo ela), pensou, eu vou estudar minha filha. Assim ela fez, não mediu esforços, com serviços rurais e faxina, conseguiu me graduar e depois disso eu tenho muita coragem para seguir buscando cada sonho acadêmico que desperta no meu coração. Mãe, deu certo!

Agradeço meu noivo, Henrique, por me ouvir falando repetidamente do sonho do mestrado, por me apoiar nos percursos, por compreender minhas ausências em função dos estudos, e por me mimar mesmo de longe, após semanas exaustivas entre trabalho e estudos. Sem tanto colo e apoio o percurso seria mais solitário e menos divertido.

Agradeço meus colegas de mestrado, em especial a Giovana, amiga que o mestrado me apresentou, minha companheira de almoços, pudins, trocas, desesperos e de eventos, ou melhor, minha casca de bala acadêmica, como brincamos.

Agradeço cada professor que fez parte do percurso, por viabilizar ensino com escutas, trocas, respeito e humildade. Pelas excelentes aulas ministradas, por todo

conhecimento compartilhado. Por transmitir uma formação para atuação e para a vida, pois compreender saúde coletiva não é apenas uma questão de técnica, é uma lente de mundo. Grata pela formação que transforma a ação.

Agradeço meus ex-colegas de trabalho no SUS, que hoje são amigos, pelo apoio e incentivo em cada passo do percurso. A Secretaria de Saúde de Itaporanga – SP e muitos de seus profissionais, por acolher minha pesquisa e não medir esforços para viabilizar tudo que foi preciso para a coleta de dados. Aos agentes comunitários de saúde que me receberam com prontidão e carinho, pela confiança em cada relato.

Agradeços aos meus pacientes, que sempre compreendem meus ajustes nos horários para conseguir conciliar a rotina de clínica e estudos, pelo apoio e incentivo.

Agradeço a banca examinadora, que aceitou conhecer minha pesquisa e participar do exame de qualificação, com disponibilidade de contribuir para a melhoria e avanço, tanto da pesquisa, como da minha formação.

Agradeço a Deus, por me permitir sonhar e me proporcionar fé e coragem para realizar!

*"A vida começa quando a violência acaba"*

*– Maria da Penha.*

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos presente na sociedade desde seus primórdios e demanda diversas ações dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da violência na esfera de atuação. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a técnica de grupo focal para a coleta de dados com os agentes comunitários de saúde das quatro Estratégias Saúde da Família do município. Participaram 22 agentes comunitários de saúde que estavam atuando na época da coleta de dados. A coleta de dados se deu por meio de quatro grupos focais com os profissionais atuantes nas respectivas Estratégias de Saúde da Família. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo, modalidade análise temática proposta por Bardin. O referencial teórico da análise foi o patriarcado. **Resultados:** A análise na íntegra das narrativas revelou três categorias de análise temática: 1) A proximidade que faz a diferença: o cotidiano de práticas dos agentes comunitários de saúde; 2) O olhar dos agentes comunitários sobre demandas de violência contra a mulher: uma reflexão necessária; 3) Desafios das práticas dos agentes comunitários no enfrentamento da violência contra a mulher: entre o dever e a dúvida. **Conclusão:** Os resultados revelaram que o vínculo de confiança e o diálogo foram estratégias de acompanhamento facilitadas por habitarem no mesmo território. Os resultados demonstraram que a compreensão crítica da ordem societária patriarcal facilitou práticas humanizadas em saúde que desnaturalizam a violência contra a mulher.

**Palavras-chave:** agente comunitário de saúde, estratégia saúde da família, violência contra a mulher, violência doméstica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women is a violation of human rights present in society since its beginnings and demands several actions from health professionals. **Objective:** This study aimed to analyze the perceptions of community health agents in the face of the demand for violence against women, woman and what practices are adopted to combat violence in the sphere of activity. **Methods:** This is a qualitative study, which used the focus group technique to collect data with community health agents from the city's four Family Health Strategies. 22 community health agents who were working at the time of data collection participated. Data collection took place through four focus groups with professionals working in the respective Family Health Strategies. The data were analyzed using the Content Analysis technique, a thematic analysis modality proposed by Bardin. The theoretical framework for the analysis was patriarchy. **Results:** The full analysis of the narratives revealed three categories of thematic analysis: 1) Proximity that makes the difference: the daily practices of community health agents; 2) The perspective of community agents on demands for violence against women: a necessary reflection; 3) Challenges in the practices of community agents in combating violence against women: between duty and doubt. **Conclusion:** The results revealed that the bond of trust and dialogue were monitoring strategies facilitated by living in the same territory. The results demonstrated that a critical understanding of the patriarchal societal order facilitated humanized health practices that denaturalize violence against women.

**Keywords:** community health agent, family health strategy, violence against women, domestic violence.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. OBJETIVO</b> .....	20
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	22
<b>4. MÉTODO</b> .....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	24
4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	25
4.4 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS.....	25
4.5 INSTRUMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS.....	26
4. 5. 1 Questionário Sóciodemográfico .....	26
4. 5. 2 Perguntas norteadoras do grupo focal.....	26
4. 6 ANÁLISE DE DADOS.....	27
4. 7 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	27
<b>5. RESULTADOS</b> .....	27
<b>ARTIGO</b> .....	28
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	57
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	59
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	63
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	65
ANEXO A – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA .....	69

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher não é um fenômeno contemporâneo, é uma das manifestações de violência que permeia a sociedade desde seus primórdios, atingindo mulheres de diversas camadas sociais e que reflete uma força social herdada da ordem patriarcal, que carrega uma condição estruturante da realidade social e das relações entre gêneros, sendo essas permeadas de relações circunscritas pela dominação e poder. Compreende-se que a violência destinada as mulheres visa controle e dominação, pois desde os primórdios da humanidade o exercício do poder se apresenta de forma desigual entre homens e mulheres, ficando sob o domínio do homem as manifestações de controle e a mulher é esperada obediência (Minayo, 2005; Bandeira, 2017).

Essas relações de poder e dominação que a raiz histórica do patriarcado impõe nas relações sociais e afetivas tem origem no processo de socialização dos indivíduos, pois a partir do nascimento esses são inseridos em ambientes domésticos e sociais marcados por papéis e estereótipos próprios de cada sexo. Esse processo de socialização de gênero que é inerente a vida de homens e mulheres é entendido como um processo que direciona expectativas e regras sociais ao que se espera sobre ser homem ou ser mulher, reproduzidas pelo meio social tendo como base o sexo biológico (Machado, D. F., 2021; Saffioti, 2015).

É presente na sociedade a tendência em considerar a violência uma manifestação inerente a natureza humana, isso é universal e histórico, porém mesmo que a violência seja compreendida a partir de percepções de fatores históricos, sociais, culturais e subjetivos, não deve ser reduzida a nenhum deles. A compreensão da violência contra as mulheres precisa considerar o quanto os valores culturais machistas e ditados pelo patriarcado, são estruturantes das relações e associados as altas incidências de violências cometidas contra as mulheres e as desigualdades de poder e direitos vivenciados socialmente pelas mulheres (Guimarães e Pedroza, 2015).

Na militância pelo reconhecimento da violência contra as mulheres como uma questão de violação dos seus direitos, que a coloca em posição desigual nas relações sociais, onde é imposta a obedecer as formas de dominação e poder, o movimento feminista tem sido um importante movimento social, tanto para eliminar a questão da

violência contra as mulheres da zona de invisibilidade social, como para dar reinvidicar a oferta de políticas públicas que possam lhe garantir liberdade, segurança e direitos. Ao longo das décadas do movimento feminista é possível ver a trajetória histórica do movimento e das mulheres em diversas pautas discutidas e lutas empreendida, principalmente a partir do século XVIII (Guimarães e Pedroza, 2015; Schraiber, L. B., 2005).

A segunda metade da década de 1970 foi marcada por ampla diversidade de ações do movimento movimento feminista por mulheres, foi nesta época que a temática da violência contra as mulheres ganhou destaque na mídia, após o assassinato de mulheres cometidos por parceiro afetivo, o que implicou na criação do primeiro grupo de combate a violência contra a mulher, denominado SOS Mulher, em 1980 em São Paulo. Esse movimento denominado de SOS, fruto de ação política dos movimentos sociais expandiu pelo país e se tornou uma iniciativa pioneira de acolhimento as mulheres em situação de violência, além disso estimulou as feministas a reivindicar a atuação do Estado, o qual resultou na criação de Delegacias Especializadas de Atendimento as Mulheres, isso em 1985, mesmo ano que foi proposta e aprovada a lei que viabilizou a criação do Conselho Nacional da Mulher, o qual desde a criação tem sido responsável pelas políticas públicas federais voltadas para as mulheres (Bandeira, L., Melo, H. P., 2010).

Os movimentos sociais feministas ao longo das décadas tem conseguido alcançar importantes conquistas legais e jurídicas implementadas através de políticas públicas de equiparação de direitos, também conseguiu instaurar a violência contra as mulheres como uma questão social, continua exercendo pressão aos órgãos e segurança pública reivindicando o reconhecimento das mulheres em leis, garantiu serviços específicos de acolhimento através das delegacias para mulheres, além de aproximar a problemática da saúde coletiva, quando um movimento de mulheres propôs em conjunto com pesquisadres e profissionais da saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Schraiber, L. B., 2009).

Através das importantes movimentações do movimento feminista este tipo de violência se tornou reconhido pelos órgãos internacionais e nacionais como um problema social de grande impacto na saúde e seu enfrentamento e prevenção demandam ofertas

de diferentes políticas públicas e a interlocução de diversos setores da sociedade. No campo da saúde o problema se instala quando há impacto na morbimortalidade e nos anos de vidas perdidos por mulheres assassinadas pelos companheiros agressores, além de afetar e comprometer a saúde individual e coletiva e na própria reprodução da família, tendo em vista que muitas mulheres vítimas do feminicídio deixaram filhos pequenos órfãos (Schraiber, et al., 2009, Minayo, 2005).

No Brasil, para área da saúde três conquistas são consideradas marcos importantes no enfrentamento da violência contra as mulheres, a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003 que a constituiu a violência doméstica como objeto de notificação compulsória pelos profissionais de saúde, das redes públicas e privadas, a Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, denominada como a Lei Maria da Penha, que é considerada de extrema importância para proteção dos direitos humanos das mulheres e além de classificar as formas de violência doméstica. E por fim a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra a mulher (Silva, et al., 2020).

A Lei 11.340 de 08 de agosto de 2006, intitulada Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, aponta que este tipo de violência constitui uma das formas de violação dos direitos humanos. Para efeitos desta lei é considerado violência as ações ou omissões que são baseadas em gênero e que apresenta como consequências lesões, sofrimento físico, sexual, psicológico, moral ou patrimonial, ou até mesmo em morte. As formas de violência reconhecidas pela mesma lei são violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, que ocorre no ambiente doméstico, na família ou em relações íntimas de afeto, podendo o agressor conviver ou ter convivido anteriormente com a mulher (Brasil, 2006).

Para a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres este tipo de violência se constitui em uma violação dos direitos humanos, presente na sociedade desde seus primórdios e que as atinge em seus direitos à vida, à saúde e a integridade física. A violência contra as mulheres em suas diversas formas de manifestação atinge mulheres de diferentes classes sociais, idades, religiões, escolaridade, raças ou orientação sexual, e pode ser compreendida como ação ou conduta, baseada no gênero, que ocasione dano moral ou patrimonial, sofrimento físico, psicológico ou sexual, ou até mesmo morte à mulher, seja no ambiente público ou privado (Brasil, 2011).

As pesquisas anuais do Fórum Brasileiro de Segurança Pública apontam o crescimento dos índices de violência contra a mulher, em que na maioria das vezes é perpetrada pelo parceiro ou ex - parceiro conjugal (FBSP, 2024) . Ou seja, as relações familiares, muitas vezes conflitantes, são provenientes de conflitos de gênero, dada as desigualdades na relação entre homens e mulheres (Schraiber, 2005). Com base nos dados de registros de ocorrências de violências contra as mulheres, apresentados anualmente pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os números de mulheres vítimas aumentam a cada ano.

De acordo dados apresentados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, através do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024, os dados apontam que em 2023 a violência contra a mulher no Brasil continua crescendo, quando comparados com os dados de registros de diferentes tipos de crime contra mulheres em 2022. Os números apontam que somente no ano de 2023, o total de 1.238.208 mulheres foram vítimas de violência, em uma ou mais modalidade apontadas no relatório, sendo elas agressões em contexto de violência doméstica, ameaça, perseguição, violência psicológica, estupro, homicídio e feminicídio (FBSP, 2024).

Os registros apontam que os indicadores relativos à violência contra mulheres apresentaram crescimento em 2023; houve aumento de 9,2% na taxa de tentativa homicídio, 7,1% na taxa tentativas de feminicídio, 9.8% na taxa de agressões em ambientes domésticos, 16,5% na taxa de mulheres ameaçadas, 33,8% na taxa de violência psicológica, 34,5% na taxa de perseguição, 5.3% na taxa de estupro, incluindo estupro de vulnerável, 0,8% na taxa de feminicídio e apenas o crime de homicídio que caiu 0,1%. Segundo o Fórum, a pequena diminuição dos homicídios é matizada pelos feminicídios, que cresceram 0,8% (FBSP, 2024).

Neste contexto é possível considerar que mesmo com a criação de leis que punem os agressores e protegem as mulheres em situação de violência e com a existência de rede de apoio a prevenção da violência contra a mulher, o índice tem aumentado a cada ano, as mulheres continuam tendo seus direitos violados, muitas continuam silenciando e a violência contra a mulher ainda tem muito a lutar diante da invisibilidade (FBSP, 2024; Schraiber, 2005). Em primeira instância essa temática começou a ser reconhecida como objeto das ciências humanas e sociais, e só

posteriormente na área da saúde, a violência contra a mulher começou a ser temática de estudos e intervenção na área de saúde coletiva a partir dos anos de noventa, momento esse se firmava internacionalmente como questão de direitos humanos (D'Oliveira, et.al., 2009).

Atualmente a questão da violência contra as mulheres é reconhecida como um problema social e de saúde, seu enfrentamento e prevenção demanda oferta de políticas públicas e a interlocução de diversos setores da sociedade. Compreende-se a necessidade de ações políticas, sociais e econômicas por meio do governo e instituições que assistem às mulheres, assim como da sociedade. Diante do reconhecimento deste tipo de violência como uma questão de saúde, no âmbito da saúde a violência contra as mulheres transforma-se em um problema a partir do momento que é considerado os impactos dessa na vida das mulheres em situação de violência, visto que esses podem afetar e comprometer a saúde individual e coletiva, o que requer a criação e oferta de políticas públicas específicas, e organização de ações direcionadas a prevenção e tratamento (Hesler, 2013).

Tomar a violência como objeto pertinente à saúde implica em um grande desafio, principalmente no campo de construção de um conhecimento interdisciplinar e que resulte em articulação com as práticas do campo, para enfrentar a violência e a pluralidade que caracteriza este objeto. A partir dos anos de 1995 até o momento, observa-se um envolvimento maior da saúde coletiva com a tomada da violência como uma questão, para as quais tem formulado políticas, pesquisas e programas de intervenção específicos para atuar diante das demandas e agravos a saúde das mulheres em situação de violência, pois o impacto da violência vivenciada pode apresentar diversas consequências para a saúde física e psicológica, seja de efeitos imediatos ou de longo prazo, sendo essas queixas um dos fatores que levam mulheres em situação de violência a procurarem serviços de saúde (Schraiber, et.al., 2009).

O fenômeno da violência praticado contra as mulheres tem notável impacto em sua saúde, e esse fator tem tornado cada vez mais conhecido pelos profissionais da área, a compreensão de que a violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde, pois mulheres que vivem ou já viveram violência doméstica e sexual tem mais queixas, distúrbios e patologias, tanto físicas como mentais, e utilizam o serviço serviços

de urgência e emergência por questões decorrentes das violências físicas e sexuais. No âmbito da saúde pública, dentre os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde que podem subsidiar ações para o enfrentamento da violência contra as mulheres, a Atenção Primária merece destaque, pois este nível de atenção tem ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde, e tem um aumento de cobertura e incremento, onde valoriza a ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia Saúde da família (D'Oliveira, et.al., 2009).

Visando alcançar a cobertura que se propõe a Atenção Primária a Saúde, Starfield (2002), afirma que a atuação deve ser pautada nos seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. De acordo com esses princípios propostos, o primeiro contato é considerado a acessibilidade e uso o serviço para cada demanda de cuidado. A longitudinalidade se refere a um aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e uso do tempo, com base em uma relação colaborativa e humanizada, entre equipe e usuários. Já a integralidade, supõe a prestação de um conjunto de serviços que possa atender as necessidades rotineiras da população referenciada, a responsabilização pela oferta do serviço em outros aspectos de atenção à saúde e o reconhecimento dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociais como determinantes no processo de saúde-doença. Por fim, a coordenação aponta para a capacidade de garantir a continuidade dos serviços, através das equipes e reconhecimento das demandas, no dia a dia de atuação no território implantado as unidades (Mendes, 2009).

A Estratégia Saúde da Família se propõe a ser um serviço de expansão e qualificação da atenção primária, visando superar o modelo hegemônico centrado na doença, através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigidos a populações de territórios delimitados. O trabalho em equipe é considerado um dos elementos principais na reorganização desse trabalho, com maiores possibilidades de atuação congruente e com abordagem integral e resolutiva, que envolve diversos saberes e práticas (Cardoso e Nascimento, 2010).

As Estratégias Saúde da Família devem seguir o modelo proposto pela atenção primária priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto de forma integral como de forma continuada, propondo que a atenção à saúde foque na

família, entendida e percebida a partir dos seus ambientes físicos e sociais, possibilitando a atuação para além do processo saúde-doença e a necessidade de ações que vão além das práticas curativas (Oliveira e Pereira, 2013; Cardoso e Nascimento, 2010).

Considerando que a Estratégia Saúde da Família está inserida na região geográfica da população atendida e que o agente comunitário de saúde reside na mesma localidade onde atua, conforme regulamento para exercício do cargo, estes são fatores que pode facilitar a identificação de vulnerabilidades, uma vez que estes profissionais possuem maior vínculo com os usuários, o que viabilisa acesso a mais informações que podem facilitar identificar situações de violência contra as mulheres (Lima e Pacheco, 2016).

Esses profissionais da saúde ocupam uma posição estratégica na identificação de mulheres em situação de violência, dessa forma é de responsabilidade das equipes das Estratégias Saúde da Família conhecer, discutir e identificar vítima de violência e a partir disso desenvolver ações que busquem intervir preventivamente ou diagnosticar adoção de medidas para enfrentamento de situações de violência. Para oferecer esse suporte compreende-se que a equipe necessita estar formada para acolher, orientar e tomar medidas pertinentes para garantir que as usuárias do serviço de saúde em situação de violação de direitos possam receber o cuidado exigido pelas demandas apresentadas (Machado, et al., 2014).

Dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde da família estão os Agentes Comunitários de Saúde, os quais devem residir e atuar na mesma região geográfica da população atendida conforme regulamento do exercício do cargo. Tais requisitos pressupõem que esses profissionais além de reconhecerem as potencialidades e fragilidades do bairro e as vulnerabilidades das famílias atendidas, também tem maior vínculo com elas, viabilizando a integração entre a população e a unidade de saúde (Lima e Pacheco, 2016).

No enfrentamento da demanda de violência contra as mulheres no âmbito da saúde, é importante conhecer e considerar a atuação de todos da equipe, especialmente do Agente Comunitário de Saúde, que baseado no trabalho em comunidade que desenvolve, pode atuar na prevenção, notificação e denúncia da violência (Hesler, et.al., 2013). As atribuições dos agentes comunitários de saúde são de prevenção de doenças

e promoção de saúde, viabilizadas por atividades coletivas e individuais, no ambiente doméstico ou em comunidade, orientado ou acompanhado pelo enfermeiro responsável pela unidade de saúde de sua referência. As atribuições desses profissionais consistem em cadastramento e diagnóstico das famílias, mapeamento, identificação das microáreas de riscos, realização de visitas domiciliares, ações coletivas e ações intersetoriais, entre outras que são regulamentadas (Tavares, 2002; Brasil, 2012).

Considerando tais atribuições os agentes comunitários de saúde no desenvolver diário de suas funções, possuem e executam um papel importante diante das demandas de vulnerabilidades das famílias que assistem, o que possibilita que estes acolham e orientem os usuários do serviço, seja nas unidades ou no ambiente de visita domiciliar, e sendo este um membro da comunidade atendida, tem maior facilidade de acesso e vínculos com a população, conseguindo intermediar as relações das famílias com as equipes e serviços de saúde (Brasil, 2012). Portanto esses profissionais necessitam de conhecimento e formação sobre leis, instituições para detectar, prevenir e orientar sobre casos de violência contra a mulher, inclusive essa é uma das prerrogativas do guia prático do agente comunitário de saúde que norteia a identificação de diversas manifestações suspeitas de situações de violência contra a mulher para posteriormente discussão e abordagem dos casos com a equipe, decidindo assim, em equipe ações deverão ser desencadeadas (Brasil, 2009).

Estudos desenvolvidos sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres constataram que esses profissionais podem significar um elo entre a vergonha e a coragem das mulheres para denunciarem as violências sofridas, consideração que torna visível o quanto os agentes parecem ser de fundamental importância no acolhimento do sofrimento dessas mulheres, no encorajamento para relatar as violências vivenciadas, na detecção da violência e inclusive auxiliar no encaminhamento de referência correto e eficiente na denúncia, garantindo as vítimas segurança no enfrentamento em busca de cuidados e justiça (Scaranto, et.al., 2007; Tavares, 2002; Machado, et al., 2014).

Portanto, assim como os outros profissionais, os agentes comunitários de saúde devem ter formação sobre a ordem societária patriarcal que orienta discursos, práticas, comportamentos e ações tanto na vida cotidiana como nas instituições. A compreensão

de que o patriarcado enquanto ordem sociocultural historicamente construiu as desigualdades de gênero e determinou os papéis sociais da mulher, (ser frágil e submisso) e do homem (ser superior e com poder de mando), por parte desses profissionais é que viabilizará práticas emancipadoras na integralidade do cuidado (Saffioti, 2015; Souza, 2007; Navarro-Swain, 2017; Machado, 2021).

Cabe ressaltar que por ser uma estrutura social, o patriarcado se inseriu no mundo influenciando a socialização dos gêneros independentes da condição socioeconômica e de escolaridade, fazendo parte inclusive da forma com que os agentes comunitários e os demais profissionais foram socializados. Portanto, é fundamental reconhecer a importância dessa organização sociocultural patriarcal nas práticas dos agentes comunitários de saúde frente a demanda de violência contra as mulheres, tendo em vista que eles trazem consigo seus valores e normais socioculturais, incorporados no seu processo de socialização enquanto sujeitos, muitas vezes baseadas nas relações de gênero e suas desigualdades, dados os padrões de o modo como homens e mulheres devem se portar na sociedade (Saffioti, 2015; SOUZA, 2007; Navarro-Swain, 2017; Machado, 2021).

Considerando o problema da violência contra a mulher e a relevância do trabalho do agente comunitário de saúde no enfrentamento dessa demanda, esses pontos destacam a importância de compreender a percepção dos agentes em relação à violência contra a mulher. Isso é essencial para que possam desempenhar o papel de promotores da não violência, realizando ações de divulgação e conscientização sobre direitos e serviços disponíveis, tanto na comunidade quanto fora dela, a fim de acolher e oferecer cuidado às vítimas. (D'Oliveira, et.al., 2009).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as percepções e práticas adotadas no enfrentamento da violência contra a mulher por agentes comunitários de saúde a luz do patriarcado.

## **2. OBJETIVO GERAL**

Analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da

violencia na esfera de atuação.

## **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer a rotina de trabalho e práticas dos agentes comunitários de saúde na Estratégia saúde da Família.

Entender como os agentes comunitários de saúde percebem a violência contra mulheres na rotina e prática.

Entender o conhecimento dos agentes comunitários de saúde em relação à violência contra mulher como uma questão a ser abordada na área da saúde.

Identificar se na rotina diária de trabalho dos agentes comunitários de saúde são realizados trabalhos de prevenção para violência contra mulher.

Descrever como o agente comunitário de saúde procede a partir da identificação de um contexto de violência contra mulher.

### 3. JUSTIFICATIVA

A escolha dos agentes comunitários de saúde e suas práticas como alvo desta pesquisa se deu ao compreender o amplo campo de interlocução entre a atuação do agente comunitário de saúde, a equipe e a comunidade, onde atuam como porta voz das demandas encontradas nos domicílios, através das visitas domiciliares, ouvindo e observando fatores relacionados a saúde dos indivíduos e que muitas vezes não chega as unidades de saúde através das consultas. Sendo esses um elo entre usuários e equipe de saúde, se considera que as suas práticas possibilitem importantes estabelecimento de vínculos com usuários, inclusive com as mulheres em situação de violência, e acredita-se que esses contatos baseados em vínculos e diálogos possam ser uma ponte para as mulheres se sentirem acolhidas e seguras para relatar situações de violência vivenciadas no ambiente doméstico e/ou fora dele.

Diante dos contextos apresentados no desenvolvimento deste estudo, a temática escolhida nesta pesquisa justifica-se pelo crescimento expressivo da violência contra as mulheres, inclusive, com um feminicídio que ocorreu no município dias antes da coleta de dados, além dos registros de ocorrências, e a necessidade de considerar o impacto dessa na saúde das vítimas, o que implica em planejamentos e ações das equipes e serviços de saúde. Com isso é pertinente contextualizar como esses profissionais percebem a violência contra as mulheres, sendo o público alvo deste estudo os agentes comunitários de saúde, o mesmo considera a relevância de analisar quais são as percepções e atuações desses profissionais diante da demanda.

Além disso, enquanto psicóloga atuando por seis anos na estratégia de saúde da família, carrego a percepção de que a maioria dos casos de adoecimentos psíquicos das mulheres adultas possuíam como origem episódios de relacionamentos abusivos, com diferentes tipos de violências sofridas, porém ao olhar o âmbito da saúde do município como um todo, a violência contra as mulheres não tem um lugar de visibilidade, nem serviços de acolhimento e orientação específicos para a demanda. Um outro ponto é o fato que nem as mulheres em sofrimento não reconhecem a violência como um fator determinante do adoecimento psíquico.

Diante do cenário descrito, despertou o interesse de conhecer como os agentes

comunitários de saúde, profissionais esses que estão inseridos diariamente na comunidade para a realização das atividades previstas ao cargo, percebem e atuam diante das demandas de mulheres em situação de violência.

Sendo assim, com base na experiência de atuação e as inquietações acerca da temática no cenário da saúde, originou-se o estudo.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve por objetivo analisar as percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra as mulheres, no dia a dia do trabalho desenvolvido nas Estratégias Saúde da Família.

Através da pesquisa qualitativa que tem por finalidade metodológica a exploração da dimensão subjetiva dos fenômenos estudados, buscou-se o aprofundamento no universo dos significados individuais, que aborda as representações do fenômeno estudado para a pessoa, ou seja, qual o significado daquele fenômeno para ela. Portanto, com essa abordagem, buscou-se identificar as percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra as mulheres (Turato, 2005).

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal, que refere-se a uma técnica de abordagem qualitativa, que mediante as sessões grupais facilitam a expressão de características culturais e psicossociológicas, prevendo a obtenção de dados a partir de discussões previamente planejadas, em que os participantes expressam percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica; para isso o ambiente precisamente deve ser permissivo e não constrangedor (Westpltal, et.al.,1995).

Os grupos focais são frequentemente utilizados como instrumento de planificação, como uma forma de receber retro - informação sobre tópicos específicos. Para a realização dos grupos é necessário um facilitador para conduzir a conversa e garantir

que todas as opiniões sejam ouvidas e sem perder o foco. É importante que o facilitador tenha em mente um objetivo claro para a discussão e perguntas estruturadas, para que possa utilizar com um guia direcionado ao alcance do objetivo esperado. Recomenda-se que os grupos focais tenham duração de uma a duas horas, e a participação de 6 a 15 pessoas e um ambiente acolhedor e seguro (I-TECH, 2008).

Foram realizados quatro grupos focais, um em cada unidade Estratégia Saúde da Família. A fala dos participantes dos grupos foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, pela própria pesquisadora.

## 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas quatro unidades de Estratégia Saúde da Família de município em um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, que tem uma população de 14.085 habitantes, segundo dados do último censo do IBGE para o ano de 2022 e uma população estimada em 14.260 pessoas para o ano de 2024. (IBGE, 2022). No que se refere aos serviços de saúde na Atenção Primária, o município conta com um Centro de Especialidades e quatro unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), a rede de saúde conta com o total de 32 Agentes Comunitários de Saúde.

Por se tratar de pesquisa em município pequeno e visando garantir o anonimato dos participantes da pesquisa e das equipes, optamos por caracterizar os sujeitos no geral. As quatro unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), acompanham um total de 14.147 pessoas. Dos 32 agentes comunitários de saúde, 26 estavam exercendo as atividades previstas para o cargo, 4 em desvio de função e 2 afastados por motivos de saúde.

Por se tratar de um município de pequeno porte este não conta com rede ou serviços de proteção à mulher no âmbito da saúde ou da assistência social, também não possui serviço de CREAS, tem apenas um CRAS e não tem Delegacia da Mulher. Os casos de violência são registrados na Delegacia da Polícia Civil ou no Pronto Socorro Municipal, sendo que apenas os casos de violência sexual são encaminhados para serviços de saúde do município de Botucatu - SP.

#### 4.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Dos 32 agentes comunitários de saúde que realizavam atividades nas quatro Estratégias de Saúde da Família no período da coleta de dados, apenas 22 obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo, que foram estar trabalhando no dia da coleta de dados e exercendo a função de agente comunitário de saúde. Os outros 10, não estavam no exercício das atividades por motivo de férias, licença-saúde ou na função de recepcionista.

Deste modo, participaram deste estudo 22 agentes comunitários de saúde referente as quatros unidades Estratégia Saúde da Família.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS

A realização dos grupos focais para a obtenção de dados estava prevista para ocorrer em fevereiro de 2024, porém devido a alta demanda de casos de dengue e trabalhos de nebulização, o qual participam os agentes comunitarios de saúde do município, a coleta foi adiada e ocorreu nos meses de abril e maio de 2024.

Os grupos foram realizados nas unidades da Estratégia Saúde da Família, nas salas de reuniões. Os encontros tiveram duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos cada e foi realizado apenas um em cada unidade.

Para organizar a coleta de dados foram realizadas as seguintes etapas: (1) contato com a Secretaria de Saúde para informar sobre a realização da pesquisa e verificar a possibilidade de realização nas datas previstas; (2) visita as unidades de Estratégia da Família, para apresentar a pesquisa às enfermeiras que são as gerentes das unidades; (3) acordar os dias e horários para a realização dos grupos focais; (4) apresentação da pesquisa e entrega do questionário sociodemográfico aos participantes, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (5) realização do grupo focal, com base no roteiro de perguntas norteadoras.

#### 4.5 INSTRUMENTO PARA OBTENÇÃO DE DADOS

Os instrumentos para obtenção de dados foram um questionário sociodemográfico e um roteiro com perguntas norteadoras para a realização do grupo focal, ambos estão descritos a seguir e anexos no Apêndice A.

#### 4. 5. 1 Questionário sociodemográfico

Visando caracterizar os participantes foi elaborado pelos pesquisadores um questionário sociodemográfico, composto pelos seguintes itens: unidade de trabalho, nome, idade, data de nascimento, sexo, orientação sexual, estado civil, raça/etnia autodeclarada, religião, escolaridade, tempo de atuação e atuação.

#### 4. 5. 2. Perguntas Norteadoras do grupo focal

O grupo focal de cada unidade foi conduzido com base nas questões norteadoras realizadas pelas pesquisadoras de acordo com os objetivos da pesquisa. As questões foram colocadas para cada grupo de acordo com as respostas apresentadas pelo mesmo, nem todas as questões foram apresentadas a todos os grupos, uma vez que teve grupo que ao discutir sobre uma questão, abordou e trouxe conteúdo suficiente para mais de uma pergunta.

As questões norteadoras elaboradas foram: (1) como é a rotina de agente comunitário de saúde; (2) fale sobre as atividades desenvolvidas por vocês na atenção primária; (3) fale sobre o que vocês consideram violência contra as mulheres; (4) o que vocês conhecem a respeito da violência contra as mulheres; (5) vocês compreendem a questão da violência contra as mulheres como uma questão de saúde; (6) na rotina diária de trabalho de vocês são realizados trabalhos de prevenção para a violência contra mulher; (7) no dia a dia de trabalho vocês já se depararam com esse tipo de demanda; (8) como vocês procedem quando identificam um contexto de violência contra mulher; (9) como vocês compreendem que a atuação profissional pode contribuir para o enfrentamento dessa demanda; (10) me conte um caso de violência contra mulher que você identificou na comunidade que atua.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos com a realização dos grupos focais foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra pela pesquisadora.

Após transcrição e organização dos dados foi iniciado o processo de análise, considerando a técnica Análise de Conteúdo proposta Bardin (2011), que define as seguintes etapas: Pré - Análise, que prevê a partir da leitura das entrevistas a organização do material, reconhecimento das ideias iniciais do texto e levantamento das impressões que servem para início da análise dos dados. Fase de Exploração, a partir de estudo orientado pelos objetivos e referenciais teóricos, visando transformação dos dados brutos do texto, através de recortes, classificação e agregação, chegando a representação e categorização do conteúdo obtido. E a Fase de Tratamento dos resultados, onde através das relações e deduções subsidiadas pela fundamentação teórica e reflexão, permitem obter resultados e considerações acerca do estudo proposto na pesquisa.

#### 4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu a Resolução 466/12, sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (Número do parecer 6.451.617, CAAE 71549423.0.0000.5411). Os participantes foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e os que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nesta pesquisa todos aceitaram.

### 5. RESULTADOS

Os resultados são apresentados em forma de um artigo original, que contempla os objetivos propostos, intitulado: Percepções e práticas adotadas por agentes comunitários de saúde no enfrentamento da violência contra mulher.

## ARTIGO

### **PERCEPÇÕES E PRÁTICAS ADOTADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER.**

PERCEPTIONS AND PRACTICES ADOPTED BY COMMUNITY HEALTH AGENTS IN COMBATING VIOLENCE AGAINST WOMEN.

**Resumo:** Objetivou-se analisar as percepções e práticas adotadas no enfrentamento da violência contra a mulher por agentes comunitários de saúde à luz do patriarcado. Trata-se de um estudo qualitativo com coleta de dados por meio de grupo focal com 22 Agentes Comunitários de Saúde. Os resultados revelaram que o vínculo de confiança e o diálogo foram estratégias de acompanhamento facilitadas por habitarem no mesmo território. Os resultados demonstraram que a compreensão crítica da ordem societária patriarcal facilitou práticas humanizadas em saúde que desnaturalizam a violência contra a mulher.

**Palavras-chave:** agente comunitário de saúde, práticas em saúde, violência contra a mulher, estratégia de saúde da família.

**Abstract:** The objective was to analyze the perceptions and practices adopted to combat violence against women by community health agents in light of patriarchy. This is a qualitative study with data collection through a focus group with 22 Community Health Agents. The results revealed that the bond of trust and dialogue were monitoring strategies facilitated by living in the same territory. The results demonstrated that a critical understanding of the patriarchal societal order facilitated humanized health practices that denaturalize violence against women.

**Keywords:** community health agent, family health strategy, violence against women, domestic violence.

### **Introdução**

A violência contra a mulher é reconhecidamente pelos órgãos internacionais e nacionais como um problema social de grande impacto na saúde e seu enfrentamento e prevenção demandam ofertas de diferentes políticas públicas e a interlocução de

diversos setores da sociedade. No campo da saúde o problema se instala quando há impacto na morbimortalidade e nos anos de vidas perdidos por mulheres assassinadas pelos companheiros agressores, além de afetar e comprometer a saúde individual e coletiva e na própria reprodução da família, tendo em vista que muitas mulheres vítimas do feminicídio deixaram filhos pequenos órfãos (Schraiber, et al., 2009).

No Brasil, para área da saúde três conquistas são consideradas marcos importantes no enfrentamento da violência contra as mulheres, a Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003 que a constituiu a violência doméstica como objeto de notificação compulsória pelos profissionais de saúde, das redes públicas e privadas, a Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, denominada como a Lei Maria da Penha, que é considerada de extrema importância para proteção dos direitos humanos das mulheres e além de classificar as formas de violência doméstica: a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral tem caráter, preventivo, protetivo e punitivo. E por fim a Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra a mulher (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2007), que preconiza ações interdisciplinares e intersetoriais no enfrentamento da violência contra a mulher visando a desconstrução das desigualdades de gênero e combater discriminações de gênero por meio da intervenção em padrões sexistas/machistas característicos da sociedade brasileira, promovendo o empoderamento das mulheres e garantindo atendimento qualificado às mulheres em situação de violência. Sob essa perspectiva, a política incorporou o paradigma de prevenção da violência em consonância com as ações de assistência e garantia dos direitos às mulheres em situação de violência. (Brasil, 2007).

No campo da saúde, a Atenção Primária, considerada como porta de entrada aos serviços com ênfase nas ações de promoção e prevenção em saúde, com um significativo aumento de cobertura se destaca como um modelo promissor no enfrentamento da violência contra a mulher, especialmente no que tange a prevenção, detecção e acompanhamento dos casos (D' Oliveira, et al., 2009). As estratégias de saúde da família (ESF) compõem e organizam a Atenção Primária nos municípios, são definidas por um conjunto de ações e serviços que devem ir além da assistência médica e se embasar nas necessidades de saúde da população atendida (Hesler, et al., 2013).

Nas estratégias de saúde da família devem ser priorizadas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto de forma integral como de forma continuada, propondo que a atenção à saúde foque na família, entendida e percebida a partir dos seus ambientes físicos, sociais e culturais, possibilitando a atuação para além do processo saúde-doença e a necessidade de ações que vão além das práticas curativas (Cardoso, 2010).

Dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde da família estão os Agentes Comunitários de Saúde, os quais devem residir e atuar na mesma região geográfica da população atendida conforme regulamento do exercício do cargo. Tais requisitos pressupõem que esses profissionais além de reconhecerem as potencialidades e fragilidades do bairro e as vulnerabilidades das famílias atendidas, também tem maior vínculo com elas, viabilizando a integração entre a população e a unidade de saúde (Lima; Pacheco, 2016).

Deste modo, esses profissionais da saúde ocupam uma posição estratégica na identificação de mulheres em situação de violência, dessa forma é de responsabilidade das equipes das Estratégias Saúde da Família conhecer, discutir e identificar vítimas de violências e a partir disso desenvolver ações que busquem intervir preventivamente ou diagnosticar adoção de medidas para enfrentamento das situações de forma articulada com a rede de atenção. Para oferecer esse suporte compreende-se que a equipe necessita de formação para acolher, orientar e tomar medidas pertinentes para garantir que as usuárias do serviço de saúde em situação de violação de direitos possam receber o cuidado exigido pelas demandas apresentadas (Machado, J., 2014).

As atribuições dos agentes comunitários de saúde são de prevenção de doenças e promoção de saúde, viabilizadas por atividades coletivas e individuais, no ambiente doméstico ou em comunidade, orientado ou acompanhado pelo enfermeiro responsável pela unidade de saúde de sua referência. As atribuições desses profissionais consistem em cadastramento e diagnóstico das famílias, mapeamento, identificação das microáreas de riscos, realização de visitas domiciliares, ações coletivas e ações intersetoriais, entre outras que são regulamentadas (Tavares, 2002).

Considerando tais atribuições é possível considerar que os agentes comunitários de saúde no desenvolver diário de suas funções, possuem e executam um papel

importante diante das demandas de vulnerabilidades das famílias que assistem, o que possibilita que este acolha e oriente os usuários do serviço, seja nas unidades ou no ambiente de visita domiciliar, e sendo este um membro da comunidade atendida, tem maior facilidade de acesso e vínculos com a população, conseguindo intermediar as relações destes com as equipes e serviços de saúde (Brasil, 2012). Portanto esses profissionais necessitam de conhecimento e formação sobre leis, instituições para detectar, prevenir e orientar sobre casos de violência contra a mulher, inclusive essa é uma das prerrogativas do guia prático do agente comunitário de saúde que norteia a identificação de diversas manifestações suspeitas de situações de violência contra a mulher para posteriormente discussão e abordagem dos casos com a equipe, decidindo assim, em equipe ações deverão ser desencadeadas (Brasil, 2009).

Deste modo, a atuação do agente comunitário de saúde diante das demandas de violência é regulamentada, ocupando esse um lugar de promotor de acolhimento e orientações as pessoas inseridas no contexto de violência e um porta voz das demandas da comunidade para a equipe da Estratégia Saúde da Família. Sendo assim essa atuação profissional deve ser orientada não apenas pela técnica, mas também pela concepção que este profissional tem sobre as motivações e a causa do problema (Hesler, 2013).

Portanto, assim como os outros profissionais, os agentes comunitários de saúde devem ter formação sobre a ordem societária patriarcal que orienta discursos, práticas, comportamentos e ações tanto na vida cotidiana como nas instituições. A compreensão de que o patriarcado enquanto ordem sociocultural historicamente construiu as desigualdades de gênero e determinou os papéis sociais da mulher, (ser frágil e submisso) e do homem (ser superior e com poder de mando), por parte desses profissionais é que viabilizará práticas emancipadoras na integralidade do cuidado (Saffioti, 2015; SOUZA, 2007; Navarro-Swain, 2017; Machado, D., 2021).

Cabe ressaltar que por ser uma estrutura social, o patriarcado se inseriu no mundo influenciando a socialização dos gêneros independentes da condição socioeconômica e de escolaridade, fazendo parte inclusive da forma com que os agentes comunitários e os demais profissionais foram socializados. Portanto, é fundamental reconhecer que essa organização sociocultural patriarcal pode permear as práticas dos agentes comunitários de saúde frente a demanda de violência contra as mulheres, à medida que eles além de

integrar uma sociedade patriarcal machista, foram socializados nela segundo seus padrões e normas que orientam comportamentos e visão de mundo. (Saffioti, 2015; SOUZA, 2007; Navarro-Swain, 2017; Machado, D., 2021).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as percepções e práticas adotadas no enfrentamento da violência contra a mulher por s agentes comunitários de saúde a luz do patriarcado.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que tem por finalidade metodológica a exploração da dimensão subjetiva dos fenômenos estudados. Por meio da abordagem qualitativa buscou-se o aprofundamento no universo dos significados individuais do fenômeno da violência contra a mulher para cada sujeito desta pesquisa, objetivando analisar como foram orientadas suas práticas para o enfrentamento do problema. (Turato, 2005).

Por se tratar de pesquisa em município pequeno e visando garantir o anonimato dos participantes da pesquisa e das equipes, optamos por caracterizar os sujeitos no geral. As quatro unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), acompanham um total de 14.147 pessoas. Dos 32 agentes comunitários de saúde, 26 estavam exercendo as atividades previstas para o cargo, 4 em desvio de função e 2 afastados por motivos de saúde.

Dos 32 agentes comunitários de saúde que realizavam atividades nas quatro Estratégias de Saúde da Família no período da coleta de dados, apenas 22 obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo, que era estar trabalhando no dia da coleta de dados e exercendo a função de agente comunitário de saúde. Os outros 10, não estavam no exercício das atividades por motivo de férias, licença-saúde ou na função de recepcionista. Deste modo, participaram deste estudo 22 agentes comunitários de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal, que se refere a uma técnica de abordagem qualitativa, onde através de sessões grupais facilitam a expressão de características culturais e psicossociológicas, prevendo a obtenção de dados a partir de discussões previamente planejadas, em que os participantes expressam percepções,

crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica (Westpltal, 1996).

Foram realizados quatro grupos focais, entre os meses de abril e maio de 2024, um em cada unidade Estratégia Saúde da Família, e em todos eles ocorreram as seguintes etapas: (1) contato com a Secretaria de Saúde para informar sobre a realização da pesquisa e verificar a possibilidade de realização nas datas previstas; (2) visita as unidades de Estratégia da Família, para apresentar a pesquisa às enfermeiras que são as gerentes das unidades; (3) determinação dos dias e horários para a realização dos grupos focais; (4) apresentação da pesquisa e entrega do questionário sociodemográfico aos participantes, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (5) realização do grupo focal, com base no roteiro de perguntas norteadoras.

Além disso, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, composto pelas seguintes questões: unidade de trabalho, nome, idade, data de nascimento, sexo, orientação sexual, estado civil, raça/etnia autodeclarada, religião, escolaridade, tempo de atuação e atuação.

Os grupos focais foram norteados pelas seguintes questões: (1) como é a rotina de agente comunitário de saúde; (2) fale sobre as atividades desenvolvidas por vocês na atenção primária; (3) fale sobre o que vocês consideram violência contra as mulheres; (4) o que vocês conhecem a respeito da violência contra as mulheres; (5) vocês compreendem a questão da violência contra as mulheres como uma questão de saúde; (6) na rotina diária de trabalho de vocês são realizados trabalhos de prevenção para a violência contra mulher; (7) no dia a dia de trabalho vocês já se depararam com esse tipo de demanda; (8) como vocês procedem quando identificam um contexto de violência contra mulher; (9) como vocês compreendem que a atuação profissional pode contribuir para o enfrentamento dessa demanda; (10) me conte um caso de violência contra mulher que você identificou na comunidade que atua.

Todos os grupos focais foram gravadas e as gravações foram transcritas integralmente pela própria pesquisadora. Os dados foram analisados segundo a técnica Análise de Conteúdo proposta Bardin (2011). As narrativas dos participantes foram analisadas a luz do referencial teórico do patriarcado, entendido como uma ordem social

que orienta e impõe regras e comportamentos aos indivíduos de acordo com o sexo biológico, produzindo assim a desigualdade dos gêneros e desencadeando comportamentos historicamente naturalizados em atitudes machistas e sexistas causadoras da violência contra a mulher (Saffioti, 2015; SOUZA, 2007; Navarro-Swain, 2017; Machado, D., 2021).

A pesquisa seguiu a Resolução 466/12, sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP (Número do parecer 6.451.617, CAAE 71549423.0.0000.5411).

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa e das equipes, optamos por caracterizar os sujeitos no geral e denominar as equipes em A, B, C e D.

## **Resultados**

Dos 22 participantes deste estudo, 11 eram do sexo feminino e 11 eram do sexo masculino. A idade média foi de 35 anos, escolaridade ensino médio completo que é a exigida para exercer a função, heterossexuais, entre solteiros e casados, cor autodeclarada branca, religião católica e com média de 8 anos de atuação.

Esses 22 participantes eram responsáveis pelo acompanhamento de 14,147 pessoas, residentes em áreas urbanas e rurais, em bairros centrais, e bairros periféricos.

Após análise na íntegra das narrativas foi possível elencar três categorias de análise: 1) A proximidade que faz a diferença: o cotidiano de práticas dos agentes comunitários de saúde; 2) O olhar dos agentes comunitários sobre demandas de violência contra a mulher: uma reflexão necessária; 3) Desafios das práticas dos agentes comunitários no enfrentamento da violência contra a mulher: entre o dever e a dúvida.

### **Categoria 1 – A proximidade que faz a diferença: o cotidiano de práticas dos agentes comunitários de saúde.**

As visitas domiciliares para orientações pontuais, lembrar o dia da consulta, da vacina, entregar medicação foi destacada como uma importante estratégia de

atendimento pelos agentes das quatro estratégias de saúde da família *"Visitas domiciliares, se precisar dar algum recado a gente avisa também, orientação sobre saúde, medicação, vacina das crianças e adultos"* (Equipe C), *"Cadastro, vacina"* (Equipe D), *"Preparo papel, relatório e a gente sai fazer visita de rotina "* (Equipe B), *"Ai tem a rotina de visitas, cadastros, a tarde eu venho e faço sistema"* (Equipe A). Esses profissionais não apenas realizavam visitas domiciliares e prestavam orientações sobre saúde, mas também se tornaram confidentes, conselheiros e aliados para as famílias acompanhadas sendo os olhos e ouvidos da saúde nas comunidades e, por isso, afirmaram a necessidade de compreender profundamente a realidade e as necessidades de cada pessoa e família atendida *"Avaliar todas as famílias, descobrir quais os riscos de todas, as com maior risco a gente trazer pra dentro da unidade para que elas tenham um acompanhamento"* (Equipe C), *"Da minha parte, eu procuro saber como que está o andamento devido tratamento que tá acontecendo no caso."* (Equipe D).

Para além da detecção das vulnerabilidades familiares, os participantes realizavam atividades coletivas na comunidade tais como: palestras, campanhas e ações de acompanhamento dos programas sociais *"A gente faz palestra às vezes também"* (Equipe C); *"Abordo temas de campanhas, pergunto como está, pressão como é que tá, diabetes, se as crianças estão com a vacina em dia, como está a alimentação. Também tem as campanhas, como o bolsa família, a gente faz a pesagem e acompanhamento de vacinas, estamos fazendo campanha da dengue agora também"* (Equipe B).

O que chama atenção nas atividades realizadas é a intersetorialidade das ações com os grupos mais vulneráveis beneficiários do programa bolsa família.; *"Como lá é uma área carente, tem bolsa família, viva leite, todos os programas sociais, a maioria não trabalha e depende dos programas sociais"* (Equipe A).

Além das visitas os agentes também realizavam busca ativa de paciente, com objetivo de inserir novas famílias aos acompanhamentos. *"Visita domiciliar. A gente faz a busca ativa. E tenta puxar o máximo dos pacientes para a gente"* (Equipe D); *"Então às vezes tem um problema lá que não vem, a gente pega e traz para unidade"* (Equipe C).

Os casos complexos e de difícil resolução eram reportados para a equipe de referência buscando uma abordagem conjunta *"Aí a gente pega e passa para o enfermeiro. O enfermeiro trata de certos assuntos, passa para a gente e assim a gente*

vai" (Equipe D). *"Quando aparece um probleminha eu resolvo, tento ajudar o máximo que eu posso e quando não consigo já vou subindo para enfermeira"* (Equipe A). As visitas domiciliares são uma oportunidade para criar um laço de confiança entre o agente e a família. Às vezes, os desafios não são apenas de saúde, mas também emocionais ou sociais, é justamente nesse processo que os agentes comunitários estabelecem vínculos com a família facilitando a identificação de demandas que não seriam acessadas em consultas de rotina na unidade de saúde. *"Tem muita coisa que o paciente passa para a gente em que o próprio familiar da casa não sabe. Se chegar aqui e a enfermeira abordar não vai passar, então tem alguma informação que a gente acaba trazendo e depois a enfermeira tem que tentar tirar mais coisa"* (Equipe D).

A sobrecarga de demandas e desvio de funções foram apontadas pelos participantes das quatro unidades de saúde como um fator de distanciamento e quebra de vínculo do profissional com as famílias. *"Às vezes a pessoa não tem receita porque as vezes a doutora não fez e os pacientes xingam a gente, para evitar isso a gente busca a receita para a paciente"* (Equipe C). *"Agora a gente está fazendo a dengue, aí estamos fazendo bloqueio. Essa parte do bloqueio é bem cansativo, do nada eles mandam nove quarteirões e a gente tem que se virar com aquilo"* (Equipe B). *"Estou trabalhando com uma área que não é minha, pois estamos com desvio de função aqui dentro e isso acarreta o nosso serviço. A agente de saúde está na recepção, isso não é correto e acaba comprometendo nosso serviço também"* (Equipe A).

## **Categoria 2 - O olhar dos agentes comunitários sobre demandas de violência contra a mulher: uma reflexão necessária.**

O reconhecimento dos diferentes tipos de violência contra a mulher por parte dos participantes deste estudo é de extrema importância para abordagem do tema, inclusive identificando o ciclo da violência. *"É que nem a gente fala, violência, bater, mas a palavra, o verbal é o que existe muito hoje, a falta de respeito com o outro, isso não é de hoje, desde antigamente"* (Equipe D). *"A violência não é só bater né, não é só física. As vezes nem o tom de voz, mas a tortura psicológica, a pressão, as manipulações sutis, as palavras"* (Equipe B). *"Pra mim violência é agredir de marcar, deixar marcas, deixar roxo,*

*tem também pessoas que gostam de no momento íntimo de dar uns tapinhas. Mas pra mim violência é deixar a pessoa quase morta, quebrada, sangrando. Tem também a violência psicológica, fazer pressão, chantagem, e deixa a mulher acoada, sem saber o que fazer” (Equipe A). “As coisas são pouco efetivas e as coisas são escaláveis, começam com xingamento, agressão verbal, psicológica e vai escalando pra violência física” (Equipe C). “É quando o homem faz aquele tal de distorcer tudo na cabeça da pessoa, você faz uma queixa e a pessoa te devolve como se você fosse a culpada por tudo isso” (Equipe A).*

A compreensão da violência contra mulher como um fenômeno associado ao machismo foi destacada pelos participantes, demonstrando assim a percepção da origem da violência contra a mulher, para além do que é revelado, *“O que a gente mais vê eu não sei se entra assim como violência contra a mulher, como agressão, como se fosse um machismo, sabe muito controlador, desse jeito” (Equipe D).* A leitura da ordem sociocultural que permeia normas e comportamentos também foi explicitada pelos participantes. *“Ainda é aquele machismo, a mulher tipo assim, tem que ser a submissa, melhorou bastante mas ainda tem gente novo com cabeça de velho, assim como tem velho com cabeça de novo” (Equipe B). “Isso aí eu não sei se tem cura, esse machismo, parece que já é crônico da sociedade” (Equipe A). “A violência ela tem inúmeros fatores, esse caso do meu ponto de vista é o ato possessivo dele, ao não permitir que ele não tem mais relação com a mulher, e ele continuar achando que ela é uma posse dele, isso não existe. Ninguém é proprietário de ninguém” (Equipe C).*

Os participantes de duas equipes reconheceram a importância da temática da violência contra as mulheres serem abordadas na socialização das das crianças, tanto nas escolas, como nos ambientes familiares, através dos exemplos que elas experienciam no convívio diário, apontando que essas medidas educariam futuros adultos com um olhar não naturalizado sobre a violência. *“Precisa ser mais abordado, em escolas, desde pequenininho, ensinar as crianças são tão inteligentes”. “As vezes a criança cresce achando que aquilo é normal e passa pra ela no futuro, num relacionamento. Acho que precisa ser abordado na escola já, quando a criança já tiver capacidade de entender, seria importante, bem importante”, “A criança é o espelho do pai com a mãe né, o que ela ver lá as vezes a pessoa acha que é normal viver naquilo ali*

*entendeu, porque já viu do pai com a mãe aquilo, briga, grito, ela vai crescer achando que tudo aquilo ali é normal, pois falar um pouco mais alto é normal, porque escutou o pai com a mãe falando alto” (Equipe B).*

O fortalecimento e empoderamento feminino também foi indicado como fator decisivo na prevenção da violência contra a mulher *“Eu acho que tem que fortalecer a menina, quando ela é jovem, para não aceitar tapas e violências, e o menino de que não pode bater. Educar para a não violência”. “A criança cresce e vai ser o reflexo daquilo que viveu na casa. Num lar onde o filho ve o pai macetando a mãe, maltratando a mãe, futuramente ele tem muita chance de se tornar um machista escroto igual o pai. E a filha mulher vai crescer vendo aquilo ali, com trauma e achando que é normal. Então as coisas já começam dentro do lar.” (Equipe A).*

Apesar de perceberem a violência contra mulher como um ato fundamentado pelo machismo, em relatos de algumas equipes também foi possível observar percepções machistas, até mesmo que responsabilizam a mulher pela violência sofrida, *“Agora estou com um caso assim, a enfermeira veio e contou pra mim, que o genro veio e falou que a mulher tá apanhando do sogro na casa. Mas olha só, o marido já foi preso, saiu e ela acolheu, tá na casa com a mulher. Eu acho que aí não entra só a falta de apoio, entra a falta de vergonha na cara. Tem mulher que pede, eu não sou a favor de agressão a mulher, mas tem mulher que pede” (Equipe D).* *“Embora tenha umas mulheres que mereceriam uns tapas, eu acho que tem umas que merecia, mas essas são espertas e não apanham” (Equipe B).* *“Tem mulher que pede, provoca, fala coisinhas e acontece” (Equipe D).*

Em alguns relatos, as equipes pontuaram aspectos relacionados a saúde mental tanto como motivador dos atos e como um ponto que requer cuidado no enfrentamento deste tipo de violência. *“É um desequilíbrio mental eu acredito, de ambas as partes. Você chega num ponto que a pessoa perdeu a cabeça, ficou irracional no momento, do meu ponto de vista que acontece essa tal violência, a pessoa chega num ponto onde ela perdeu o raciocínio lógico e parte para a brutalidade” (Equipe C).* *“Penso que falta suporte, suporte assim, não só de atendimento psicológico, mas também o suporte de polícia mesmo, do negócio que resolve, chego ali, to protegida, sem perigo”. “Aí passa os limites, porque vem a parte dos pensamentos, a cabeça, o mental, as vezes aquela*

*“pessoa precisa de tratamento e ela não procura, é onde acontece o fato.”* (Equipe D); *“Não poder ir atrás de psicólogo e de nada é complicado, a mulher acaba ficando com tudo pra ela, sobra tudo pra ela, não tem com quem contar, as vezes não pode contar nem para a família”* (Equipe A).

A dependência financeira e dependência emocional vivenciada pelas mulheres foram colocadas como um obstáculo para o enfrentamento da situação de violência pelas mulheres. *“O que acontece, tem mulher que não larga. Por quê? É dependente financeiramente, emocionalmente, tem muita coisa que a gente não sabe que acontece. As vezes acha que vai mudar, que bateu porque bebeu”, “As vezes é ameaça de que se separar eu te mato, se separar eu tomo os filhos de você, a gente não sabe, as vezes a mulher só tem aquela casa para morar, ela vai sair dali e ir pra onde? Não tem um suporte, não tem um nada, as vezes a mulher tem filho pequeno, não tem creche para deixar os filhos para poder trabalhar, não tem serviço. Aguenta, suporta aquilo para poder se sustentar e cuidar dos filhos”* (Equipe D).

A percepção de que as mulheres precisam de proteção social das políticas públicas de habitação, creches e até da segurança pública permeou a leitura dos participantes sobre a permanência das mulheres nos relacionamentos violentos. *“A dependência emocional, a alienação parental, o homem usa dos filhos para atingir a mulher e fazer com que ela não se separe dele. Pra mim isso tudo é violência”* (Equipe A). *“Muitas suportam aquela vida de apanhar e sofrer para não precisar estar na rua, não tem aquela coragem de enfrentar a vida sozinha e ai ela se contenta com aquilo. Mesmo que diga que ele bate, mas ele dá comida para os meus filhos e então vai se contentando com aquilo”* (Equipe B).

Os profissionais apontam que a leis criadas para dar suporte e segurança às mulheres em situação de violência não são eficazes e nem respeitadas, o que percebem como um outro fator que dificulta o enfrentamento da questão da violência contra as mulheres. *“Precisa mudar as leis, pois o cara quando tá afim de matar alguém não está preocupado se vai ser preso ou vai morrer, já está de cabeça feita. Na verdade precisa dar alguma medida de defesa mesmo para as pessoas, da alguma medida de segurança para proteger essa mulher que está ali sobre ameaça, alguma prisão antes de acontecer o fato. Geralmente esses casos de feminicídios ai, todos que acabam cometendo os*

*crimes, as mulheres tem medida protetiva” (Equipe C). “A pessoa assim, faz um boletim e dá para entender que ela está protegida, o que não é verdade. Falta a rigidez da lei, se cara tem medida protetiva e ele invadiu a casa, cadeia..Eu acho que a medida protetiva não vai impedir o homem de fazer ”. “Na minha opinião a medida protetiva é inaceitável, se aconteceu é prisão e pronto, prisão, coloca esse homem pra pensar lá na cadeia. Pra mim a medida protetiva não tem serventia nenhuma” (Equipe D).*

Além de perceber as leis como poucos eficazes para garantir os direitos e segurança das mulheres em situação de violência, percebem que os equipamentos de segurança pública do município não acolhem e reconhecem as demandas das mulheres com seriedade e ética. *“Se uma mulher apanha, vai lá e registra boletim, aquilo fica eternamente parado e não anda. E pior, aqui os homens tem compadrismos e fica, aí fulano é meu amigo, não vou registrar nada não, vou lá conversar com ele. Nisso, a vítima se torna ré” (Equipe A).*

Por não ter uma Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) as denúncias são registradas na delegacia comum, sendo esse fator contribui para uma exposição e julgamento das mulheres em situação de violência que ficam a merce de práticas profissionais conservadoras e ineficazes que lhes negam o direito e a proteção. *“Tem esse detalhe, por ser um município pequeno, com os policiais todos conhecidos, as mulheres não buscam ajuda porque a fama dos policiais daqui não é das melhores, não é. Aí a mulher sai da casa, onde o marido é o provedor, já apanhou, vai na delegacia e ela não é bem tratada na delegacia. A forma verbal, os olhares e julgamentos. Como que uma mulher vai procurar policiais que também tem histórico de agressão igual existe aqui na cidade” (Equipe D).*

As narrativas dos participantes também reafirmaram suas compreensões de que a violência é além de ser uma questão de saúde pública é um fenômeno que pode ser prevenido. *“É questão de saúde sim, do ponto de vista do agente comunitário se aconteceu um negócio com ela, o agente tem que saber que tipo de acompanhamento ela esta fazendo, se ela esta se tratando. A consequência disso é uma demanda pra saúde né.” (Equipe C). “Até acho que sim, mas aí precisa tratar a família toda, saber o motivo que tá por trás daquilo, pegar aí uma psicóloga e uma psiquiatra, investigar a fundo e poder tratar a mulher, o homem, o filho. “É uma questão de saúde sim,*

*principalmente de saúde, pois agride tudo, seu corpo, seu psicológico”, “É uma questão de saúde, pior ainda, é aquilo, quando você não fala, seu corpo mostra. O que mostra? Uma herpes, uma imunidade zerada, uma alopecia”, “Eu já atendi pacientes que me relataram que os filhos são resultados de estupros do próprio marido” (Equipe A).*

Duas equipes, além de reconhecerem a violência contra mulheres como uma questão de saúde, relataram também casos em que mulheres em situação de violência são impedidas pelos agressores de acessarem serviços de saúde básicos. *“Tem muitos homens que não deixam as mulheres fazer papanicolau, ainda mais aqui que o médico é homem, tem homens que não deixam e tem homens que entra junto na consulta”, “Eu tenho uma paciente que nunca entrei na casa dela, ela não pode abrir a porta porque o marido não deixa, ela só vai onde ele vai”. “Quando ela era da minha área, quando ela ia no médico, quando ela voltava ele batia nela. Ela ia queimar verrugas, já passava dor em queimar aquilo lá, e toda vez que ia ele batia” (Equipe B). “Tem casos que o marido fala assim, se tiver de ser vai ser, se pegar uma doença é da vida, não aceita a mulher buscar um tratamento” (Equipe A).*

### **Categoria 3 - Desafios das práticas dos agentes comunitários no enfrentamento da violência contra a mulher: entre o dever e a dúvida.**

A ausência de atividades coletivas de prevenção da violência contra a mulher foi uma lacuna das práticas em saúde, apontada pelos participantes deste estudo. A prevenção da violência contra a mulher não deve ser uma responsabilidade isolada, pontual e fragmentada, muitas vezes, as iniciativas que surgem são pontuais, esparsas, e carecem de um planejamento a longo prazo, resultando em um impacto limitado, conforme observou-se nas narrativas dos agentes comunitários de saúde das quatro equipes. *“Não fazemos atividades coletivas, só quando a própria família aborda o assunto, aí a gente orienta” (Equipe Nosor). “Não, nunca”, “Às vezes a gente escuta que alguém passou por isso, mas nunca abordamos o assunto e nem campanha” (Equipe C). “Não, nunca abordaram nada. Nunca teve campanha” (Equipe D). “Que eu me lembre nesses 12 anos não. Nunca teve campanha, em nível de município, estado. Nem panfleto eu nunca vi. Eu particularmente falo que o panfleto, as vezes a pessoa lê, gente as vezes*

*a pessoa presta atenção” (Equipe B).*

Todas as equipes afirmaram já terem se deparado com demandas de mulheres em situação de violência, seja de forma direta por meio de relato de mulheres ou através de relatos de vizinhos ou conhecidos. Quando questionados sobre como procediam diante dessas demandas, foi possível observar que realizavam observação, escuta, orientação e encaminhamentos. *“Antes, no começo a minha paciente não falava, depois que ela comentou comigo, falou que queria se separar, pois ele bebia, ficava agressivo, falava que ia matar ela, tinha ciúmes, depois de um certo tempo ela mesmo veio atras. Eu estava trabalhando em um outro lugar, ela veio e conversou com a Josi, foi orientada e acabou indo parar no ministério público. Ele foi intimado, começou a passar com Dr. Domingos e acabou a brigueira que a gente ouvia la no bairro, agora a gente nem ouve a voz dele, sai para trabalhar cedo, volta só a tarde” (Equipe C).*

O compartilhamento e acompanhamento do caso em conjunto com os demais profissionais da equipe foi uma das práticas apontadas pelos agentes comunitários. *“Fui lá, consegui e passei para a assistente social, teve acompanhamento da assistência e foi preso” (Equipe D).* *“Cheguei aqui e contei para enfermeira, mas a paciente não aceita ser internada, não aceita as consultas de tratamento” (Equipe B).*

Além do trabalho em equipe multiprofissional o acompanhamento longitudinal dos casos faz parte do cotidiano de práticas dos agentes comunitários. *“Na minha área, vou falar do acontecido né, conversei não com uma pessoa que sofreu violência, mas com uma parente próxima, fiz um relatório, conversei com a enfermeira e vi o que poderia ser feito, por ser um assunto delicado, ai a gente conseguiu conversar com a pessoa que sofreu violência, para ver o grau disso. Ai ela foi encaminhada realmente para o social. Esse caso foi encaminhado para psicólogo e psiquiatra, ai a pessoa faz acompanhamento até hoje” (Equipe A).*

De acordo com as equipes, nem todos os casos são bem sucedidos quando os agentes comunitários de saúde adotam práticas para auxiliarem mulheres a enfrentarem a situação de violência que estão inseridas, algumas dessas apresentam resistências as orientações e cuidados, por vergonha dos julgamentos sociais ou principalmente por medo do agressor descobrir. *“Cheguei aqui e contei para enfermeira, mas a paciente não aceita ser internada, não aceita as consultas de tratamento” (Equipe D).* *“Já tentei ajudar*

*de certa maneira, para que viessem aqui, participassem dos grupos, elas não aceitam. Da última vez uma delas falou assim: se ele desconfiar que to indo passar em psicóloga ele me mata, porque ele já jurou". "Na minha área tem uma certa resistência, o que acontece, tem algumas que não procuram ajuda porque não querem expor, pelo medo. Outras vão por outro caminho, vão procurar atendimentos fora da cidade, no particular."* (Equipe A).

A presença dos agressores nos ambientes domésticos ou nas consultas, dificultam a atuação dos agentes comunitários de saúde diante de um contexto de violência, visto que as mulheres sentem-se oprimidas em relatar as demandas e dificultam que os profissionais possam realizar orientações. *"Eu tenho uma paciente que nunca entrei na casa dela, ela não pode abrir a porta porque o marido não deixa, ela só vai onde ele vai", "A madrasta desse rapaz que bate na moça, ela vem toda machucada aqui, passa na psiquiatria, ela nem consegue conversar com a gente, ela fala pra dentro, parece que tem medo. Ela vai se afastando, olha pro marido pra falar", Toda vez que eu ia fazer visita ele sondava pela janela, quando ela começava conversar ele ficava atrás dela me encarando.."* (Equipe B).

Contudo, apesar das dificuldades em acessar as mulheres em situação de violência, os agentes comunitários desenvolveram formas de driblar as barreiras e conseguiram compactuar diferentes formas de atendimento com as mulheres *"Tem uma outra paciente que também era da minha área, agora ela não esta mais, ela mudou, toda vez que eu ia passar visita eu passava mensagem para ela, perguntando se ela estava na casa, ai ela respondia, ah ele esta aqui agora, passa depois do almoço, aí eu ia depois do almoço passar visita".* (Equipe A). *"Eu tive um caso nessa mesma família, que o marido saiu agora da ele maltratava a mãe, a mãe é doente, ele ia tratar dela, ela derrubava comida e ele batia. Os vizinhos vieram me falar, aí eu tive que ir fazer visita no horário de almoço, para que eu pudesse pegar alguma coisa no ar"* (Equipe D).

Embora não tenham formação técnica para atuarem com as demandas de enfrentamento da violência contra as mulheres, as equipes afirmaram adotar as práticas que conseguem para acolher e orientar essas mulheres. Diante disso as equipes foram questionadas de que forma compreendem que a atuação profissional do agente comunitário de saúde pode contribuir para o enfrentamento. *"Com orientação pras*

*mulheres” (Equipe A). “ (Equipe B). “Penso que nessa parte de mais informação né, sobre quem procurar, quando procurar. Que também não é só a violência física, a verbal, tudo jeito, não é só violência física o caso dela procurar fazer boletim de ocorrência”, “Orientar que qualquer coisa que ela ver estranho ali, que não tá de acordo, procurar ajuda é informação. Precisa de mais informação” (Equipe D). “Na identificação, se a gente conseguisse identificar e trazer para unidade, se a gente conseguisse tratar antes de acontecer uma tragédia” (Equipe C).*

Em todas as equipes tiveram relatos de agentes comunitários de saúde que já atuaram diante de demandas de violência contra mulheres, através de orientações e escutas, até mesmo utilizando estratégias para evitar tais práticas quando o agressor está presente. Porém em algumas equipes, alguns profissionais apontaram não se sentirem preparados para lidar com essas demandas e medos de retaliação. *“As vezes até o agente de saúde pode sofrer alguma retaliação, uma ameaça, as vezes a mulher vai relatar pra você e o cara que ta agredindo pode entender errado né, e envolver você no meio”. (Equipe C). “Aqui fica difícil, até englobar essa pauta no nosso trabalho, se coloca essa pauta para nós, vai ser difícil, nós vamos ter resistência para trabalhar” (Equipe D).*

## **Discussão**

Os agentes comunitários deste estudo destacaram a visita domiciliar com uma das principais práticas de saúde, por meio das visitas que eles conseguem realizar ações de cuidado e orientações as demandas das famílias cadastradas ao seu território de atuação. Dentro dos diferentes espaços de cuidado à saúde, encontra-se a atenção domiciliar (AD), uma modalidade integrante da Rede de Atenção à Saúde. Ela é caracterizada por um conjunto de ações voltadas à prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção da saúde, realizadas no domicílio do paciente, com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado. A atenção domiciliar contribui para evitar hospitalizações desnecessárias e pode colaborar com as equipes da atenção básica, aprimorando a eficiência do atendimento. Além disso, o ambiente doméstico se configura como um espaço de cuidado, onde a interação entre profissionais de saúde e pacientes

oferece uma oportunidade para identificar possíveis situações de violência e intervir de forma adequada (Vognar, 2014; Brasil, 2016).

É na casa das famílias que eles conseguem onde conseguem observar a dinâmica familiar, identificar situações de vulnerabilidades que não são verbalizadas e/ou visibilizadas nas consultas da unidade de saúde. As visitas domiciliares como prática regulamentada nas atribuições dos agentes comunitários de saúde, viabilizam aproximação e a construção de vínculo com a família possibilitando conhecer para além do que se pode ver, mas também a subjetividade dos indivíduos que integram a família. (Heisler, et al., 2017; Arboit, et al., 2018).

Neste estudo, os agentes comunitários se reconheceram como interlocutores entre as famílias e a equipe de saúde, incorporando o modelo assistencial pressuposto pela Estratégia Saúde da Família que é o de trabalho em equipe, o qual deve tecer estratégias conjuntas de atuação segundo as atribuições de cada profissional. Nesse sentido, os participantes também se corresponsabilizaram como ponte de acesso ao cuidado integral de mulheres em situação de violência ao serviço de saúde (Arboit, et al., 2018).

A potencialidade das visitas para detecção e abordagem da violência contra a mulher não como um agente denunciante dos casos, mas como um facilitador do acesso e da abordagem compartilhada em equipe foi para os participantes fator significativo de enfrentamento do problema (Machado, J., 2014). Contudo, cabe ressaltar que dependendo do tipo de abordagem dos casos de violência contra a mulher, morar e atuar na comunidade, pode predispor os profissionais a retaliações por parte dos agressores, sendo imprescindível a retaguarda da equipe de referência, quanto ao sigilo e proteção do agente comunitário e no desfecho dos casos (D' Oliveira, et al., 2009).

Na visita domiciliar (VD), os profissionais frequentemente se deparam com casos de violência, que ocorrem no ambiente privado, ou seja, na residência do paciente. Esses casos, muitas vezes graves, envolvem o companheiro, que pratica diferentes tipos de violência acarretando danos que se não forem devidamente acompanhadas prejudicam as condições de vida da mulher e da família como um todo. Dessa forma, as práticas profissionais diante de situações de violência na visita exigem uma abordagem cuidadosa e integrada (Maia, et al., 2018).

Além de assumir a responsabilidade de interlocutores entre a mulher/equipe nos casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher, os participantes deste estudo deixaram claro que a violência contra a mulher é reconhecidamente problema de saúde pública, preenchendo essa lacuna apontada pela literatura. Inclusive eles conseguiram caracterizar diferentes tipos de violência (física, psicológica, sexual, entre outras) e associar a sintomas físicos e psicológicos que aparecem como demandas na unidade de saúde. Diferentemente do que a literatura tem apontado em alguns estudos, em que os profissionais da atenção primária às saúdes não reconhecem a violência contra a mulher como um problema de saúde e, portanto, não costumam abordá-lo nos atendimentos (Machado, D., 2016; Machado, D., 2021; D'Oliveira, et al., 2020).

A preocupação com a assistência às mulheres em situação de violência tem ganhado destaque nos estudos, tanto no Brasil quanto internacionalmente (D' Oliveira, et al., 2009; Machado, J., et al., 2014). Dentro dessa abordagem, surgem estudos que ressaltam a importância da Atenção Primária à Saúde (Hesler, et al., 2013; Brasil, 2012). Os serviços de Atenção Primária são a porta de entrada para o Sistema de Saúde e são acessados usualmente pelas mulheres e famílias, atuam de maneira contínua com a família e a comunidade a ela vinculada, acumulando experiência para lidar com as situações que surgem nesse contexto familiar. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma modalidade de serviço que, ao combinar a assistência curativa com ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, tem a possibilidade de oferecer suporte contínuo às mulheres, independentemente de necessidades relacionadas a demandas fisiológicas específicas. Ela incentiva que as mulheres procurem o serviço, mesmo na ausência de sintomas ou problemas de saúde já instalados (D'Oliveira, et al., 2020; American Medical Association, 1992; Sagot, 2000).

Além de reconhecer a violência como problema de saúde pública os participantes deste estudo avançaram no enfrentamento do problema elencando formas de enfrentamento que vão além de práticas imediatas para cessar a violência até estratégias de atuação visando a transformação sociocultural por meio de atuações coletivas e integradas com os demais setores da comunidade e equipamentos sociais, reafirmando assim a lógica da Atenção Primária que é de prevenção e promoção de saúde articulada com a rede intersetorial (Guimarães, 2015; Machado, D., 2016; Silva, 2020) .

Os Agentes Comunitários de Saúde que participaram do presente estudo identificaram que o fenômeno da violência pode ser prevenido com práticas emancipadoras de desconstrução do patriarcado com atividades de empoderamento feminino e socialização dos diferentes papéis de gênero. Além disso os relatos demonstraram compreensão das causas e origem do problema como o machismo.

Diversos estudos têm mostrado como os valores culturais machistas e patriarcais, que ainda persistem em nossa sociedade, estão diretamente relacionados à alta incidência de violência contra as mulheres e às profundas desigualdades de poder e direitos que elas continuam a enfrentar (Chauí, 2003; Diniz, 2003; Guimarães, 2015). Deste modo, há diferentes formas de enfrentar o problema com ações imediatas e de longo prazo, com crianças, mulheres e homens adultos, por meio de ações educativas, nos espaços domésticos, escolares e de saúde com práticas emancipadoras de desconstrução do patriarcado. A desnaturalização dos papéis de gênero e consequentemente do patriarcado criam condições de combate, reconhecimento dos diferentes tipos de violência e de enfrentamento da violência no âmbito público e no privado (Kergoat, 2009; Nascimento, 2014, Machado, 2021).

A preocupação com o processo de socialização das crianças diante dos cenários de violência contra as mulheres aponta para a relevância de considerar que a violência nos espaços domésticos produz consequências prejudiciais as crianças ou filhos que são expostos cotidianamente a esses cenários, pois estas serão socializadas em ambientes naturalmente violentos e cujo controle sobre a mulher é considerado inerente as relações, com isso esses podem aprender a se relacionar de forma violenta tanto dentro como fora das famílias (Kergoat, 2009; Nascimento, 2014; Machado, 2021; Bandeira, 2017).

Os participantes deste estudo identificaram casos de famílias em que a violência se tornou parte do cotidiano de forma naturalizada, com ênfase nas repetições de comportamentos ao longo de diferentes gerações. Nesse contexto, é fundamental destacar a relevância de ações públicas voltadas para a educação sobre a não violência. Iniciativas dentro das unidades de saúde, como a distribuição de cartazes e panfletos, podem ser formas eficazes de fornecer informações aos usuários de diversas faixas etárias. Mesmo quando a violência já está presente, essas ações têm um potencial preventivo, pois ajudam a desconstruir a naturalização da violência e a evitar sua

transmissão transgeracional. O acesso à informação e ao cuidado pode, assim, proporcionar uma perspectiva crítica e prevenir futuros episódios violentos nas relações familiares. (D' Oliveira, 2009). O empoderamento feminino e a socialização dos diferentes papéis de gênero como práticas para desconstrução da naturalização da violência, reconhecendo que estes aspectos devem fazer parte da educação e desenvolvimento das crianças e adultos a longo prazo, rompendo com a educação sexista e patriarcal que submete a mulher ao plano inferior de obediência e submissão, coisificando-a e retirando seu poder de escolha e igualdade de oportunidade deve permear as práticas de cuidado em saúde. Essa é uma importante forma de transformação estrutural de sociedades patriarcais, machistas e sexistas (Sen, 2000; Guimarães, 2015).

Chamou atenção que na maioria das narrativas dos participantes, o olhar crítico e desconstruído sobre a causa da violência contra a mulher, estruturada no modelo patriarcal, foi referência para explicar as demandas atendidas no cotidiano de suas práticas. Essa leitura crítica da desigualdade de gênero possibilitou aos agentes a compreensão humanizada e ampliada sobre os distintos motivos da mulher permanecer em uma relação mesmo em situação de violência

O rompimento da violência requer das diferentes políticas: proteção social, de segurança pública, de saúde e financeira. As mulheres precisam de segurança, autonomia e suporte formal (políticas de proteção social) e informal (família e comunidade) para romper definitivamente com o ciclo de violência. O ideal é que a autonomia das mulheres seja um processo iniciado na infância, com uma socialização que questione as desigualdades de gênero, educando meninas a serem mulheres que possuam uma visão crítica acerca dos papéis de gênero na sociedade, e com isso mulheres consigam possuir o controle da própria vida, acesso a recursos e possibilidades de fazer escolhas seguras (Machado, 2021).

Apesar da percepção crítica da maioria dos agentes sobre a violência contra a mulher, os discursos de dois deles ainda reiteraram a naturalização e culpabilização da mulher pela situação de violência sofrida segundo as normas do senso comum.

As percepções desses profissionais que naturalizam atos de violência contra as mulheres evidenciam a necessidade de compreender fenômeno da violência contra as mulheres como uma força social herdada da ordem patriarcal com capacidade de

estruturar relações sociais, pois carrega diversos significados e significações, em que as relações sociais são marcadas por relações de poder e dominação, onde a violência é posta como uma força estruturadora das relações de gênero, que determina o processo de socialização de gênero dos sujeitos desde a infância (Bandeira, 2017).

A naturalização da violência foi perceptível em discurso de profissionais homens e mulheres, o que faz considerar que discurso machista não está somente aliado as percepções masculinas das relações, mas igualmente as mulheres, essa herança patriarcal atribui a homens e mulheres percepções e atos que são produtos de uma sociedade machista e sexista (Vinhas, 2011).

### **Considerações finais**

Os participantes do presente estudo demonstraram clareza sobre a norma sociocultural que influencia comportamentos violentos e posicionam hierarquicamente mulheres ao controle e submissão masculinos.

As narrativas apontaram que eles possuem apropriação da origem do problema com ideias de intervenção emancipadora tanto para o acompanhamento das mulheres que vivenciam a situação quanto para prevenção de futuros atos por meio da educação sobre o patriarcado e as desigualdades de gênero no seio familiar. Nesse sentido, as práticas destes profissionais estão em consonância com o paradigma preconizado pela Atenção Primária à Saúde, que é o de acompanhamento integral, longitudinal, de prevenção e promoção da saúde da população sob sua responsabilidade.

Este estudo, reafirma a importância dos agentes comunitários de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher. Além disso, os resultados destacam que cada vez mais as práticas em saúde estão se aproximando das orientações preconizadas pelas leis e políticas de proteção às mulheres contra a violência por parceiro íntimo.

Apesar da significativa contribuição dos profissionais para o enfrentamento do tema na estratégia de saúde da família, foram destacadas dificuldades de ações limitadas pela falta de formação adequada destes profissionais e da ausência de articulação com a rede intersetorial pela equipe de referência.

Cabe ressaltar que este estudo, traz um recorte de determinada realidade, impossibilitando generalizações. Contudo, por ter sido realizado em um município de pequeno porte, os resultados demonstraram que percepções críticas sobre a ordem societária patriarcal, por parte dos agentes comunitários de saúde, facilitou práticas humanizadas em saúde que desnaturalizam a violência contra a mulher.

## Referências

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence**. Arch Fam Med. 1992 Sep;1(1):39-47. doi: 10.1001/archfami.1.1.39. Erratum in: Arch Fam Med 1992 Nov;1(2):287. PMID: 1341587. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1341587/>.

ARBOIT, J, COSTA M. C, SILVA, E. B, COLOMÉ, I.C.S, PRESTES, M. **Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde**. Saúde Soc 2018; 27(2):506-517.

BANDEIRA, L. M. **Violência, gênero e poder: múltiplas faces**. In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane; ZANELLO, Valeska; SILVA, Edlene; PORTELA, Cristiane (org.). Mulheres e violências: interseccionalidades. Brasília: Technopolitik, 2017. E-book (628 p.). Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2017/03/Mulheres-e-viol%C3%A2ncias-interseccionalidades.pdf>.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência 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; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** [internet]. Brasília, DF: Secretaria de Política para as Mulheres, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos->

diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17.12.13.

BRASIL. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://conacs.org.br/wp-content/uploads/2023/09/guia\\_acs.pdf](https://conacs.org.br/wp-content/uploads/2023/09/guia_acs.pdf).

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade**. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (Supl. 1): 1509-20 [Acessado em 07 de março de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>.

CHAUÍ, Marilena. Ética, política e violência. In T. Camacho (Ed.), **Ensaio sobre violência**. (pp. 39-59). Vitória: Edufes. 2003.

Diniz, G. R. S. & Angelim, F. P. **Violência doméstica - por que é tão difícil lidar com ela?** Revista de Psicologia da Unesp. 2003. v. 2 n. 1. 20-35. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/14>.

D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; PEREIRA S.; SCHRAIBER L. B.; GRAGLIA C. G. V.; AGUIAR J. M. D. E.; SOUSA P. C. D. E., et al. **Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática**. Interface (Botucatu) [Internet]. 2020;24:e190164. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>.

D' OLIVEIRA A. F. P. L, SCHRAIBER L.B, HANADA H., DURAND J. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a**

**atenção primária em saúde.** Ciência& Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1037-1050. [Acessado 27 Março 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>.

GUIMARÃES, M. C; PEDROZA, R. L. S. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas.** Psicol Soc [Internet]. 2015 May;27(2):256–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>.

HESLER, L.Z, Costa M.C, Resta D.G, Colomé I.C.S. **Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde.** Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(1): 180-186. [Acessado em 12 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>.

HESLER, E. D. et al. **Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência.** Ciênc. cuid. saúde ; 16 (3) jul. -set. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967660>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2022.** São Paulo: IBGE, 2024

KERGOAT, D. **Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo.** In: Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D, organizadores. Dicionário crítico do feminismo. São Paulo: Editora UNESP; 2009, p. 67-75.

LIMA, N. J. S. O.; PACHECO, L. R. **Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde.** Rev. Enferm. UFPE on line., Recife, 10(Supl. 5):4279-85, nov., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11174/0>.

MAIA, M. A.; SILVA, M. A. C.; PAIVA, A. C. O.; SILVA, D. M.; ALVES, M. **Práticas profissionais em situações de violência na atenção domiciliar: revisão integrativa.**

Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 9 [Acessado 20 Dezembro 2024], pp. 3587-3596. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.27992018>>. ISSN 1678-4561.

MACHADO, D. F., CASTANHEIRA, E. R. L. E ALMEIDA, M. A. S. **Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 3 [Acessado 27 Março 2022]. p. 5003-5012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020>.

MACHADO, D.F, MCLELLAN, K.C.P, NASCIMENTO. C. M., CASTANHEIRA, E.R.L, ALMEIDA, M.A.S. **Abordagem da violência contra a mulher no ensino médico: um relato de experiência.** Rev Bras Educ Med 2016; 40(3):511-520.

MACHADO, J. C., RODRIGUES, P. V., VILELA, A. B. A., MORAIS, R. L. G. E ROCHA, E. N. **Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de saúde da família.** Dossiê Violência questão de interface entre a saúde e a sociedade. 2014, v. 23, n.3, p. 828- 840. [Acessado 10 agosto 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>.

NASCIMENTO, A. C. O. **Divisão sexual dos brinquedos infantis: uma reprodução da ideologia patriarcal.** Soc Quest 2014; 17(32):257-276.

NAVARRO, S. T. **O patriarcado rides again.** In: Stevens C, Oliveira S, Zanello V, Silva E, Portela C, organizadores. Mulheres e violências: interseccionalidades. Brasília: Technopolitik; 2017. p. 50-64.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo; 2015.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violência intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países.** Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Doi: 10.13140/2.1.4019.8726.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. **Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher.** Cad. Saúde Pública, v. 25, supl. 2, p. S205-S216, 2009. [Acessado 01 fevereiro 2022], pp. 5003-5012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>.

SEN, G.; BATLIWALA S. **Empowering women for reproductive rights.** In: Presser HB, Sen G, organizador. Women's empowerment and demographic processes. Oxford: Oxford University Press; 2000.

SILVA, V. G; RIBEIRO, P. M. **Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde.** Esc Anna Nery [Internet]. 2020;24(4):e20190371. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0371>.

SOUZA, F. C. **Desvendando práticas familiares e escolares a partir das relações de gênero: uma reflexão sobre a educação de meninos e meninas [tese].** Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara; 2007.

TAVARES, G. A. **A comunicação entre os agentes comunitários de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família.** [Dissertação de Especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Curitiba; 2002. [Acessado 02 outubro 2022], pp. 5003-5012.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VINHAS, W. **Construção social da violência e direitos humanos**. Irecê: Uiversidade do Estado da Bahia, 04 dez. 2010. Palestra proferida durante a Campanha pelo Fim da Violência Contra Mulheres: “Direitos sexuais e Direitos Humanos”: construção social da violência e direitos humanos.

VOGNAR, L; GIBBS, L. M. **Care of the Victim**. Clin Geriatr Med 2014; 30(4):869-880.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, DC, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da violência na espera de atuação, em um município de pequeno porte, do interior do estado de São Paulo.

Por se tratar de município de pequeno porte não conta com serviços especializados para atendimento e acompanhamento de mulheres em situação de violência, os profissionais destacaram o quanto a falta desses serviços e intuições especializadas implicam na dificuldade orientar e ofertar atenção integral as mulheres em situação de violência. Enquanto serviços de saúde, as narrativas destacam que a prática destes profissionais está embasada no paradigma preconizado pela Atenção Primária a Saúde, que prevê acompanhamento integral, longitudinal, de prevenção e promoção da saúde da população sob sua responsabilidade

Através das narrativas dos profissionais entrevistados foi possível perceber que estes adotam práticas de acolhimento e orientação no dia a dia de atuação, mesmo sem receber formação específica para a atuação diante de violência contra a mulher, além disto buscam compartilhar as demandas com a equipe em busca de discutir estratégias de acolhimento e enfrentamento.

Os participantes da pesquisa demonstraram reconhecer o impacto das normas socioculturais nos comportamentos controladores e violentos manifestados por homens e a conduta de submissão e obediência esperada das mulheres, percebem essas manifestações como heranças da sociedade patriarcal e preocupam com a repercussão dessas no desenvolvimento e formação de crianças e adolescentes que presenciam relacionamentos marcados pela violência contra a mulher.

Ao reconhecer a origem do problema os agentes comunitários de saúde apontaram a necessidade de intervenções emancipadoras, tanto para enfrentamento das demandas de violências existentes quanto para a prevenção de futuras demandas, por meio de educação sobre o patriarcado e as desigualdades de gênero no seio familiar e através políticas públicas em diversos setores e de serviços especializados de atendimento as mulheres em situação de violência.

Sendo assim, demonstrou-se através da pesquisa a importância dos agentes comunitários de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher, tanto como um elo entre demandas de violência e serviços de saúde, como um elo entre demandas de violência e equipes de saúde, pois este profissional no dia a dia de atuação consegue perceber e reconhecer demandas que escapam das narrativas existentes nas consultas de triagem com enfermeiros e consultas médicas.

Os resultados destacam que cada vez mais as práticas em saúde estão se aproximando das orientações preconizadas pelas leis e políticas de proteção às mulheres contra a violência por parceiro íntimo. Apesar da significativa contribuição dos profissionais para o enfrentamento do tema na estratégia de saúde da família, foram destacadas dificuldades de ações limitadas pela falta de formação adequada destes profissionais e da ausência de articulação com a rede intersetorial pela equipe de referência.

Contudo, esta pesquisa apresenta um recorte de determinada realidade, impossibilitando generalizações, entretanto, por ter sido uma pesquisa de cunho qualitativa, os resultados demonstraram que percepções críticas sobre a ordem societária patriarcal, por parte dos agentes comunitários de saúde facilitaram práticas humanizadas em saúde que desnaturalizam a violência contra a mulher.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARBOIT, J. et al. **Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.2, p.506-517, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>.

BANDEIRA, L. M. **Violência, gênero e poder: múltiplas faces.** In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane; ZANELLO, Valeska; SILVA, Edlene; PORTELA, Cristiane (org.). Mulheres e violências: interseccionalidades. Brasília: Technopolitik, 2017. E-book (628 p.). Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2017/03/Mulheres-e-viol%C3%AAs-interseccionalidades.pdf>.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica contra a mulher e dá outras providências.** Brasília (DF): Presidência da República; 2006 [Acessado em 07 de março de 2022]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm).

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Política para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres** [internet]. Brasília, DF: Secretaria de Política para as Mulheres, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 17.12.2023.

BRASIL. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://conacs.org.br/wp-content/uploads/2023/09/guia\\_acs.pdf](https://conacs.org.br/wp-content/uploads/2023/09/guia_acs.pdf).

BROCH, D. et al. **Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde.** Rev. enferm. UFPE on line ; 10(10): 3743-3750, Out. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30103>.

CARDOSO, A. S; Nascimento, M. C. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade.** Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 (Supl. 1): 1509-20 [Acessado em 07 de março de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>.

D' OLIVEIRA A. F. P. L, Schraiber L.B, Hanada H., Durand J. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde.** Ciência& Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1037-1050. [Acessado 27 Março 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413->

81232009000400011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024**. [Acessado em 20 de dezembro de 2024]. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>.

GUEDES, J. S.; Santos, R. M. B.; Lorenzo, R. A. V. D. **A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002)**. Saúde Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, 2011. [Acessado em 05 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006>.

GUIMARÃES, M. C; PEDROZA, R. L. S. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas**. Psicol Soc [Internet]. 2015 May;27(2):256–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>.

HESLER, L.Z, Costa M.C, Resta D.G, Colomé I.C.S. **Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde**. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(1): 180-186. [Acessado em 12 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>.

HESLER, E. D. et al. **Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência**. Ciênc. cuid. saúde ; 16 (3) jul. -set. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967660>.

JACINTO, A. M. F. L. **Violência doméstica contra a mulher: representações e práticas do agente comunitário de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.6.2018.tde-15082018-154651>.

KISS, L.B, Schraiber, L. B. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1943-1952,2011. [Acessado em 05 de julho de 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300028>.

LIMA, N. J. S. O.; PACHECO, L. R. **Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde**. Rev. Enferm. UFPE on line., Recife, 10(Supl. 5):4279-85, nov., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11174/0>.

MACHADO, D. F., CASTANHEIRA, E. R. L. E ALMEIDA, M. A. S. **Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 3 [Acessado 27 Março 2022] , pp. 5003-5012. Disponível em:

MACHADO, J. C., RODRIGUES, P. V., VILELA, A. B. A., MORAIS, R. L. G. E ROCHA, E. N. **Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de saúde da**

**família.** Dossiê Violência questão de interface entre a saúde e a sociedade. 2014, v. 23, n.3, p. 828- 840. [Acessado 10 agosto 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>.

MACHADO, J.C. et al. **Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher.** Enfermería Global, 21(68): 216-229, Oct. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-210006>.

MACHADO, J. C. **Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.828-840, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJspb6DwvFvzK5KdTy5k43k/?format=pdf&lang=pt>.

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde.** In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros.** In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. P. 9 - 42. [Acessado 01 fevereiro 2022], pp. 5003-5012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf).

MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23a. Ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

MOREIRA, T. N. F. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família.** São Paulo; s.n; 2012. 133 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-666631>.

NAVARRO, S. T. **O patriarcado rides again.** In: Stevens C, Oliveira S, Zanello V, Silva E, Portela C, organizadores. **Mulheres e violências: interseccionalidades.** Brasília: Technopolitik; 2017. p. 50-64.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, p. 158-164, 2013.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo; 2015.

SILVA, C. D. **Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários.** Ver. Esc. Enferm. USP · 2015; 49(1):22-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TsFjKk47h6W9JWF7wsNQ7Sy/?lang=pt&format=pdf>.

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.

SCARANTO, C. A. A, Biazevic, M. G. H, Michel-Crosato E. **Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.** Psicologia Ciência e Profissão. 2007; 27(4): 694-705. [Acessado 04 novembro 2022], pp. 5003-5012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400010>.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Unesp, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'Oliveira, A. F. P. L.; Couto, M. T. **Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher.** Cad. Saúde Pública, v. 25, supl. 2, p. S205-S216, 2009. [Acessado 01 fevereiro 2022], pp. 5003-5012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400003>.

SILVA, C. D. et al. **Cuidado às vítimas de violência doméstica: representações sociais de discentes de enfermagem.** Online braz. j. nurs. (Online);17(4)dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119534>.

TAVARES, G. A. **A comunicação entre os agentes comunitários de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família.** [Dissertação de Especialização]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Curitiba; 2002. . [Acessado 02 outubro 2022], pp. 5003-5012. Disponível em:

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em Saúde no Brasil.** Bol. Of. Sanit. Panam., Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

ZUCHI, C. Z. et al. **Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da escuta.** REME rev. min. enferm ; 22: e-1085, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905071>.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**QUESTIONÁRIO - SÓCIODEMOGRÁFICO**

**Grupo Focal:** PSF Campo Belo ( ) PSF Zilda ( ) PSF Nosor ( ) PSF Wanderley ( )

**Identificação:**

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Sexo:

Orientação sexual: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Outro

Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Separada ( ) União estável não formalizada ( ) União estável formalizada ( ) Outro

Raça/etnia autodeclarada: ( ) Preta ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outro

Religião: ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Espírita ( ) Umbanda/Candomblé ( ) Agnóstico ( )

Ateia ( ) Outro

**Escolaridade:**

( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental Completo

( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

( ) Outros ( ) Prefere não declarar

Qual curso:

**Aspectos Ocupacionais:**

Tempo de atuação:

Atualmente está trabalhando?

( ) Sim ( ) Não

**PERGUNTAS NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL:**

Como é sua rotina de Agente Comunitário de Saúde?

Fale sobre as atividades desenvolvidas por vocês na Atenção Primária?

Fale sobre o que vocês consideram violência contra as mulheres.

O que vocês conhecem a respeito da violência contra as mulheres?

Vocês compreendem a demanda de violência contra mulheres como uma questão de saúde? Fale sobre.

Na rotina diária do trabalho de vocês são realizados trabalhos de prevenção para a violência contra mulher?

No dia a dia de trabalho, vocês já se depararam com esse tipo de demanda? Fale sobre.

Como vocês procedem quando identificam um contexto de violência contra mulher?

Como você compreende que sua atuação profissional pode contribuir para o enfrentamento dessa demanda?

Me conte um caso de violência contra mulher que você identificou na comunidade que atua.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
RESOLUÇÃO 466/2012**

Você foi convidado (a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes nesse documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que a participação é voluntária. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida, você deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após estar esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no verso deste documento.

**Informações sobre a pesquisa:**

**Título do Projeto de Pesquisa:** Violência contra as mulheres: percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde frente à demanda.

**Pesquisadores Responsáveis:** Ana Paula Leme dos Santos e a Profa. Dra. Margareth Ap. Santini de Almeida (orientadora) e Dinair Ferreira Machado (coorientadora), do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Contato: apl.santos@unesp.br (14) 99773-8507.

**Finalidade da pesquisa:** Identificar e compreender as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da violência na esfera de sua atuação.

**Benefícios da pesquisa:** Espera-se que o estudo contribua para identificar as percepções dos agentes comunitários de saúde frente a demanda de violência contra a mulher e quais práticas adotam no enfrentamento, além de contribuir para futuros desenvolvimento de educação continuada e treinamentos para esses profissionais, visando aprimorar suas atuações diante da demanda e com isso realizar trabalhos preventivos e minimizar a alta

ocorrência de violência contra mulheres.

**Procedimentos:** A técnica utilizada para a coleta de dados será a realização de grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde de cada unidade PSF, com a participação de 7 a 9 participantes cada grupo. Inicialmente cada participante preencherá um formulário com questões para a caracterização dos participantes. Depois a pesquisadora conduzirá uma discussão acerca de qual a percepção que os agentes comunitários de saúde têm acerca da temática de violência contra às mulheres e quais práticas adotam quando se deparam com essa demanda no dia a dia de atuação profissional. A duração do grupo é prevista para 1 hora e 30 minutos, e os dados da discussão serão gravados, transcritos e posteriormente destruídos.

**Riscos:** Compreende-se que ao falar sobre o assunto tema da pesquisa o participante possa sentir uma demanda de carga emocional ou sofrimento, ocasionando desconforto, porém na ocorrência desse evento é possível interromper a participação em qualquer momento e este receberá assistência, caso seja necessário.

**Participação:** A participação é voluntária e a qualquer momento do processo de pesquisa você poderá recusar-se a continuar ou a participar de alguma etapa em particular, sem qualquer prejuízo, ou penalização.

**Compromisso dos Pesquisadores:** Os pesquisadores se comprometem em usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos deste estudo, garantindo que: 1) Todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade das participantes; 2) As entrevistas serão gravadas e após a transcrição as fitas de gravação serão destruídas; 3) No texto de relatórios, artigos e em quaisquer outros documentos escritos serão utilizados nomes fictícios para referir-se aos participantes da pesquisa; 4) As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos; 5) Os resultados da pesquisa serão divulgados nos serviços da Rede de Atenção de Botucatu e publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

**Formas de assistência:** Caso a participação na pesquisa venha a gerar mobilização

emocional excessiva ou a participante venha solicitar acompanhamento e ou assistência, mesmo após ao término ou se sair da pesquisa, a pesquisadora responsabiliza-se em orientar a participante quanto aos seus direitos e como acessar a rede de apoio (saúde, assistência social e segurança pública) e auxiliar no encaminhamento para acompanhamento especializado, caso necessário, de forma integral e gratuita.

**Formas de ressarcimento e indenização:** A pesquisa não acarretará custos, tendo a participante o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Informações adicionais:** Este documento contém 2 vias, uma entregue ao participante da pesquisa (presencial ou de forma digital ou outra forma) e a outra será mantida em arquivo pelo pesquisador, sendo importante ao participante guardar a sua cópia deste documento.

Durante o decorrer da pesquisa, caso venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação complementar use o endereço ou telefone da pesquisadora (informado no verso), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa FMB/Unesp, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609. Endereço: na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas.

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar como voluntária do estudo descrito no verso desse documento. Assim como autorizo a utilização e reprodução dos resultados em atividades acadêmicas, trabalhos científicos e meios de informação. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Ana Paula Leme dos Santos, vinculada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu/ Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos assim como os riscos

e benefícios de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem acarretar nenhuma penalidade.

Itaporanga, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da Participante

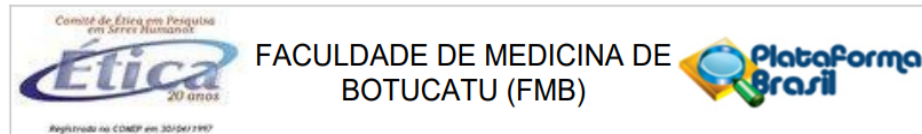
---

Ana Paula Leme dos Santos

---

Profª Drª Margareth Ap. Santini de Almeida

## ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Violência contra as mulheres: percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde frente à demanda.

**Pesquisador:** ANA PAULA LEME DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71549423.0.0000.5411

**Instituição Proponente:** Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

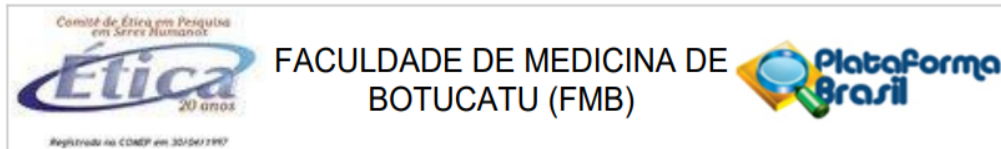
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.451.617

**Apresentação do Projeto:**

A violência contra as mulheres é uma violação dos direitos humanos que está presente na sociedade desde seus primórdios, reconhecer esse tipo de violência como uma questão que demanda oferta de políticas públicas para o enfrentamento requer muitos esforços na formulação e implementação de políticas. A demanda de assistências para enfrentamento da problemática implica na necessidade de políticas públicas em saúde para acolher e cuidar dessas vítimas, considerando que os serviços e profissionais de saúde são importantes desde a detecção até o enfrentamento da violência de gênero. Dentre os serviços de saúde envolvidos, se considera que as unidades Estratégias Saúde da Família é um dos principais serviços atuantes, uma vez que os profissionais das unidades conhecem a realidade da comunidade que atuam. Diante deste contexto, este estudo tem como objetivo analisar e compreender as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da violência na esfera de sua atuação. Será realizada pesquisa de natureza qualitativa, através da técnica de grupo focal, mediante entrevistas com os agentes comunitários de saúde. Pretende-se a realização de pelo menos quatro grupos focais, ou seja, no mínimo de um grupo para cada USF, que será desenvolvido no município de Itaporanga/SP.

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior  
**UF:** SP  
**Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609  
**CEP:** 18.618-970  
**E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.451.617

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar e compreender as percepções dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra a mulher e quais são as práticas adotadas para o enfrentamento da violência na esfera de sua atuação.

Objetivo Secundário:

Conhecer a rotina e práticas dos agentes comunitários de saúde na Estratégia saúde da Família.

Compreender as percepções dos agentes comunitários de saúde a respeito da violência contra mulher.

Identificar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde em relação à violência contra mulher como uma questão a ser abordada na área da saúde.

Identificar se na rotina diária de trabalho dos agentes comunitários de saúde são realizados trabalhos de prevenção para violência contra mulher.

Descrever como o agente comunitário de saúde procede a partir da identificação de um contexto de violência contra mulher.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Compreende-se que ao longo da pesquisa, os possíveis riscos são danecessidade de quebra de sigilo e desconforto do participante ao responder a pesquisa, uma vez que o participante ao falar sobre a temática da pesquisa pode vir a sentir uma demanda de carga emocional ou sofrimento, e com isso pode sentir-se inseguro ou desconfortável para compartilhar suas experiências, não conseguindo expressar verbalmente seu ponto de vista, ou demandar desistir de participar. Na ocorrência deste evento é possível interromper a participação em qualquer momento e este receberá assistência, caso seja necessário. Diante de possíveis impasses, a pesquisadora se compromete de acolher e abordar o participante da melhor maneira, visando ouvir, compreender e resolver a questão de forma ética, segura e respeitosa com todos os participantes.

Benefícios:

Busca-se com a realização da pesquisa identificar as percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde frente as demandas de violência contra mulher, e com isso identificar se esse enfrentamento está ocorrendo no município em que ocorrerá a pesquisa, e em caso de negativa, propor ações possíveis de enfrentamento.

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n

**Bairro:** Rubião Junior

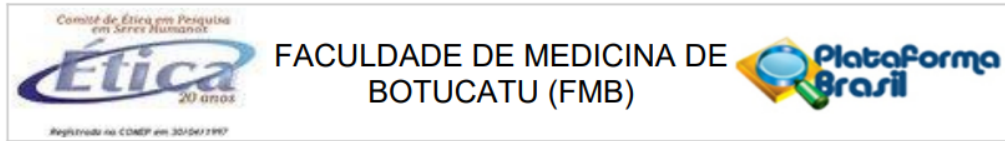
**UF:** SP

**Telefone:** (14)3880-1609

**Município:** BOTUCATU

**CEP:** 18.618-970

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.451.617

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, considerando que sua metodologia tem por finalidade explorar a dimensão subjetiva dos fenômenos (MINAYO, 2004).

Através da pesquisa qualitativa, busca-se o aprofundamento no universo dos significados individuais, que aborda as representações do fenômeno estudado para a pessoa, ou seja, qual o significado daquele fenômeno para ela. Portanto, com essa abordagem, busca-se compreender as percepções e atuações dos agentes comunitários de saúde diante da demanda de violência contra as mulheres (TURATO, 2005). Para a realização da análise e compreensão dos dados obtidos na pesquisa, serão considerados os apontamentos da Análise de Conteúdo proposta Bardin (2011), que define as seguintes etapas: Pré - Análise, que prevê a partir da leitura das entrevistas a organização do material, reconhecimento das ideias iniciais do texto e levantamento das impressões que servem para início da análise dos dados. Fase de Exploração, a partir de estudo orientado pelos objetivos e referenciais teóricos, visando transformação dos dados brutos do texto, através de recortes, classificação e agregação, chegando a representação e categorização do conteúdo obtido. E a Fase de Tratamento dos resultados, onde através das relações e deduções subsidiadas pela fundamentação teórica e reflexão, permitem obter resultados e considerações acerca do estudo proposto na pesquisa. No presente estudo será utilizado como referencial teórico para análise o conceito de gênero, na sua manifestação enquanto violência de gênero. A amostra será de 32 pesquisados. A hipótese é que os agentes comunitários de saúde são os profissionais de saúde que identificam as mulheres em situação de violência em suas visitas ou demais ações comunitárias.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, Folha de rosto, Cronograma, Projeto, Anuência da Instituição, TCLE.

**Recomendações:**

Não há.

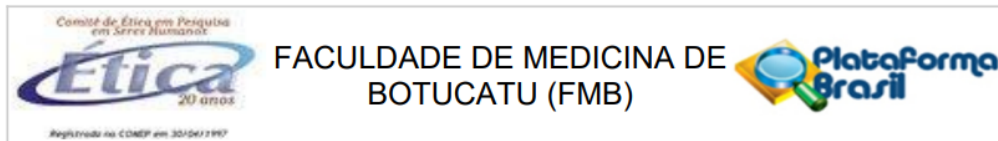
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, o PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.451.617

O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2173271.pdf	25/09/2023 10:37:06		Aceito
Outros	CARTARESPOSTACP.docx	25/09/2023 10:36:48	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/09/2023 12:04:31	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Outros	PROJETOAGOSTOPDF.pdf	01/09/2023 12:03:53	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Outros	IDENTIFICACAOENTREVISTADO.docx	10/07/2023 15:03:57	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/07/2023 15:01:10	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	CONSENTIMENTOSECRETARIA.pdf	08/07/2023 13:54:43	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAOPESQUISA.pdf	08/07/2023 13:53:49	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	TERMOANUENCIAUNESP.pdf	08/07/2023 13:47:02	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOPRONTOPDF.pdf	08/07/2023 13:42:44	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOASSINADA.pdf	08/07/2023 13:38:30	ANA PAULA LEME DOS SANTOS	Aceito

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

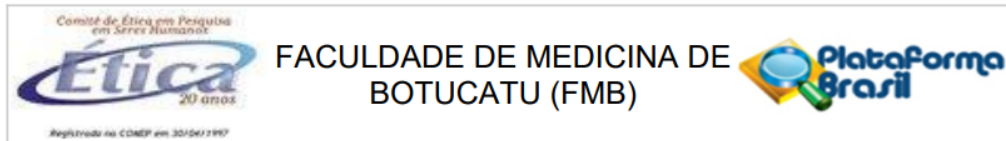
**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 6.451.617

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 24 de Outubro de 2023

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n  
**Bairro:** Rubião Junior      **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP      **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1609      **E-mail:** cep@fmb.unesp.br



