



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**



**JULIANA COSTA MACHADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: ESTRUTURA DE  
PENSAMENTO, CONCEITOS E PRÁTICAS**

**JEQUIÉ-BA**

**2020**

**JULIANA COSTA MACHADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: ESTRUTURA DE  
PENSAMENTO, CONCEITOS E PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Doutora, área de concentração em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alba Benemérita Alves Vilela

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanda Palmarella Rodrigues

**JEQUIÉ-BA**

**2020**

M149r Machado, Juliana Costa.

Representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher: estrutura de pensamento, conceitos e práticas / Juliana Costa Machado.- Jequié, 2020.

160f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Alba Benemerita Alves Vilela e coorientação da Profa. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues)

1.Violência contra a mulher 2.Violência doméstica 3.Gênero e saúde  
4.Agentes comunitários de Saúde 5.Estratégia saúde da família  
6.Enfermagem I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 364.374070981

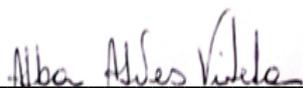
**JULIANA COSTA MACHADO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: ESTRUTURA DE  
PENSAMENTO, CONCEITOS E PRÁTICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito para obtenção do Título de Doutora, área de concentração em Saúde Pública.

Jequié-BA, 29 de Julho de 2020

**BANCA EXAMINADORA**



---

**Prof.ª Dr.ª Alba Benemérita Alves Vilela**

Doutora em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



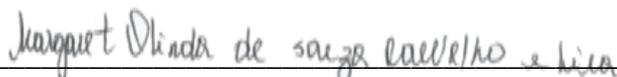
---

**Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes**

Doutor em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem

Universidade Estadual do Rio de Janeiro



---

**Prof.ª Dr.ª Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira**

Doutora em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas

Universidade Federal do Vale do São Francisco



---

**Prof.ª Dr.ª Sinara de Lima Souza**

Doutora em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem

Universidade Estadual de Feira de Santana



---

**Prof.ª Dr.ª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**

Doutora em Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

*Dedico este trabalho aos meus pais  
Jorlando e Sônia, ao meu esposo Marone  
e aos meus filhos, meus diamantes, Arthur  
Maroni e Gabriel. A vocês todo o meu  
amor!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, autor do meu destino, a cada conquista tenho certeza que são os planos Dele se cumprindo em minha vida. Ele alimentou a minha alma, acalmou meu coração e me deu esperança durante toda a jornada deste estudo. Senhor, a ti toda Honra e toda Glória!

À **minha Nossa Senhora, minha mãe Maria**, como sou fortalecida tantas e tantas vezes com seu Manto Sagrado! És a minha intercessora e protetora! Ao sentar-me em frente ao computador para escrever linhas e mais linhas, eu sempre clamava “Maria passa na frente”! A partir daí, tudo fluía, tudo acontecia...

Aos meus pais, **Jorlando e Sônia**, por sempre acreditarem em mim, com simplicidade, souberam me educar, me amar e me mostrar que nada na vida é sorte, mas são os nossos objetivos e as oportunidades que nos fazem alcançar os nossos sonhos! Amo vocês!

Aos meus filhos **Arthur Maroni e Gabriel**, pelo amor, por serem minha inspiração! Agradeço a Arthur por todas às vezes que me apoiou “como gente grande” e me ajudou cuidando de Gabriel, ainda muito pequeno, cumprindo um papel que não era seu, valeu filho! Gabriel com seu sorriso sapeca sempre entendia quando mamãe precisava estudar e dizia “só mais um pouquinho, está bem?”. Vocês são verdadeiros diamantes da minha vida!

Ao meu esposo **Marone**, por seu amor, paciência, torcendo sempre por mim e me encorajando a seguir, renunciando as pouquíssimas horas que tínhamos juntos em prol deste sonho, hoje concretizado, meu muito obrigada!

À minha eterna orientadora, **Profª Drª Alba Benemerita Alves Vilela**, posso dizer que temos uma história a contar, desde a graduação me conquistou com sua objetividade, presteza, paciência e trajetória profissional. Você me ensinou o caminho da pesquisa lá na iniciação científica, e hoje estou aqui colhendo esse fruto de anos e anos de estudos, companheirismo e respeito. Você sabe como é especial para mim, te admiro demais! Gratidão pela confiança de sempre!

À minha coorientadora, **Profª Drª Vanda Palmarella Rodrigues**, ela é a anja que Deus me deu aqui na Terra, me acompanha a tantos e tantos anos, quando nem eu mesma confiei que conseguiria alcançar voos altos, ela confiou, e me mostrou com a voz mais doce e humilde que tudo é possível para quem busca realizar os seus sonhos! Obrigada pela amizade de sempre, pelos ensinamentos e incentivo! Você é luz na minha vida!

Ao colega e amigo **Charles Souza Santos**, sem palavras para agradecer por sua disponibilidade, serei eternamente grata pelo empenho e solicitude desde a concepção do estudo e por todo apoio metodológico. Você é prova que conhecimento sem fazer, nosso saber nada adianta. Muito obrigada!

Ao **Profº Drº Marcos Tosoli** pela participação na banca de qualificação do projeto de tese que tanto contribuiu para o resultado desta pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos e a disposição em ajudar sempre!

À **Profª Drª Margaret Lira** que como participante da banca de qualificação também pode contribuir e aprimorar ainda mais esse estudo. Muito obrigada!

À minha querida amiga **Vívian** que com paciência e serenidade acolhia minhas angústias, me apoiava sempre nas minhas dúvidas e me direcionava o melhor caminho a seguir. Obrigada minha amiga!

Ao casal de amigos **Aline e Marquinhos** você são especiais demais! Quantos e quantos momentos tristes a ligação e mensagens de vocês alegravam o meu dia e a minha noite, sorria demais, e isso me deixava tão leve que vocês nem imaginavam. Jamais esquecerei que em meio a construção de uma tese, sempre às 22:00 horas aprendia uma refeição e um drink diferente! Obrigada meus amigos!

À **família** pelas orações e torcida de sempre: irmãos, sobrinhos, tios, tias, primos e primas, vocês são pérolas na minha vida! Obrigada por tudo!

Às minhas colegas e amigas da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia **Aline, Daniela, Flavia, Vanda, Vilara e Vívian** não poderia existir pessoas mais especiais para dividir comigo essa disciplina, por vezes tão pesada, mas tão leve por contar com o apoio de vocês. Serei eternamente grata por toda amizade, todo respeito, toda ajuda... vocês são as melhores!!!

Aos colegas e amigos que conquistei na turma “**Doutorado Pianinho Forever**” só os entendedores, entenderão, rrsrs. Eles conseguiram transformar momentos tensos e cansativos, em momentos prazerosos e felizes sempre banhados ao cafezinho, a nossa marca! Levarei cada um de vocês no meu coração!

Ao **Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz** por todos os momentos de aprendizados e reflexões para a construção deste estudo, a nossa luta continua!

Ao **Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais**, que a partir das reuniões e discussões tive a oportunidade de crescimento e amadurecimento como pesquisadora em representações sociais.

Às **Bolsistas de Iniciação Científica Tâmilis, Júlia e Franciele** pela ajuda na transcrição das entrevistas, vocês foram fundamentais para o processo de tratamento dos dados. Muito obrigada!

À colega e amiga **Juliana da Silva Oliveira** por me ajudar na análise dos dados sociodemográficos a partir do SPSS. Muito obrigada amiga!

Aos **Professores Marcos Tosoli, Margaret Lira, Sinara Lima e Rita Boery** pela disponibilidade em aceitarem participar da banca de sustentação da minha tese, trazendo contribuições significativas. Muito Obrigada!

Aos colegas e amigos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em especial aos colegas da **Área de Gestão e Estágios Supervisionados em Enfermagem**, vocês são VIP!!! Obrigada pela torcida!

Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, por conduzirem esse Programa com tamanha responsabilidade.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié**, pela autorização para a coleta das informações.

Às **enfermeiras** supervisoras das Unidades de Saúde da Família por contribuírem para o primeiro contato com os Agentes Comunitários de Saúde. Muito obrigada!

Aos profissionais que fizeram com que este estudo tornasse realidade, aos **Agentes Comunitários de Saúde**, minha eterna gratidão! A cada etapa da coleta que nos encontrávamos, a cada ligação que solicitava um novo encontro, me recebiam com muito respeito e compromisso que levarei para minha vida. Obrigada pelo apoio e disponibilidade para a realização da coleta de dados. Vocês são especiais!

Enfim, a **todos** que, de alguma forma, contribuíram para a consolidação dessa conquista, segue o meu MUITO OBRIGADA!!!

*Sonhos determinam o que você quer.  
Ação determina o que você conquista.*

*Aldo Novak*

## RESUMO

MACHADO, Juliana Costa. **Representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher:** estrutura de pensamento, conceitos e práticas. 2020. 160f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2020.

Este estudo apresentou como objetivo geral analisar as representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher, e como objetivos específicos: descrever a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher; apreender a dimensão conceitual das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher; e compreender a dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários sobre violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um estudo multimétodos, descritivo e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, fundamentado pela Teoria das Representações Sociais, em suas abordagens estrutural e processual, realizado entre os meses de maio e agosto de 2019 nas Unidades de Saúde da Família, do município de Jequié, Bahia, Brasil. A coleta dos dados foi realizada em três etapas; na primeira, participaram 107 agentes comunitários de saúde respondendo à técnica de evocação livre de palavras ao termo indutor violência doméstica contra a mulher. Na segunda etapa, participaram 60 agentes comunitários de saúde respondendo os testes de centralidade *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*; na terceira etapa, 30 participantes contribuíram respondendo a entrevista em profundidade. Os dados advindos das evocações livres foram processados pelo *software* EVOC 2005, os dados do *choix-par-bloc* e constituição de pares de palavras foram analisados a partir da análise de similitude e *mise-en-cause* pela análise própria. Para as entrevistas em profundidade utilizou-se o *software* IRAMUTEQ através da interface Classificação Hierárquica Descendente. A estrutura de pensamento dos agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher se organiza a partir dos elementos centrais desrespeito e tristeza, que atribui à representação sentidos negativos relativos ao posicionamento do grupo diante do agravo e suas repercussões. A análise processual apresentou dois eixos temáticos, o primeiro eixo demonstrou três classes e evidenciou que os conteúdos representativos trazem a dimensão conceitual das representações sociais sobre o fenômeno, ancorados nas formas de violência, aspectos afetivos e contextos social e familiar. O segundo eixo com três classes, revelou a dimensão prática, pautadas nas dimensões técnica, relacional, orientação e gerencial. Apresentaram concepções sobre serviços e profissionais que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência desvelando fragilidades no trabalho que dificultam o desenvolvimento de ações. Desta forma, é importante oportunizar discussões e reflexões para novos caminhos que priorizem o conhecimento, significados e práticas assistenciais de agentes comunitários de saúde às mulheres em situação de violência, orientações com a família e sociedade e a construção articulada com os serviços, gestores e profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Violência doméstica; Gênero e saúde; Agentes comunitários de Saúde; Estratégia saúde da família; Enfermagem.

## ABSTRACT

MACHADO, Juliana Costa. **Social representations of community health agents about domestic violence against women:** structure of thought, concepts and practices. 2020. 160f. Thesis (Doctorate) - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2020.

This study presented as a general objective to analyze the social representations of community health agents about domestic violence against women, and as specific objectives: to describe the representational structure of community health agents about domestic violence against women; apprehend the conceptual dimension of social representations of community health agents about domestic violence against women and understand the practical dimension of social representations of community agents about domestic violence against women. This is a multi-method, descriptive and exploratory study, with a quantitative and qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, in its structural and procedural approach, carried out between the months of May to August 2019 in the Family Health Units, of the municipality of Jequié, Bahia, Brazil. Data collection was carried out in three stages; in the first, 107 community health agents participated, responding to the technique of evoking free words to the term domestic violence against women. In the second stage, 60 community health agents participated in the *choix-par-bloc* centrality tests, constitution of word pairs and *mise-en-cause*; in the third stage, 30 participants contributed by answering the interview in depth. The data from the free evocations were processed by the EVOC 2005 software, the data from the *choix-par-bloc* and the constitution of word pairs were analyzed from the similitude and *mise-en-cause* analysis by the own analysis. For in-depth interviews, the IRAMUTEQ software was used through the Descending Hierarchical Classification interface. The thinking structure of community health agents about domestic violence against women is organized around the central elements of disrespect and sadness, which attributes negative meanings to the representation of the group's position in the face of the disease and its repercussions. The procedural analysis presented two thematic axes, the first axis demonstrated three classes and showed that the representative contents bring the conceptual dimension of social representations about the phenomenon, anchored in the forms of violence, affective aspects and social and family contexts. The second axis with three classes, revealed the practical dimension, based on the technical, relational, orientation and managerial dimensions. They presented conceptions about services and professionals that make up the care network for women in situations of violence, revealing weaknesses at work that hinder the development of actions. Thus, it is important to provide discussions and reflections for new paths that prioritize the knowledge, meanings and care practices of community health agents to women in situations of violence, guidelines with the family and society and the articulated construction with services, managers and professionals of the care network for women in situations of violence.

**Keywords:** Violence against women; Domestic violence; Gender and health; Community health agents; Family health strategy; Nursing.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Relação das USF de acordo às etapas da coleta de dados, Jequié, Ba, Brasil, 2019. .... 56

**Quadro 2** – Síntese das etapas metodológicas do estudo ..... 66

### MANUSCRITO 1

**Quadro 1** - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos agentes comunitários de saúde frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n=107) ..... 74

**Quadro 2** - Distribuição das respostas à técnica do questionamento (*mise-en-cause*) para o termo Violência Doméstica contra a Mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n=60) 78

**Quadro 3** - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural sobre a violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. .... 79

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### MANUSCRITO 1

- Figura 1** - Árvore de similitude por coocorrência das evocações dos agentes comunitários de saúde ao termo indutor violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 91) ..... 75
- Figura 2** - Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para os elementos do termo violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 60) ..... 76
- Figura 3** - Árvore máxima de similitude por pares de palavras para o termo violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 60) ..... 77

### MANUSCRITO 2

- Figura 1** - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2019. .... 94

### MANUSCRITO 3

- Figura 1** - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2019. .... 111

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica de Saúde
<b>ACD</b>	Auxiliar de Consultório Dentário
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>ALCESTE</b>	Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CEREST</b>	Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador
<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CREAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>DEAM</b>	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EVOC</b>	Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IRAMUTEQ</b>	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissível
<b>LILACS</b>	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NUPREJ</b>	Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação
<b>OEA</b>	Organização dos Estados Americanos
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde

<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PUBMED</b>	National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine
<b>RAMSV</b>	Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência
<b>RANG</b>	Ordem Média das Evocações
<b>RS</b>	Representações Sociais
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SPM</b>	Secretaria Política para Mulheres
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Science
<b>ST</b>	Segmentos de texto
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TFD</b>	Tratamento Fora do Domicílio
<b>TNC</b>	Teoria do Núcleo Central
<b>TRS</b>	Teoria das Representações Sociais
<b>UCE</b>	Unidade de Contexto Elementar
<b>UCI</b>	Unidade de Contexto Inicial
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VDCM</b>	Violência Doméstica contra a Mulher
<b>VIVA</b>	Vigilância de Violências e Acidentes
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.</b>	23
2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA INTERFACE COM AS QUESTÕES DE GÊNERO .....	23
2.2. POLÍTICAS E PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.	29
2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER .....	35
<b>3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO</b> .....	38
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	38
3.1.1 <b>Abordagem Estrutural e a Teoria do Núcleo Central</b> .....	44
3.1.2 <b>Abordagem Processual</b> .....	49
3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER .....	51
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	54
4.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA .....	54
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	54
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	56
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	57
4.4.1 <b>Primeira Etapa: Técnica de Evocações Livres de Palavras</b> .....	57
4.4.2 <b>Segunda Etapa: Testes de Centralidade</b> .....	58
4.4.3 <b>Terceira Etapa: Entrevista em Profundidade</b> .....	60
4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS .....	61
4.5.1 <b>Análise das Evocações Livres de Palavras</b> .....	61
4.5.2 <b>Análise dos Dados da Caracterização dos Participantes</b> .....	63
4.5.3 <b>Análise dos Testes de Centralidade</b> .....	63

4.5.4 <b>Análise das Entrevistas em Profundidade</b> .....	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	65
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	67
5.1 MANUSCRITO 1: ESTRUTURA DE PENSAMENTO SOCIAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER .....	68
5.2 MANUSCRITO 2: CONCEITOS E SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....	89
5.3 MANUSCRITO 3: DIMENSÃO PRÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER .....	106
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	125
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	130
<b>APÊNDICES</b> .....	146
<b>APÊNDICE A</b> - Técnica de Evocações Livres de Palavras .....	147
<b>APÊNDICE B</b> - Questionário de Caracterização dos Participantes .....	148
<b>APÊNDICE C</b> - Instrumento <i>Choix-par-bloc</i> .....	149
<b>APÊNDICE D</b> - Instrumento do Teste Constituição de Pares de Palavras .....	150
<b>APÊNDICE E</b> - Instrumento do <i>Mise-en-cause</i> .....	151
<b>APÊNDICE F</b> - Roteiro temático da entrevista em profundidade .....	152
<b>APÊNDICE G</b> - Ofício à coordenação da Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB .....	153
<b>APÊNDICE H</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	154
<b>ANEXOS</b> .....	155
<b>ANEXO A</b> - Parecer consubstanciado do CEP-UESB .....	156
<b>ANEXO B</b> - Ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde à SMS de Jequié solicitando autorização para coleta de dados nas USF .....	159
<b>ANEXO C</b> - Ofício da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a coleta de dados nas USF .....	160

## APRESENTAÇÃO

Sou Juliana Costa Machado, apresento este trabalho como resultado de um processo de leituras, pesquisas, reflexões, sistematizações e vivência como mulher, filha, esposa, mãe, enfermeira e docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Ser mulher com tantos papéis é algo que pode causar estranheza para uma sociedade onde homens e mulheres são “seres desiguais”, onde o natural é a mulher cuidadora do lar e dos filhos; e os homens atuando e realizando as coisas espetaculares “lá fora”. Trago a partir de algumas palavras reflexões de vida, que representam inquietações desde a infância e que fortaleceram para tornar-me a mulher que sou hoje.

Como docente, vi a oportunidade de entender como esse poder dos estereótipos de gênero afetam as relações e dentre tantas maneiras, poder contribuir na prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher através do ensino, da pesquisa e da extensão.

Atuando na disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, oferecida pelo Curso de Graduação em Enfermagem, oitavo semestre, nas Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Jequié/Bahia, pude observar inúmeras situações de risco e de violência doméstica contra a mulher nos atendimentos, em que os profissionais de saúde apresentavam dificuldades na identificação, no enfrentamento do agravo e implementação de intervenções.

Essas vivências despertaram o interesse em atuar como colaboradora durante os anos de 2009 a 2012, do projeto de pesquisa “Violência Intrafamiliar no contexto das USF”, onde foi possível identificar a atuação das equipes de Saúde da Família (eSF) frente as situações de violência intrafamiliar, as estratégias desenvolvidas e as facilidades e dificuldades encontradas pelas equipes no desenvolvimento de suas práticas. Outro achado desta pesquisa mostrou uma lacuna relacionada à falta de capacitação dos profissionais sobre a temática desde o nível acadêmico (MACHADO et al., 2014).

Deste projeto de pesquisa emergiram o projeto de extensão “Encontro sobre Violência intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos”, na UESB/Campus de Jequié, evento de extensão esporádica e que já se apresenta na quarta edição; assim como, o desenvolvimento de outra pesquisa intitulada: “Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre Violência Doméstica”, entre os anos de 2015 e 2019, como coordenadora e membro do “Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura da Paz” cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa (CNPq).

Neste interim, a pesquisa desenvolvida com os estudantes de graduação dos cursos da área de saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia e odontologia) apontou que na universidade são escassas as discussões sobre a temática violência doméstica e que os estudantes não se sentem com visão crítica, reflexiva e com competências práticas de atuação no contexto da violência doméstica (SIMÕES et al., 2019; MACHADO et al., 2020).

Ressalto ainda que a participação como colaboradora do projeto de pesquisa “Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes da ESF” nos anos de 2015 a 2019 direcionou o olhar aos agentes comunitários de saúde (ACS) como profissionais fundamentais no contexto da violência doméstica contra a mulher, por todo o contexto de atuação junto às famílias e a demonstração de interesse no enfrentamento desse agravo que atinge inúmeras pessoas de suas microáreas. Entretanto, esses profissionais expressaram não se sentirem preparados em atuar nas situações de violência doméstica contra a mulher, desde a identificação, orientação e encaminhamentos.

Paralelo aos estudos no Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz foi possível participar como membro do Grupo de Estudos Filosóficos em Representações Sociais e discutir como o conhecimento pode ser construído através dos pensamentos, das crenças, dos valores, dos comportamentos e das experiências de um grupo social. Assim, essas vivências alicerçaram as inquietações do presente estudo, de compreender como os ACS representam a violência doméstica contra a mulher, produzem esse conhecimento, seja de cunho científico ou consensual e relacionam com as suas práticas.

As páginas a seguir permitem mergulhar em um estudo desenvolvido com muita dedicação. O primeiro capítulo apresenta a “Introdução” no qual são apresentados dados epidemiológicos internacionais e nacionais sobre a violência doméstica contra a mulher, alguns conceitos, a importância dos serviços de saúde, da Estratégia Saúde da Família e ACS na prevenção e enfrentamento do agravo, assim como a justificativa, a tese, os objetivos e relevância do estudo.

O segundo capítulo intitulado “Reflexões sobre a Violência Doméstica contra a Mulher no contexto dos Agentes Comunitários de Saúde” aponta os principais eixos sobre a temática do estudo dividido em três tópicos: Violência doméstica contra a mulher e sua interface com as questões de gênero; Políticas e práticas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher e a Estratégia Saúde da Família; e Agentes Comunitários de Saúde na prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

O terceiro capítulo “A Teoria das Representações Sociais como referencial teórico do estudo” foi dividido em quatro subcapítulos: o primeiro aborda a origem, conceitos e

elaboraões da teoria que fundamentou todo o estudo; o segundo traz a abordagem estrutural e a Teoria do Núcleo Central; o terceiro a abordagem processual; o quarto e último apresenta as produções científicas que contemplam a Teoria das Representações Sociais e a violência doméstica contra a mulher.

O quarto capítulo “Aspectos Metodológicos” apresenta o tipo de pesquisa, o local, participantes da pesquisa, as técnicas empregadas para coleta e análise dos dados e os aspectos éticos que nortearam esta pesquisa.

Já o quinto capítulo apresenta os “Resultados” em três subcapítulos, sendo que cada um representa um manuscrito intitulado: Estrutura de pensamento social de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher; Conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde; Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher.

Por fim, o capítulo “Conclusões” resgata os principais resultados, a relação das abordagens estrutural e processual para a análise das representações sociais de ACS sobre a violência doméstica contra a mulher, assim como a tese do estudo e as futuras contribuições.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência como fenômeno tem repercutido em diversas áreas, seja da política, filosofia, psicologia, antropologia, sociologia, do senso comum, entre outras. Os conceitos sobre a temática são diversos e estão associados ao poder, força, autoridade ou dominação, sem necessariamente abordar aspectos históricos e culturais da construção da violência. Tratar sobre a violência é algo complexo e múltiplo e não pode ser compreendida como inerente à natureza humana, mas a partir de fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos, porém sem limitar-se a nenhum deles (PIVA; SEVERO; DARIANO, 2007; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou de poder, em ameaça ou na prática, contra si mesma, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, resultando ou podendo resultar em sofrimento, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação ou até a morte (WHO, 2002). As repercussões da violência afetam amplamente a sociedade, os indivíduos, os sistemas social, de saúde e de justiça.

Anualmente em todo o mundo cerca de 1,3 milhões de pessoas são mortas em consequência de algum ato violento em todas as suas formas, seja autodirecionada, interpessoal ou coletiva. Para indivíduos entre 15 e 44 anos de idade, a violência é a quarta principal causa de morte em todo o mundo. Além disso, indivíduos são expostos diariamente à violência não fatal gerada por agressões ou outros tipos de abusos físicos, sexuais e psicológicos, mas que muitas vezes não entram nas estatísticas oficiais por desconhecimento das equipes de saúde e/ou a outros órgãos (WHO, 2014).

Assim, inúmeras pessoas sofrem os efeitos da violência que podem se arrastar ao longo da vida. Embora os homens também estejam entre as vítimas de mortes violentas e agressões físicas; as mulheres, crianças e idosos arcam desproporcionalmente com o ônus de exposição às diferentes formas de violências física, sexual, psicológica, de negligência, abandono e maus-tratos, entre outras. A violência é um agravo que pode ser evitado e seu impacto minimizado, as atitudes e comportamentos relacionados às condições sociais, econômicas, políticas e culturais podem ser mudados com esforços de enfrentamento da violência em todo o mundo (WHO, 2002; 2014).

Diante disso, dentre os vários tipos de violência, discute-se sobre a violência doméstica contra a mulher (VDCM) como um fenômeno social, que traz prejuízos físicos e psicológicos às mulheres, risco ao feminicídio, sofrimento familiar e ocasiona custos elevados

ao sistema de saúde. A VDCM é definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006a), não atinge apenas países em desenvolvimento como o Brasil, mas também países desenvolvidos, apresentando uma amplitude mundial.

Neste cenário, os estudos mostraram que a VDCM é um agravo que se perpetua ao longo das décadas, com alta prevalência, que atinge todas as camadas sociais e com variadas formas de agressão (CROMBIE; HOOKER; REISENHOFER, 2016; ALI; MCGARRY; DHINGRA, 2016; AFKHAMZADEH et al., 2019; SANTAS; SANTAS; ERYURT, 2020). Nos Estados Unidos, há uma elevada prevalência de violência física e sexual por parceiro íntimo em torno de 25%, cuja taxa média na América do Norte é de 21%, já na Europa Central é de 28% e na América Latina é de 24% (ALI; MCGARRY; DHINGRA, 2016). Pesquisa realizada no Irã apontou que 63% das mulheres que vivenciaram algum tipo de agressão receberam assistência à saúde (SANTAS; SANTAS; ERYURT, 2020).

No Brasil, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no ano de 2014 destacaram que 223.796 casos foram notificados de vários tipos de violência, dentre esses, 147.691 foram mulheres que precisaram de atenção à saúde por violência doméstica, sexual e/ou outras. No conjunto de todas as faixas etárias, preponderou a violência doméstica, tendo como principais agressores os parentes imediatos ou parceiros e ex-parceiros, totalizando 67,2% de atendimentos às pessoas que sofreram algum tipo de violência (WAISELFISZ, 2015).

Reportando-se ainda ao contexto brasileiro no ano de 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representou uma taxa de 4,5 homicídios de mulheres para cada 100 mil brasileiras, observando um aumento de 6,4% em 10 anos. Esses dados apontam a vulnerabilidade da mulher para a violência e dentre os diversos tipos a violência doméstica (BRASIL, 2018a).

Mesmo considerando que a VDCM não é um fenômeno recente, a visibilidade política e social destacou-se no século XX, a partir da década de 1960, quando os movimentos feministas e de mulheres enfocaram as mobilizações e denúncias das violências cometidas contra as mulheres no âmbito doméstico. A partir disso, cobraram-se responsabilidades do Estado e da sociedade objetivando assegurar à mulher o respeito à dignidade humana e a uma vida sem violência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A VDCM é configurada pelos diferentes papéis de gênero das condições de ser homem ou mulher, ou seja, nas relações sociais entre os sexos. É um tipo de relação social histórica, culturalmente legitimada e cultivada, na qual não há relação com as diferenças

biológicas entre homens e mulheres, mas a dominação do homem e subalternidade da mulher. Essa cultura patriarcal reproduzida na esfera familiar destitui a autonomia da mulher, o direito de decisão e subjetividade (GOMES et al., 2007; LUCENA et al., 2016).

Na função patriarcal o homem acredita deter o poder sobre a mulher determinando condutas. Entretanto, a violência não é sinônimo da manifestação de poder, mas surge muitas vezes das situações em que o poder está em risco e o agressor sente fraqueza em dominar o outro; trata-se de uma habilidade humana por acreditar que a violência prova a sua legitimação (SAFFIOTI, 1999; ARENDT, 2009).

O patriarcado pode ser considerado um dos pilares da VDCM, porém há outros elementos que compõem a dinâmica da violência, isto é, no interior do espaço doméstico existem disputas simbólicas e materiais de feminilidade e masculinidade. Dessa forma, o patriarcado e a dominação masculina isoladamente seriam insuficientes para explicar a VDCM (BANDEIRA, 2014).

Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária à saúde (APS) (ALBUQUERQUE et al., 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Nesse contexto, a VDCM apresenta peculiaridades importantes para o enfrentamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), já que os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por grande parte das mulheres em situação de violência doméstica.

A ESF propõe articular uma prática transformadora, intersetorial, que ultrapasse o setor saúde e atue com a determinação social da saúde. Os determinantes sociais em saúde (DSS) são os meios em que os indivíduos crescem, vivem, trabalham e envelhecem, assim como os sistemas para combater as doenças, configuradas por um conjunto de fatores econômicos, sociais, normativos e políticos (HOEFEL et al., 2015). Sendo assim, a violência como resultado de processos históricos e sociais de desigualdades assume uma preocupação no âmbito da ESF.

A ESF é um serviço que deve proporcionar potencialidades de escuta e estabelecimento do vínculo de confiança com os usuários, no caso de mulheres em situação de violência doméstica essas práticas devem ser possibilitadas para acolher e enfrentar às necessidades que ela produz. Para muitas mulheres os serviços de saúde constituem um lugar de comunicação, sendo para elas a única possibilidade de enfrentamento da violência que vivenciam (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Composta por uma equipe multiprofissional a ESF atua no território e possibilita compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com a comunidade. Dos profissionais

de saúde que compõem a equipe mínima, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem a responsabilidade de planejar o trabalho a partir das necessidades do território, acompanhar por meio de visita domiciliar todas as pessoas sob sua responsabilidade, priorizando a população com maior grau de vulnerabilidade e risco epidemiológico, entre os quais, as situações de VDCM (BRASIL, 2018b).

Alguns estudos realizados com a temática VDCM e ESF identificaram os ACS como facilitadores para prevenção da violência doméstica, já que este profissional possui um vínculo maior com a comunidade e aponta uma forma de agir baseada na escuta, orientação, com ênfase na comunicação no âmbito doméstico (HESLER et al., 2013; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; BROCH et al., 2016; LIMA; PACHECO, 2016).

Apesar da importância do trabalho do ACS, precisa-se delinear sua atuação em nível de prevenção, investigação, diagnóstico e recuperação de mulheres em situação de violência doméstica, propondo estratégias de enfrentamento adequadas (BROCH et al., 2016).

Neste contexto, a assistência à mulher em situação de violência pode ser influenciada pela representação que os profissionais envolvidos no cuidado têm sobre a VDCM (SILVA et al., 2015). A Representação Social (RS) consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos. Elas são dinâmicas, mutáveis, determinam comportamentos, cristalizam-se e se modificam com o passar do tempo (MOSCOVICI, 2012; SÁ, 2002). Além disso, sofrem influências da posição ou inserção social dos indivíduos (SÁ, 1998).

As RS não se formam como conceitos isolados, mas articulados em rede e interdependentes, as quais contribuem para a orientação das práticas sociais (MOSCOVICI, 2012; JODELET; 2001). Consiste em um conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Dessa forma, um dos pontos centrais da Teoria das Representações Sociais (TRS) é a relação entre representações e práticas sociais (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000; MOSCOVICI, 2012).

Desta forma, a TRS permeará todo o estudo, já que entende-se que as RS de ACS sobre a VDCM construídas proporcionam uma compreensão da realidade simbólica das práticas desses profissionais frente às mulheres em situação de violência doméstica, por meio de estratégias que auxiliem a orientar as condutas mais adequadas e satisfatórias.

Diante disso, justifica-se o presente estudo pelo interesse da pesquisadora sobre a VDCM advindo de experiências acadêmicas e profissionais, pela magnitude do fenômeno social, pelos inúmeros fatores que mantêm os atos violentos naturalizados, restritos ao lar e que atinge diferentes dimensões na vida de mulheres, família e sociedade. Por sua vez, os

ACS são importantes aliados para a desnaturalização desses atos, prevenindo-os, identificando-os e combatendo-os. Desta maneira, torna-se compreensível a busca pelos conhecimentos e saberes de ACS sobre a VDCM com o intuito de compreender como esses profissionais de saúde representam esse agravo, suas atitudes, valores e comportamentos compartilhados no contexto social, o que poderá interferir significativamente para a compreensão das relações e o direcionamento de condutas às situações de VDCM.

Nessa perspectiva, o presente trabalho apresenta o **objeto de estudo**: representações sociais de agentes comunitários sobre a violência doméstica contra a mulher. Assim, emerge a **questão do estudo**: Quais as representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher?

Ao estudar o conhecimento socialmente elaborado e partilhado de ACS sobre a VDCM tem-se a oportunidade de compreender como eles veem, simbolizam e como articulam seus universos de pensamento sobre esse fenômeno social através da vida cotidiana. Além disso, possibilita compreender como as representações sociais envolvem as práticas assistenciais auxiliando as mulheres em situação de violência doméstica.

Neste sentido, esse estudo traz como **tese** que as representações sociais de ACS sobre a VDCM agregam saberes, conhecimentos, atitudes e afetos que refletem na organização e condução das práticas assistenciais voltadas à prevenção, identificação e enfrentamento deste agravo.

Assim, o estudo apresenta os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:** analisar as representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

**Objetivos específicos:**

- Descrever a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher;
- Apreender a dimensão conceitual das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher;
- Compreender a dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

Destaca-se a relevância do estudo ao proporcionar um entendimento do pensamento social dos ACS relacionado à VDCM que possibilitará a ressignificação das práticas assistenciais às mulheres em situação de violência, seja no âmbito da prevenção ou enfrentamento. Além disso, fica evidente a contribuição para o embasamento de ações de ensino, pesquisa e extensão de cursos da área de saúde, entre estes, o Curso de Graduação em

Enfermagem, já que é o profissional enfermeiro que contribui no desenvolvimento das práticas assistenciais dos ACS e juntos podem atuar na luta por uma sociedade sem violência.

Por fim, acredita-se que este estudo poderá trazer reflexões sobre estratégias para consolidar e fortalecer a rede assistencial de apoio e proteção às mulheres em situação de violência doméstica, a partir da ESF e trabalho dos ACS. Assim como, às ações intersetoriais de prevenção e enfrentamento da VDCM em nível municipal, estadual e nacional aos gestores, profissionais e pesquisadores da área.

## **2 REFLEXÕES SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

A partir das pesquisas realizadas em base de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), do portal da *National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine* (PubMed), do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), do portal de periódicos *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e do *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) utilizando os descritores do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “violência contra a mulher” AND “agentes comunitários de saúde”, evidenciou-se que a VDCM na perspectiva dos ACS é um campo do conhecimento com escassos estudos publicados nos últimos cinco anos, e que a maioria deles restringe-se ao conhecimento da equipe da ESF sobre a violência.

Dentre os estudos encontrados, apenas dois Silva et al. (2015) e Broch et al. (2016) se aproximam com a pesquisa que se propôs desenvolver sobre as RS de ACS sobre a VDCM, entretanto esses estudos não evidenciaram as representações e práticas desses profissionais.

As buscas a partir do Catálogo de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) com a utilização dos mesmos descritores também evidenciaram que as dissertações e teses desenvolvidas durante os anos de 2014 a 2019 demonstraram escassez em relação ao eixo temático do presente estudo.

Nessa perspectiva, constatamos uma lacuna do conhecimento em relação aos estudos que discutem as representações sociais dos ACS sobre a VDCM e que enfatizem as práticas desenvolvidas por esses profissionais às mulheres em situação de violência doméstica, optando-se por fazer uma revisão narrativa da literatura, ao buscar apoiar os achados encontrados nas bases de dados em teóricos que versam sobre violência, gênero e saúde, além das legislações, protocolos ministeriais e organizações internacionais que versam sobre a temática.

### **2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA INTERFACE COM AS QUESTÕES DE GÊNERO**

A VDCM tem se tornado bastante expressiva nos dias atuais o que permite visualizar a gravidade da situação, configurando-a atualmente como um importante problema social e de saúde pública, trazendo repercussões para a saúde física e mental das pessoas que a

enfrentam. Sendo assim, neste tópico será enfatizado o conceito atual adotado da VDCM, bem como seu histórico, alguns dados epidemiológicos relevantes e sua relação com as questões de gênero.

A VDCM é a forma mais genérica de abuso dos direitos humanos no mundo e apesar de ter ganhado bastante notoriedade nos últimos anos, ainda é o menos reconhecido. A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, definiu oficialmente a violência contra as mulheres, como: qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para a mulher, atos de coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer aconteça em público ou na vida privada (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

A VDCM manifesta-se de diferentes formas desde os primórdios, nos mais diversos espaços da sociedade e de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) (2018) a violência contra a mulher cometida por parte do parceiro continua a ser uma violação dos direitos humanos e um problema generalizado de saúde pública nas Américas.

Conceitualmente o termo VDCM abrange inúmeras formas de atos violentos, incluindo as formas físicas, sexual, psicológica, moral e patrimonial; praticado por alguém com parentesco ou que se considere aparentado. No entanto, os casos revelados são, principalmente, os mais graves que necessitam de hospitalização e de modo geral, envolvem ameaça de morte à mulher ou à família e o feminicídio, ou seja, a morte de uma mulher por exclusiva condição de ser mulher (ACOSTA et al., 2018; BRASIL, 2015).

As repercussões do crescimento acentuado de atos de violência praticados contra a mulher são determinantes dos índices preocupantes e alarmantes existentes atualmente. Dados epidemiológicos importantes apontam que o Brasil registrou 4.473 homicídios dolosos de mulheres em 2017, representando uma média de uma mulher assassinada a cada duas horas no país. O total de mortes aumentou 6,5% em comparação ao ano de 2016, quando foram registrados 4.201 homicídios. Dos 4.473 assassinatos de mulheres em 2017, 946 foram considerados feminicídios e em 2016, 812 homicídios foram considerados feminicídios. Em 2017 houve aumento de 16,5% em relação ao ano anterior. Em 2016, 20 estados registraram 812 feminicídios, enquanto em 2017 foram 24 estados e 946 feminicídios (BRASIL, 2019).

Tratando-se da VDCM, a prevalência da violência física e/ou sexual, varia nas Américas, entre os países da região. Em alguns deles, esse tipo de violência afeta 14% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos em algum momento de suas vidas, enquanto em outros pode afetar mais de 60% da população feminina (OPAS, 2018).

De acordo com o Panorama da violência contra as mulheres no Brasil (2016) no que diz respeito aos relatos de violência registrados pelo Ligue 180, de acordo com o Balanço

2015 – Ligue 180, foram realizados 749.024 atendimentos em 2015, em comparação a 485.105 atendimentos realizados em 2014. Dentre os atendimentos que ocorreram em 2015, cerca de 10% (76.651) se referiram a relatos de violência contra as mulheres. Destes relatos de violência, 50,16% correspondeu a violência física; 30,33% a violência psicológica; 7,25% a violência moral; 2,10% a violência patrimonial; 4,54% a violência sexual; 5,17% a cárcere privado; e 0,46% a tráfico de pessoas.

Santa Catarina, Amapá e Rondônia se destacaram por terem apresentado índices relativamente mais altos de processos de execução penal relativos à VDCM iniciados no ano de 2016. Em tais estados, foram iniciadas mais de 100 processos de execução penal relativos à violência doméstica por grupo de 100 mil mulheres, indicando um maior índice de condenação de agressores, quando comparados a outros estados (PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL, 2016).

Ainda que expressivos esses índices não são condizentes com a gravidade do problema, pois inúmeros são os motivos que mantêm os atos violentos circunscritos ao lar, além das subnotificações. Por vezes, amigos, familiares, vizinhos e a própria mulher naturalizam a VDCM, não a reconhecendo como tal (SILVA et al., 2015).

Neste interim, existem necessidades de atenção que envolve o contexto da mulher em situação de violência seja psicológica, trabalho, moradia, escola, saúde, abuso de drogas e álcool, sofrimentos e adoecimentos mentais, provenientes do desrespeito aos direitos humanos e à cidadania e da conseqüente alta vulnerabilidade destas mulheres a um conjunto de agravos (SCHRAIBER et al., 2012).

A mesma autora chama o conjunto de vulnerabilidades de “vulnerabilidades de gênero” relacionado aos comportamentos das mulheres em enfrentarem as situações de violência, demonstrada em dificuldade em falar sobre a violência sofrida, os sentimentos de vergonha e de medo, a descrença em apoios externos ao núcleo familiar, receio quanto aos sofrimentos e desamparo dos filhos, dentre outros (SCHRAIBER et al., 2012).

Uma característica relevante da VDCM é o fato de ela ser cometida primordialmente por indivíduos que mantêm ou mantiveram uma relação de intimidade com a mulher. Além disso, fatores culturais influenciam tanto o nível de violência, quanto à forma como as mulheres lidam com a situação de violência a que estão expostas (PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL, 2016). Os sentimentos de medo, vergonha e culpa atuam como barreiras e tabus também culturalmente e historicamente determinados que prevalecem até os dias atuais.

A criação da Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006, uma lei específica para a prevenção da VDCM, também conhecida como Lei Maria da Penha, foi um marco na luta contra a violência de gênero no Brasil. Em 2006, esta Lei criou arcabouços para minimizar a VDCM e, conceitua:

a **violência física** como qualquer comportamento que ofenda a integridade ou saúde corporal; a **violência psicológica** como qualquer comportamento que cause prejuízos emocional e diminuição da autoestima, mediante ameaça, constrangimento, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; a **violência sexual** como qualquer comportamento que a coaja a presenciar, a sustentar ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; a **violência patrimonial** como qualquer comportamento ilegal que conforme perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; a **violência moral** como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006<sup>a</sup>, n.p).

Para conhecimento, a Lei Maria da Penha abrange no artigo 5º a violência doméstica e familiar; no artigo 6º aborda a violência doméstica e familiar contra a mulher e a violação dos direitos humanos e, no artigo 7º exemplifica as formas de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006a).

Tais atos de violência conceituados e caracterizados anteriormente são influenciados por sentimentos de posse, de intolerância, desrespeito, preconceitos, machismo por quem pratica; e de medo, culpa, vergonha, dor, angústia, na maioria das vezes, de silêncio da pessoa que sofre a agressão. É possível identificar que prevalece uma desigualdade originada primordialmente, pela condição do sexo, estando à mulher como “objeto” da violência. E esta ideia da mulher como “propriedade do homem” decorre de uma construção social edificada desde a infância por meio dos papéis desiguais de gênero, do patriarcado enraizado, o que permite que a prática disseminada de violência contra mulher siga por várias gerações (SANTOS et al., 2019).

Historicamente, a violência envolve regras e uma relação de poder, na qual o agressor detém uma superioridade sobre a mulher e posicionamento da mulher em segundo plano, submissa, discriminada e oprimida, até mesmo escravizada e objetificada. Na Antiguidade e na Era Medieval, apenas o homem poderia ser sujeito de direitos e detentor de poderes. Nesta época, a mulher foi muito vitimizada, por marido, pais, irmãos e ainda pelas religiões. A sua natureza feminina, tida como o portal dos pecados, muitas vezes pesaram acusações de bruxarias e hermetismos heréticos que as levaram à tortura e à fogueira (PORTO, 2018).

De acordo com Oliveira e Jorge (2007) as relações de domínio entre homens e mulheres demandaram em diferenças significativas para ambos, com o homem sempre

dominando. As mulheres sempre submissas, oprimidas, na defensiva pela legitimação do papel do homem patriarcal e dominador, função esta historicamente determinada e disseminada culturalmente.

Esta condição criou o oposto masculino e o feminino, cabendo aos homens realizar todos os atos perigosos e espetaculares e à mulher, o papel de obediente, submissa, de cuidadora do lar e educadora dos filhos; atribuindo-a um espaço limitado e confinado às tarefas do lar (BOURDIEU, 2012).

Assim, fundamentada nas diferenças biológicas, essa construção social é ensinada, aprendida e naturalizada desde o início da vida e talvez até antes do nascimento, propiciando que meninos e meninas a incorporem. Esse aprendizado, enraizado na cultura de cada sociedade, proporciona a interiorização de papéis sociais de homens e mulheres ao determinar a divisão sexual do trabalho e comportamentos postos, a exemplo de reação dócil e apaziguadora pela mulher e o homem estimulado a desenvolver condutas agressivas, perigosas, que revelam força e coragem (BOURDIEU, 2012; SAFFIOTI, 2011).

Para Scott (1995) o gênero é constituído por relações sociais e pode ser entendido pelas diferenças percebidas entre os sexos e concebidas no interior das relações de poder, para também estruturar os modos de perceber e organizar, concreta e simbolicamente toda a vida social. Essa relação de dominação e desigualdade do poder entre homens e mulheres sempre se fez presente e foi considerada como um fator gerador de violência.

Já Saffioti (2009) propõe a construção de gênero sob a ótica do patriarcado, articulando gênero e patriarcado como duas categorias de análise que se complementam na sociedade moderna, designando-as de ‘ordem patriarcal de gênero’.

Para a autora, além de empoderar a mulher, o conhecimento de sua história permite a apreensão do caráter histórico do patriarcado, da dimensão histórica da dominação-exploração masculina, para que se compreenda e se dimensione adequadamente o patriarcado e ao considerar esta realidade em termos exclusivamente do conceito de gênero tende-se a neutralizar a exploração-dominação masculina.

Entende-se que a abordagem de gênero é muito mais vasta que o patriarcado, na medida em que, neste as relações são hierarquizadas entre seres socialmente desiguais, enquanto gênero compreende também as relações igualitárias. Assim o conceito de gênero diz respeito às imagens do feminino e do masculino historicamente construído e carrega uma dose apreciável de ideologia patriarcal, ao dar tessitura a uma estrutura de poder que situa as mulheres em posições inferiores aos homens em todas as áreas da convivência humana (SAFFIOTI, 2009).

Nesse contexto, destaca-se a influência do patriarcado na prática da VDCM, permeando a existência de aproximadamente de 2.600 anos, originado muito tempo depois do surgimento da humanidade, estimado entre 250-300 mil anos. Nesse contexto, o machismo direciona a socialização do homem ao exercício de poder de dominação sobre a mulher, tomando-a submissa, o que permite ao homem reafirmar este poder através de atos opressivos e agressões dos mais variados tipos (SANTOS et al., 2019).

Assim, há uma importunação da violência de gênero em países como o Brasil. Historicamente o patriarcado vem dominando e inserindo uma cultura na qual o homem é o núcleo das coisas e as mulheres, na maioria das vezes, ficam em segundo plano, sendo desta forma, desrespeitadas e violentadas (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

O Panorama da violência contra as mulheres no Brasil (2016) relata que a violência contra as mulheres passou a ser visibilizada como um problema social e público apenas em meados da década de 1970, início da década de 1980. A partir de um cenário em que a violência contra as mulheres era visto como um problema privado, inclusive considerando ser aceitável que companheiros ou ex-companheiros assassinassem mulheres em “defesa da honra”, assim, passou-se a denunciar e promover ações diretas para enfrentar essa violência. Apesar disso, esse enfrentamento não foi assumido pelo Estado desde o início, restringindo-se a iniciativas implementadas pela sociedade civil organizada da época, mais especificamente pelos movimentos feministas.

Neste interim, os primeiros estudos sobre a violência contra mulher e o engajamento das mesmas pela erradicação desse tipo de violência e de motivação a outras mulheres para que não se calassem, decorreu dos movimentos feministas que datam do início da década de 1980. Nesta época, lutava-se pela redemocratização do Brasil, na perspectiva de trazer à tona na sociedade a violência que as mulheres sofriam, por meio de intervenções da esfera das Ciências Sociais, da Psicologia e do Direito (SANTOS et al., 2019).

Neste contexto, Santos e Witeck (2016, n.p) referiram que

na década de 1980, a mobilização feminista em busca de direitos iguais, denunciando a agressão física, cultural e psicológica sofrida pela mulher, dentro de uma sociedade bastante patriarcal foi discutida explicitamente, o que foi crucial para o desenvolvimento da democracia, alcançando a Constituição da República no ano de 1988, com a criação de cláusulas pétreas que garantem igualdade integral entre homens e mulheres, como já citado no artigo 5º, inciso 6, anteriormente e atribuindo proteção aos integrantes das famílias, de acordo com o *caput* do artigo 226, que dispõe que a família é a base da sociedade, restringindo a violência no seio desta, conforme o parágrafo 8º desse mesmo artigo.

No entanto, o patriarcado continuou dominando, e, só em 2003, foi criada pelo governo brasileiro a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) com o objetivo de requerer a igualdade entre gêneros e de minimizar todas as formas de violência (LIMA, 2016), bem como a lei nº11.340/2006, já ressaltada.

Nota-se como historicamente e culturalmente a mulher foi e ainda é oprimida, sujeitando-se as vontades de uma sociedade machista, patriarcal, que não a trata como alguém sujeito de direitos, que possa ter uma voz própria sobre suas questões (SANTOS et al., 2019), vulneráveis a prática constante de atos de violência e coerções.

Diante do panorama atual, o contexto histórico da VDCM necessita de elucidações concretas que visem contribuir para o rompimento de tabus historicamente e culturalmente estabelecidos no que diz respeito às questões de gênero e suas dominações, que culminam em atos violentos. Nessa direção, as políticas públicas de prevenção a VDCM precisam ser melhor discutidas, compreendidas e efetivadas, em virtude principalmente dos dados epidemiológicos alarmantes discutidos anteriormente e dos efeitos por vezes irreparáveis à saúde física e mental dessas mulheres.

## 2.2. POLÍTICAS E PRÁTICAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A VDCM foi pauta de discussões no cenário mundial a partir da década de 1970 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) através de várias Conferências da Mulher realizadas no México em 1975, Copenhague em 1980 e em Nairobi 1985, assumiram compromissos de apresentar essas situações vivenciadas por mulheres e propor a sua eliminação, afirmando que a violência contra a mulher constitui uma ofensa à dignidade humana. As duas primeiras conferências foram fundamentais para subsidiar a elaboração e a aprovação da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1979 (BARSTED, 2006).

Apesar das discussões sobre o direito da mulher e as situações de violência tomarem força a partir desses eventos, somente no ano de 1993 na Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena, foi aprovada a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres pela Assembleia Geral das Nações Unidas, constituindo-se um marco na doutrina jurídica internacional e, em 1994, fortalecendo a elaboração da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres pela Organização dos Estados Americanos (OEA), também conhecida como Convenção de Belém do Pará, único instrumento

internacional dirigido contra a violência de gênero, assinada neste mesmo ano pelo Brasil (BARSTED, 2006).

No Brasil, as denúncias dos movimentos feministas, a partir da década de 1960 e o cenário mundial enfocando os direitos às mulheres, foram importantes para a discussão sobre a implantação de políticas públicas que enfrentassem, prevenissem e amparassem a mulher em situação de violência.

Essas denúncias culminaram na intervenção do Estado de forma específica aos direitos humanos das mulheres com as criações de Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAM) em diversos Estados, na década de 1980; a Lei Maria da Penha, em 2006 e os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e em 2015 na aprovação Lei 13.104/2015 que qualifica o feminicídio como crime hediondo e o inclui no Código Penal como homicídio qualificado (SILVA et al., 2015; BRASIL, 2015).

Até a década de 1980, a saúde da mulher era visualizada de forma restrita, baseada em programas marterno-infantis, limitando-se as necessidades relativas à gravidez e ao parto, baseada em sua condição biológica e seu papel social de mãe e responsável pelo meio doméstico como a criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Essa atenção dada às mulheres era alvo de diversas críticas dos movimentos feministas, pois demonstrava as desigualdades sociais entre homens e mulheres traduzidas também nos problemas de saúde (BRASIL, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Também engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, predominando a abordagem à saúde reprodutiva das mulheres (BRASIL, 2004).

Assim, apesar de políticas públicas de apoio e proteção aos direitos humanos de mulheres no mundo e no Brasil, estudo desenvolvido pela OPAS em 10 países do sul e centro americanos analisou que as tomadas de decisões de mulheres em situação de violência e o caminho que percorrem à procura de ações efetivas de enfrentamento da violência nos diferentes serviços torna-se penoso, definido como “rota crítica”. Apontou que os profissionais e as instituições não apresentam atitudes adequadas ao enfrentamento do agravo dificultando a rota de mulheres que procuram por atenção (SAGOT, 2000). Pesquisa desenvolvida no contexto brasileiro demonstrou resultados similares (MENEGHEL, 2009).

As mulheres em situação de qualquer tipo de violência necessitam de assistência e os serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS) constituem a principal porta de entrada para a assistência a essas mulheres, atuando como espaço capaz de identificar as mulheres em situação de violência, principalmente, pela aproximação do serviço com a usuária e a ESF como um serviço fundamental no enfrentamento do agravo (SILVA et al., 2017).

A ESF, que antes era denominada Programa de Saúde da Família (PSF), foi alicerçado no ano de 1994, mediante os avanços reconhecidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado no ano de 1991, para responder a necessidade de interromper a expansão da epidemia de cólera nas regiões Norte e Nordeste, assim como, melhorar alguns indicadores de saúde, a exemplo da mortalidade infantil (PAIM, 2007).

O deslocamento do foco de atenção do indivíduo para a família é uma marca distintiva do PSF, que almeja romper com o modelo centrado na saúde individual e na cura da doença, ao passo que procura ampliar a compreensão do processo saúde/doença, no qual a doença não é um estado, mas um processo de adoecimento, o que leva a enfatizar o cuidado, também entendido como um processo. Para isso, busca na atuação de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário (ACD) ACS para o fortalecimento do vínculo entre esta equipe e a população atendida (PAIM, 2007).

A SPM foi criada em 2003, visando fortalecer as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero através do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra Mulheres, além de viabilizar discussões nas Conferências Municipais e Estaduais em contexto nacional para subsidiar a realização da Conferência Nacional de Política para as Mulheres, entre outras ações. Essas instâncias e documentos legais buscam ampliar as políticas públicas para a mulher com ações integradas, implantando e fortalecendo a rede de atendimento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010, BRASIL, 2011).

Apenas em 2004 com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, esta abordagem restrita à saúde reprodutiva é ampliada na perspectiva do cuidado integral à mulher, contemplando todos os ciclos de vida da mulher e os aspectos de gênero, raça/etnia e diversidade, incluindo em seu plano de ação 2004-2007 a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, é imperativo destacar Maria da Penha Fernandes, que foi mais uma mulher que sofreu os danos da violência na sociedade brasileira, e o fato do descaso frente ao ataque do seu direito fundamental à vida. Assim, a Lei nº 11.340/06 decorre da concretização

da luta pelo reconhecimento do direito das mulheres de viver sem violência (SILVA, et al., 2015; SANTOS; WITECK, 2016).

Anteriormente à criação da Lei Maria da Penha inexistia proteção específica para as vítimas de violência e as leis que existiam não contemplavam as reivindicações feministas e careciam de efetividade e praticidade (PIMENTEL FILHO; BITENCOURT, 2016). Pode-se citar a Lei nº 7.209/1984 que alterou o artigo 61 do Código Penal e conforme citam Calazans e Cortes (2011) estabeleceram entre as circunstâncias que agravavam a pena ser uma agressão praticada contra ascendente, descendente, irmão ou cônjuge. A Lei nº 8.930/1994 estabeleceu que o estupro e o atentado violento ao pudor eram crimes hediondos.

Antes da implantação da Lei Maria da Penha, aplicava-se à maior parte dos casos de violência contra a mulher à Lei nº 9.099/1995, que regulamentava os Juizados Especiais e que tratava de causas de menor complexidade ou de menor grau ofensivo, com penas de até dois anos (PIMENTEL FILHO; BITENCOURT, 2016).

Com a entrada em vigor da Lei Maria de Penha, as mulheres violentadas ao denunciarem o agressor, passaram a requerer ao juiz o deferimento de medidas protetivas de urgência, objetivando afastá-lo da vítima, no intuito de impedir a continuidade e agravamento da violência. As medidas protetivas de urgência existentes na Lei Maria da Penha se dividem em duas: as medidas contra o agressor e as medidas em benefício da mulher (BRASIL, 2006a).

Com relação às medidas contra o agressor, tem-se: o afastamento do agressor do local ou do lar onde convive com a agredida; proibição de aproximar-se ou frequentar determinados lugares; proibição de aproximar-se ou manter contatos com a vítima, familiares e testemunhas da agressão; restrição ou suspensão das visitas aos filhos, assim como pagamento de alimentos provisórios a estes como também para a mulher; restrição do porte de arma ou apreensão de arma de fogo. Como benefício para a mulher pode-se encaminhá-la ao programa ou atendimento de proteção; recondução ao seu lar após afastamento do agressor; determinar a separação de corpos; restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor; dentre outras medidas (BRASIL, 2006a).

É preciso que os tabus referentes ao Judiciário e as barreiras da desinformação e do medo sejam ultrapassados para que o acesso à justiça seja efetivado (PEREIRA, 2015), visto que os achados da literatura mostram que os impactos da VDCM na saúde da mulher incluem não só danos físicos e psicológicos, mas também o risco de morte. Destacam ainda a relação entre VDCM e a saúde mental de seus filhos, uma vez que as agressões sofridas interferem na

capacidade de cuidar das crianças (HESLER et al., 2013; MACHADO et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; DURAND et al., 2011; NUNES; SALES, 2016).

Martins et al. (2016) relataram que das mulheres que sofreram violência, 42% foi caracterizada como lesão grave, e das mortes por violência, 38% foram seus parceiros íntimos os responsáveis. As mulheres que são violentadas têm duas vezes mais chances de ter depressão e de usar bebida alcoólica; na saúde sexual e reprodutiva têm maior chance de gerar recém-nascido de baixo peso e de adquirir Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Em 2006, foi publicada a primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da APS abrangente e reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB (BRASIL, 2006b). Desta forma, favoreceu o acolhimento dos usuários, a vinculação, a responsabilização e a resolutividade das necessidades de saúde no âmbito da AB e dentre estas, as situações de VDCM.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com base em dois componentes da ação de vigilância: vigilância contínua, visando descrever o perfil dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras formas de violências notificadas em unidades de referência através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, e vigilância sentinela por inquérito, com base em informações inerentes à Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência de forma compulsória e contínua (BRASIL, 2009).

Neste interim, no ano de 2017, foi aprovada a nova PNAB que enfatiza a importância da atenção básica no conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas para a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, redução de danos, vigilância em saúde dentre outras, enquadrando a ESF como primordial na expansão e consolidação desse nível de atenção (BRASIL, 2017). Assim, partindo deste contexto, visualiza-se a atenção básica como fundamental no desenvolvimento de práticas assistenciais integradas e qualificadas frente às situações de violência.

O fato de as equipes da ESF contarem com diferentes profissionais que compartilham o mesmo espaço físico e cuidado aos usuários não assegura uma integração em suas ações, pois esta depende da articulação e conexões das intervenções realizadas. Assim, é importante a valorização do saber de cada profissional, na certeza de que não há saber que por si só seja

suficiente para dar uma resposta à situação de saúde dos usuários, o que implica na valorização de cada profissional que compõe a equipe.

Com isso, os profissionais podem promover o acolhimento, o encorajamento, a segurança, a orientação e a satisfação das necessidades individuais da pessoa em situação de violência, além de conhecer a rede intersetorial que promove a proteção e reintegração da vítima, como as delegacias especializadas, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes da ESF com o objetivo de ampará-las (LIMA et al., 2017).

Nesse contexto, os profissionais de saúde que atuam na ABS, cada vez mais conseguem identificar os sinais de VDCM, sendo mais fácil, identificar os indícios de agressão física. Os outros tipos como a violência psicológica e moral, por vezes, podem passar despercebidos a um olhar menos capacitado e treinado (FEITOSA et al., 2017).

As equipes da ESF com o objetivo de promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que põem a saúde em risco, em especial, das mulheres em situação de violência, foco desse estudo, mostram-se como grande aliada na assistência às pessoas em situação de VDCM, principalmente pelo vínculo que se estabelece, tendo a família como centro de atenção e construção de espaço de acolhimento e confiança. Além disso, buscam identificar os problemas de saúde, as situações de vulnerabilidade existentes na comunidade e desenvolver ações curativas, promocionais e intersetoriais (HESLER et al., 2013).

No entanto, Pinheiro (2018) observou que a compreensão que os profissionais da ESF possuem acerca da temática VDCM se apresenta ainda de forma individualizada e descontextualizada. Iniciativas como possibilitar maior preparo e capacitação da equipe, a atuação multidisciplinar e o cuidado com a mulher em situação de violência doméstica constituem ferramentas de reorganização neste processo.

É imprescindível que os profissionais também tenham consciência do lugar de extrema importância que ocupam em todo o processo de acolhimento e assistência dessas mulheres. Para isso, é necessário favorecer uma maior reflexão sobre seu papel como profissional inserido no contexto da VDCM (FEITOSA et al., 2017).

Posto isto, a gestão da ESF para o cuidado à mulher precisa valorizar os sentimentos das usuárias, o estreitamento do vínculo, a criação de espaços de discussão sobre a temática e a articulação intersetorial e com a universidade. A visita domiciliar e o vínculo entre os profissionais e a usuária são considerados potencializadores do acolhimento, orientações, aconselhamento e encaminhamento aos órgãos de assistência. Destacam-se também, a realização de campanhas e palestras de prevenção, bem como, reuniões em grupo para escuta

ativa e aconselhamento (GOMES et al., 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; RODRIGUES et al., 2014).

### 2.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

A PNAB aponta os ACS como profissionais responsáveis em desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares, além de ações educativas individuais e coletivas no domicílio e outros espaços da comunidade (BRASIL, 2017). Assim, destacam os ACS como os profissionais da ESF que contribuem para estabelecer o elo entre usuários, comunidade e serviços de saúde.

De acordo com Moreira et al. (2014) no atendimento de equipes da ESF nos casos de VDCM, o ACS foi apontado como ator fundamental para a definição e validação de ações planejadas pela equipe. O conhecimento desse profissional sobre o cotidiano das famílias é um importante sinalizador das situações de violência e escolha de intervenção.

A violência doméstica traumatiza e deixa cicatrizes profundas naqueles que a sofrem, necessitando de ações conjuntas de diversos profissionais e diversos setores da sociedade, tais como: justiça, assistência social, conselho tutelar e saúde. Do mesmo modo, para o enfrentamento desta problemática é fundamental que os ACS, além de atenderem as pessoas em situação de violência, desenvolvam métodos para identificar, controlar riscos e acompanhar os grupos mais vulneráveis. É preciso ainda, buscar articular e dialogar com familiares, serviços públicos e organizações em geral que atuem na implementação de políticas públicas inclusivas e protetoras (MORAES, 2012).

É relevante enfatizar que é primordialmente através do ACS que a equipe da ESF encontra caminhos para criar e fortalecer vínculos com a comunidade. Para isso, o respeito e o reconhecimento da individualidade de cada família e de sua capacidade para cuidar da saúde são aspectos que devem ser levados em consideração e importantes na abordagem da ESF. Essas ações são alternativas de assegurar que as famílias atuem como agentes ativos juntamente com os profissionais no cuidado à sua própria saúde. É preciso substituir práticas e abordagens pautadas em uma relação verticalizada entre as famílias e os profissionais da saúde, buscando edificar vínculos mais subsidiados no respeito e na confiança mútua (ALMEIDA et al., 2018).

Nessa perspectiva, a assistência prestada à mulher pode ser direcionada pela representação que os ACS têm da VDCM e a partir da análise dessa representação, tornar possível entender e intervir no cuidado e na reformulação de intervenções de prevenção (SILVA et al., 2015).

No processo de intervenção, é importante que os ACS conheçam a rede de enfrentamento à violência contra a mulher existente no município e região, de acordo com Almeida et al. (2018) para acolhimento e orientações eficazes e em tempo hábil à mulher em situação de violência, independente da natureza da agressão.

O diálogo é apontado como um elemento-chave na relação entre as mulheres em situação de violência doméstica e os ACS, pois este contribui para eficácia do cuidado. A visita domiciliar também é uma das atividades realizadas pelo ACS e oferece subsídios para identificar possíveis situações de risco contra as mulheres, especialmente aquelas residentes em locais mais afastados, em virtude da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo a visita domiciliar uma das formas para assistir essa população. Na visita domiciliar os ACS conseguem observar o comportamento das mulheres, lesões, bem como o relacionamento com o marido e/ou companheiro, contribuindo na identificação de situações de violência (ARBOIT et al., 2018).

O acolhimento requer relacionamento com as famílias, em que o ACS ouve com atenção o usuário/família que expressa o seu saber e suas experiências sobre determinado problema de saúde. A escuta será a consequência da elaboração de intervenções em busca da solução para as questões e os problemas identificados. Em muitos casos, a resposta familiar dependerá do engajamento de toda a equipe, no planejamento de ações de saúde capazes de intervir no problema enfrentado pela família (ALMEIDA et al., 2018).

Entretanto, a VDCM é considerada pelos ACS como algo difícil de detectar, considerando que muitos não se sentem habilitados para lidar com os casos, apesar de reconhecerem que integram um contexto adequado para acompanhamento das famílias em situação de violência, por possuírem o contato com as pessoas envolvidas e a orientação destas (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012).

Para Pierotti, D'Oliveira e Terra (2018) a atuação dos ACS é indispensável, pois é para eles que as mulheres falam dos sofrimentos de casa ou os vizinhos comentam sobre alguma situação de violência na comunidade. Então, os ACS precisam orientar sobre os direitos, a rede e dialogar com a equipe para a oferta de suporte, no entanto, essa assistência requer educação permanente, capacitação, treinamento, conhecimento e mapeamento da rede, como a construção conjunta de caminhos assistenciais com as mulheres.

Pesquisas apontam que os ACS revelaram insegurança em atuar e medo em intervir nas situações de violência doméstica, destacando que sentem uma imensa necessidade de serem capacitados para lidarem com as questões (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Como os ACS estão em contato direto com a população, tornam-se necessários treinamentos e capacitação para que possam reformular suas práticas de trabalho, visando melhorar a qualidade da assistência em saúde e aperfeiçoar estratégias para desenvolverem um contínuo trabalho de sensibilização com a comunidade referente às questões ligadas à saúde. Os ACS exercem papel de mobilizadores sociais, intermediando e consolidando saberes na atuação cotidiana de sua prática profissional/cidadã diretamente com a comunidade. Por tais características, o ACS é o elo entre a equipe de saúde e a comunidade e precisa estar preparado para tal (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015).

Analisando que a VDCM um problema multifatorial e bastante complexo, os ACS necessitam de apoio multiprofissional e intersetorial para atender às demandas das mulheres em situação de vulnerabilidade e violência. A criação de espaços de reflexão para profissionais das diferentes áreas, para gestores acerca de suas práticas de cuidado cotidianas em relação à VDCM, é fundamental para que estes ressignifiquem e reformulem suas práticas (ARBOIT et al., 2018).

A intensificação das ações de prevenção na comunidade, a capacitação das equipes para identificação precoce de VDCM, o acolhimento humanizado, diálogo, escuta ativa dos profissionais nas situações de denúncias e notificações (NASCIMENTO et al., 2019), precisam continuar permeando a prática dos ACS.

A atuação do ACS em nível de prevenção, investigação, diagnóstico e reabilitação de pessoas em situação de violência necessita ser constantemente problematizada para o delineamento e reformulações de estratégias de enfrentamento pertinentes à realidade de cada família. Além disso, capacitações referentes aos dados epidemiológicos, direitos das mulheres e sobre a rede de apoio disponível local, estadual e nacionalmente devem integrar os programas de educação permanente em saúde, com a finalidade de aprimorar a prática profissional (BROCH et al., 2016).

### 3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

#### 3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Esse estudo baseia-se no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), fundamentado na grande teoria proposta por Serge Moscovici embasando-o na abordagem estrutural trabalhada por Jean-Claude Abric e na abordagem processual por Denise Jodelet.

Ao associar VDCM ao estudo das RS pode-se apresentar subsídios teóricos para examinar mais detalhadamente como e porque são produzidos domínios de saber e subjetividades sobre o tema em questão. É possível a partir do conhecimento partilhado pelo grupo do estudo e de suas práticas verificar como o saber comum e as experiências se articulam ao saber científico e formam as representações sobre a VDCM.

Em 1961 Serge Moscovici desenvolveu a TRS através da obra: *La psychanalyse: Son image et son public* fundamentando-a na psicologia social, na vertente da Escola Francesa. Moscovici explica no seu estudo sobre a representação social da psicanálise, como o conhecimento científico é convertido em um saber do senso comum; como também possibilita reconhecer que as RS constituem para nós uma realidade partilhada e elaborada (MOSCOVICI, 2012).

A TRS sustentou-se no conceito sociológico de Representação Coletiva de Durkheim, com base em sua investigação sobre as práticas religiosas das tribos das sociedades primitivas australiana. Émile Durkheim desenvolveu a tese de que as representações são coletivas à medida que exercem uma coerção sobre cada indivíduo e permitem ao homem pensar e agir de modo homogêneo, além de ter atribuído às representações coletivas o *status* de objetividade e também de estática (SÁ, 1998).

Por conseguinte, enquanto Durkheim via as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva com o poder de integrar a sociedade como um todo, Moscovici esteve mais interessado em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (MOSCOVICI, 2012).

Nesse sentido, para transformar um fenômeno da representação social em um objeto de pesquisa é necessário “simplificá-lo”, e essa simplificação da realidade é possível por meio da

TRS (SÁ, 1998). Dessa forma, para tornar o fenômeno da VDCM um objeto de estudo pautado na TRS, é indispensável avaliar se ele produz representação social nos ACS.

Tal avaliação parte da premissa de que os fenômenos de representação social estão em todos os lugares, a todo o momento no meio cultural, coletivo e individual. Outra premissa é de que um “objeto de estudo só é capaz de gerar representação caso tenha suficiente relevância cultural ou espessura social” (SÁ, 1998, p.45).

Assegura-se, portanto, a pertinência de fundamentar o presente estudo na TRS, pois o objeto proposto faz parte do cotidiano dos ACS, à medida que a VDCM é um tema inserido na mídia escrita e falada, sendo assim discutido, problematizado e muitas vezes vivenciado no dia a dia desses profissionais de saúde.

A TRS é fundamentalmente dinâmica, suscetível à transformação, possibilitando compreender a sociedade de modo menos totalitário. Deste modo, a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos em seu meio físico e social e tende a determinar seus comportamentos e suas práticas (ABRIC, 2000; WAGNER, 2000).

Neste contexto, as RS de ACS sobre a VDCM são produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, de forma dinâmica no grupo e exige uma relação íntima entre linguagem e ação. Acredita-se que por meio dos seus conhecimentos, os ACS criam e comunicam as questões sobre o agravo e assumem uma posição de atores ativos no meio que vivenciam.

Moscovici (2012) ao utilizar o termo representação social objetivava enfatizar os processos criativos da geração de conteúdos novos e significativos que surgiam durante a transformação das configurações mentais e sociais, buscando as representações que sempre estavam em elaboração no contexto das inter-relações. Ele tece críticas sobre Durkheim ao afirmar que não se pode ter em uma sociedade inteira uma representação homogênea e compartilhada por todos os sujeitos.

As RS, portanto, são elaboradas a partir dos conteúdos que circulam na sociedade, influenciados por produções históricas e culturais que compõem o imaginário social e por produções atuais (JODELET, 2001). A autora ainda argumenta que a representação é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, sendo que esse objeto pode ser de três naturezas - social, material e ideal, e a representação se situa em uma relação de simbolização e interpretação.

Desta maneira, as representações são sempre um produto da interação e comunicação e tornam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência

do equilíbrio específico desses processos de influência social. Enquanto essas representações que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, são repensadas, recitadas e rerepresentadas (MOSCOVICI, 2012).

Desta forma, considera-se que a representação do indivíduo ou grupo sobre um objeto social compreende a realidade através de suas concepções de se adaptar e de se encontrar com o mundo ao seu redor. Neste contexto, isto permite dizer que as RS consistem em “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22).

Neste sentido, são mundos separados e opostos que, em diferentes graus, determinam dentro de cada cultura e de cada indivíduo, as esferas de suas forças próprias e alheias; é o que emerge entre os universos consensuais e reificados.

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como ser humano. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Esta sociedade ignora a si mesma e as suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como pessoas, ideias, ambientes e atividades (MOSCOVICI, 2012, p. 50).

Desta maneira, as ciências são os meios pelos quais compreende-se o universo reificado, enquanto as RS tratam com o universo consensual; o primeiro oculta valores e vantagens, além de encorajar a precisão intelectual e a evidência empírica. As representações por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com os interesses imediatos dos sujeitos (MOSCOVICI, 2012). Partindo desse princípio, Moscovici afirma que “a ciência era antes baseada no senso comum e fazia o senso comum menos comum; mas agora senso comum é a ciência tornada comum” (MOSCOVICI, 2012, p. 60). Nesse contexto, compreende-se que o foco das RS está na forma como as pessoas entendem e reagem às coisas que as rodeiam, levando-as à compreensão e à comunicação na sociedade, o que gera o senso comum a partir das suas experiências (MOSCOVICI, 2012).

Entende-se que é por meio da linguagem do senso comum que ocorre a compreensão das RS, na identificação do meio que os indivíduos ou os grupos têm e através disso, conceitos, significados e argumentações são determinados e aceitos por todos (ABRIC, 2000; WAGNER, 2000). Desse ponto de vista, as RS são abordadas como um produto e um

processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade (JODELET, 2001).

A partir de grandes discussões da TRS na área de saúde, Oliveira (2014) aborda sobre a necessidade de estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde, acessadas através das RS. Como fruto dessas discussões, essa autora propõe uma nova forma de construção do conhecimento, ou seja, os saberes técnico-profissionais no campo da saúde.

Nesse contexto, essa compreensão subsidia a assistência às mulheres em situação de violência pelos ACS e a importância desse conhecimento utilizado por estes profissionais para compreender os problemas de saúde, bem como justificar as práticas cotidianas.

Esse saber prático, construído pelos profissionais de saúde, é de tipo híbrido, apoiado, ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo da sua história de vida e, em um conhecimento reificado fragmentado, em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional (OLIVEIRA, 2014, p.614).

A autora argumenta que os profissionais de saúde fundamentam suas representações e saberes práticos no senso comum e no conhecimento científico. Assim, apresenta três campos de relações importantes para a análise da utilização da teoria na área da saúde. O primeiro refere-se às relações entre senso comum e saber técnico-profissional, o segundo são as relações entre representações e práticas de saúde nos grupos sociais e por último os diferentes níveis de percepção da realidade do processo saúde-doença pelo senso comum e pelo saber técnico-profissional (OLIVEIRA, 2014).

O conhecimento técnico-profissional visto a partir da TRS possibilita um novo olhar que orienta as práticas institucionais e profissionais e apoia-se no próprio conhecimento científico da área da saúde (OLIVEIRA, 2014). Partindo desse pressuposto, é possível compreender que os ACS articulam entre o saber do senso comum, o conhecimento científico e o conhecimento técnico-profissional veiculado pelos serviços de saúde para a apropriação das suas RS sobre o fenômeno da VDCM.

De maneira geral, através de uma produção simbólica, a representação social encadeia ação, linguagem e pensamento em suas funções primordiais de tornar o não familiar conhecido, viabilizar a comunicação e obter controle sobre o meio que se vive, compreender o mundo e as relações em que nele são estabelecidas. De fato, representar ou se reapresentar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto (JODELET,

2001). Como afirma Moscovici (2012, p. 46) “a representação iguala toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem”.

As RS são o reflexo das relações complexas, reais e imaginárias, objetivas e simbólicas que o sujeito mantém com o objeto, essas relações organizam e estruturam as representações, no intuito de apreender e conhecer a realidade e permitir a sua compreensão e interpretação (MORERA et al., 2015).

O propósito de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar. A familiarização é sempre um processo construtivo de ancoragem e objetivação através do qual o não familiar passa a ocupar um lugar dentro de nosso mundo familiar (MOSCOVICI, 2012, p. 20).

Assim, para análise da representação social existem dois mecanismos básicos na formação da representação: a ancoragem e a objetivação. O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar; ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que está no mundo físico; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2012).

A ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando-o e classificando-o em função dos laços que este objeto mantém com sua inserção social (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2014). Estes mesmos autores ainda referem que um objeto é ancorado quando ele passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes, mediante alguns ajustes.

Já sobre o mecanismo de objetivação, Moscovici (2012, p. 71) nos diz que a “objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se verdadeira essência da realidade”. Assim, a objetivação transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o do seu quadro conceitual científico. Assim, “comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância” (MOSCOVICI, 2012, p. 72).

Neste interim, sendo as representações socialmente produzidas, considera-se que os ACS, tenham representações comuns sobre a VDCM em sua área de atuação, o que possibilita trocas simbólicas com a comunidade e a equipe através do conhecimento apreendido, ancorado e objetivado a partir de suas interações sociais.

A partir do levantamento do seu conteúdo e seu sentido as RS devem-se estruturar em três dimensões, a saber: a informação, que está atrelada ao arranjo do grupo em relação ao

objeto social; a atitude corresponde à dimensão em que se demonstra a posição, o afeto e a tomada de decisão direcionada ao objeto; e a do campo representacional que implica imagens, modelos sociais, hierarquias e compreende os valores (SÁ, 2002).

As RS são sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Assim, uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo (WAGNER, 2000).

Neste sentido, Moscovici (2012) refere às RS como tendo duas funções principais que vão contribuir com os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. A *Função de Saber*: permite compreender e explicar a realidade através do saber prático do senso comum, possibilitando aos atores sociais adquirirem conhecimentos e integrá-los a um quadro assimilável e compreensível para eles; e a *Função de Orientação* das comunicações sociais, comunicação essa que estabelece códigos com o objetivo de nominar e classificar de maneira singular partes do mundo desse grupo, bem como acontecimentos da vida individual e coletiva dessa comunidade.

Diante de tais argumentos, Abric contribuiu com mais duas funções às representações sociais. A *Função Identitária* que assegura a especificidade e imagem positiva do grupo e a *Função Justificadora* que proporciona aos atores sociais reforçarem ou manterem comportamentos de diferenciação social ao se relacionarem entre grupos (ABRIC, 2000).

Em pesquisas desenvolvidas na área da saúde, as implicações das funções das representações visam contribuir para a compreensão de diferentes processos que permeiam a dialética saúde-doença e possibilita uma análise da teoria e da *práxis* através dos diferentes mecanismos de cuidado, já que as representações vão refletir na ação cotidiana e pensamentos dos profissionais de saúde e sujeitos do cuidado (MORERA et al., 2015).

O uso da TRS abrange uma diversidade de pesquisas com objetos sociais também variados. No momento, sabe-se que existem abordagens diferenciadas acerca da teoria que não se constituem como alternativas a esta, mas se complementam: a societal, processual e a estrutural.

A abordagem societal foi elaborada na Escola de Genebra por Willem Doise em 1986 e busca a articulação entre os esclarecimentos de ordem individual e societal, evidenciando que os processos organizados pelas pessoas para inserção na sociedade são norteados por dinâmicas sociais. Ocorre então uma aproximação à sociologia sob o ponto de vista de Pierre Bourdieu, e com base nessa abordagem, Doise, 1990 *apud* SÁ, 2002, p.33, afirma que “as representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções

específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”.

A abordagem processual ou também chamada culturalista introduzida por Denise Jodelet é a mais fiel à TRS, revelada nos seus trabalhos da *École des Hautes Études em Sciences Sociales*, em Paris. A autora enfatiza uma base descritiva dos fenômenos das RS em consideração dos suportes pelos quais as representações são veiculadas na vida cotidiana. Esses suportes seriam os discursos entre os sujeitos os quais mantêm a representação, bem como os seus comportamentos e as práticas sociais (SÁ, 1998).

A abordagem estrutural estabelecida por Jean-Claude Abric foi a única a se formalizar como uma teoria, a chamada Teoria do Núcleo Central (TNC). Ocupa-se com o conteúdo cognitivo das representações, não como uma simples colocação de ideias e valores, mas concebendo-o como um conjunto estruturado, que se organiza em um sistema central e periférico, com características e funções distintas (SÁ, 1998; SÁ, 2002).

Como mencionado no início deste capítulo, o estudo propôs a trabalhar nas perspectivas das abordagens estrutural e processual, assim essas vertentes serão detalhadas de forma mais compreensiva.

### **3.1.1 Abordagem Estrutural e a Teoria do Núcleo Central**

A abordagem estrutural foi proposta inicialmente por Jean-Claude Abric em sua tese de doutorado intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales* em 1976, sob a forma de uma hipótese a respeito da organização interna das RS. Posteriormente, o seu postulado teve a colaboração de diversos autores em todo o mundo como Flament, Guimelli, Moliner, entre outros; sendo conhecido o grupo inicial de pesquisadores como grupo Midi, por estar sediado no Sul da França na região do Mediterrâneo nas cidades de Aix-en-Provence e Montpellier (MAZZOTTI, 2002; SÁ, 2002).

A abordagem estrutural evoluiu do ponto de vista teórico no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 e firmou-se como TNC a partir de diversas publicações em todo o mundo (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016).

Para Abric (1994) a RS possui uma estrutura constituída por um conjunto de cognemas que são organizados, hierarquizados, ponderados e mantêm entre si relações que determinam o significado e o lugar que ocupam no sistema representacional. Trata-se de uma perspectiva marcada por um olhar experimental que lida com o conhecimento socialmente compartilhado

na forma de estruturas, isto é, sistema formado por unidades interconectadas que tem seu funcionamento regulado por leis (WACHELKE, 2012).

A TNC enfatiza que as RS são um duplo sistema formado por um núcleo central e pelo sistema periférico. O núcleo central é um subconjunto da representação, composto por um ou alguns elementos que definem e organizam a RS cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação completamente diferente. Além disto, ele é fortemente compartilhado pelo grupo, por isso não tende a sofrer mudanças em seus elementos e quando isto acontece, ocorre mudança na representação social do objeto em estudo. Já o sistema periférico compreende a maior parte dos elementos da representação, os quais possuem natureza condicional e tem caráter mais flexível e prático, o que possibilita adaptar as representações às experiências cotidianas (ABRIC, 1994; SÁ, 2002).

Assim, as RS de ACS sobre a VDCM podem ser estruturadas e organizadas, explicadas e apreendidas quando se desvelarem estes elementos com características e funções que direcionam o pensamento social desses participantes.

O núcleo central estável e mais resistente às mudanças está relacionado à memória coletiva, dando significação, consistência e permanência à representação (ABRIC, 1994). Ele pode assumir dimensões diferentes: funcional, normativa, descritiva ou admitindo papéis mistos envolvendo mais de uma dimensão (ABRIC, 1994; RATEAU; FLAMENT, 1994 *apud* WACHELKE, 2012; WOLTER, 2018).

A dimensão normativa diz respeito ao sistema de valores e normas sociais do grupo; a dimensão funcional está ligada à natureza do objeto representado e determina condutas relativas ao objeto. O conjunto dos elementos funcionais forma a dimensão prática das RS (SÁ, 2002; WOLTER, 2018). A dimensão descritiva traz elementos que descrevem e caracterizam o objeto para o grupo, não necessariamente servem para julgar ou para guiar as práticas e sim para se dizer o que é (WOLTER, 2018). O núcleo revela a maneira pela qual o indivíduo representa uma dada situação e, conseqüentemente, ele dita o comportamento que o indivíduo apresentará (ABRIC, 1994).

Em torno deste núcleo, e organizados por ele, estão os elementos constituintes do sistema periférico, que apresenta por função proteger o núcleo central, permite a integração de experiências individuais, é flexível e mostra-se sensível ao contexto imediato (ABRIC, 1994). A periferia de uma representação social é considerada como um “para-choque” entre a realidade e o núcleo central, que se apresenta de forma mais resistente às mudanças (FLAMENT, 1987 *apud* WOLTER, 2018). Esse sistema absorve novas informações e eventos

que poderiam colocar em questionamento o núcleo central e é a partir do sistema periférico que uma representação começa a ser modificada (SÁ, 2002).

A partir dos conhecimentos da TRS e da TNC verifica-se a necessidade de utilização de métodos que visem levantar e fazer emergir os elementos constitutivos de uma representação, ou seja, o seu conteúdo e como esses elementos se estruturam e se organizam com a delimitação do núcleo central da representação (SÁ, 2002).

Desse modo, Abric (1994) diz que é necessário fazer uma abordagem multimetodológica das representações para uma possível definição da centralidade organizada em três tempos sucessivos: o levantamento do conteúdo da representação; o estudo das relações entre os elementos de sua importância relativa e sua hierarquia; e a determinação e o controle do núcleo central. Para o levantamento do conteúdo da representação podem ser utilizados os métodos interrogativos (entrevista, questionário, os desenhos, entre outros) e os métodos associativos (que incluem as evocações e associações livres, os mapas associativos, entre outros).

Nesse contexto, Moliner (1994 *apud* Sá, 2002) traz uma crítica aos métodos propostos por Abric pelas dificuldades metodológicas iniciais para o cumprimento das exigências teóricas de identificação precisa do núcleo central, considerando que as dificuldades partem de uma análise insuficiente da noção de centralidade.

Nessa perspectiva de autocrítica e de identificação da centralidade de uma representação, é que Moliner juntamente com o grupo Midi introduz diferentes propriedades teóricas atribuídas ao núcleo central, métodos e técnicas específicas capazes de colocar em evidência os elementos centrais. As primeiras técnicas de delimitação do núcleo central fundamentaram-se nas diferenças quantitativas, ou seja, que os supostos elementos centrais se apresentavam mais salientes e conectavam com um número maior de outras cognições, mesmo sendo elementos periféricos (SÁ, 2002).

Nesse sentido, Moliner (1994 *apud* Sá 2002) parte da premissa de que nem sempre que uma cognição é ligada a todas as outras é central, por ser central é que é ligada às outras. O autor traz a reflexão sobre o laço simbólico exercido entre o elemento central e a representação resultante das condições históricas e sociais que presidiram o nascimento da representação. Assim, as propriedades quantitativas (saliência e conexidade) não constituem prova de centralidade já que não implica que a cognição apresente uma relação simbólica com o objeto da representação.

De maneira a orientar à identificação dos elementos centrais Moliner atribui quatro propriedades às cognições: seu valor simbólico, seu poder associativo, sua saliência e sua

forte conexão na estrutura. Sendo que o valor simbólico e o poder associativo são propriedades qualitativas, enquanto que sua saliência e conexão são propriedades quantitativas e aparecem em consequência das primeiras. Desta forma, entende-se que o valor simbólico de uma cognição central designa que esta será frequentemente evocada, também seu forte poder associativo se manifesta quantitativamente, no caso de uma elevada conexão (SÁ, 2002).

A abordagem estrutural das RS possui técnicas específicas, porém a mais utilizada no Brasil é a análise prototípica ou análise das evocações livres que se organiza em quatro quadrantes, núcleo central e zona de contraste à esquerda, primeira e segunda periferias à direita (OLIVEIRA et al., 2005; WACHELKE, WOLTER; 2011). Trata-se de uma técnica exploratória elaborada por Vergès que fornece indicações prováveis de centralidade válidas (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Entretanto, para caracterizações estruturais ligadas à pesquisa de base ou então aprofundamentos sobre um diagnóstico representacional vinculado a um grupo, os elementos do núcleo central são mais precisos após o emprego de técnicas confirmatórias como as técnicas do questionamento (*mise-en-cause*) proposta por Moliner em 1989 e dos esquemas cognitivos de base proposta por Guimelli e Rouquette em 1992 (WACHELKE; WOLTER, 2011). Atualmente, várias técnicas e tipos de análises são utilizados para a validade dos elementos centrais.

As primeiras evidências experimentais da validade do núcleo central foram fornecidas por Moliner com a técnica do questionamento ou *mise-en-cause*, verificou-se que na ausência de certos elementos os participantes negavam consensualmente que ele referia a uma dada representação social, enquanto preservavam a grade de leitura da representação na ausência de outros. Essa técnica apoia-se no princípio que os elementos centrais possuem um valor simbólico e são essenciais na RS de um objeto social (WACHELKE, 2012).

O método de escolhas sucessivas por blocos ou *choix-par-bloc* elaborado por Guimelli em 1989, permite identificar a estrutura da representação, verificar e validar o caráter central ou periférico dos elementos gerados pelo método da rede de associação. Um de seus interesses é o estudo da saliência e da conectividade existente entre os diferentes componentes da representação (ROUQUETTE; RATEAU, 1998 *apud* NOGUEIRA, 2019).

A técnica de constituição de pares de palavras de acordo com Abric (1994) é o método mais óbvio de detecção da conexão a partir da identificação de ligações específicas que se estabelecem entre os vários elementos (SÁ, 2002).

A análise de similitude foi desenvolvida particularmente para o estudo das RS em 1962 por Claude Flament, ao utilizar a interface entre as ciências humanas e as matemáticas, desenvolveu a análise através da teoria dos grafos, introduzindo a árvore máxima. A análise de similitude tornou-se a principal técnica de detecção do grau de conexidade dos diversos elementos de uma representação (SÁ, 2002).

No modelo dos esquemas cognitivos de base, proposto por Guimelli e Rouquette, dois cognemas, um indutor e outro induzido são relacionados de 28 formas (modelo dos 28 conectores), primeiramente são verificadas as relações lexicais, depois as práticas e as de atribuição (GUIMELLI, 1994 *apud* NOGUEIRA, 2019).

Esses métodos, dentre outros desenvolvidos pelo grupo do Midi, são importantes para que os pesquisadores compreendam melhor as relações entre os elementos de uma representação e confirmem a centralidade daqueles que forem nucleares. Outra importante contribuição da teoria que vem sendo desenvolvida desde Rouquette é o estudo entre as representações e as práticas sociais (NOGUEIRA, 2019).

Os primeiros trabalhos empíricos de Moscovici em 1978 têm como base o estudo das práticas comunicativas, no entanto suas proposições teóricas são aplicáveis às relações gerais entre RS e práticas sociais (CAMPOS, 2017). A partir das observações de Rouquette, concluiu-se que um ponto mais exato de definir as práticas sociais é concebê-las como sistemas complexos de ação, que tenham como referência o agir dos grupos, isso permite de certa forma estudar a ação também por meio de instrumentos de natureza cognitiva (CAMPOS, 2017).

Desta forma, as RS geralmente encontram-se associadas às práticas empregadas por um grupo envolvendo o objeto social referente. Flament e Rouquette distinguiram quatro interpretações sobre o conceito de práticas sociais: a passagem ao ato, em oposição a não fazer algo; a frequência ou intensidade de realização de uma dada ação; a perícia associada a uma ação; e os diferentes modos de realizar a ação. Os mesmos autores argumentam que uma prática não deve ser entendida somente como comportamento físico; o discurso envolvendo um objeto social também está incluído (WACHELKE, 2012).

Assim, uma prática é definida como um sistema de comportamento que é legitimado socialmente (FLAMENT, 2001 *apud* WACHELKE, 2012). A partir dos experimentos com os jogos, Abric compreendeu que existem condições para que as representações afetem a ação, para isto, é necessário que a situação da prática tenha uma carga afetiva forte, onde haja referência à memória coletiva para manter ou justificar a identidade, a existência ou a prática dos grupos ou práticas significantes (WOLTER; SÁ, 2013).

A partir disso, vários autores tendem a apontar em estudos as relações entre as RS e práticas sociais, como Guimelli que estudou as representações de enfermeiras acerca de suas práticas, utilizando um questionário e os esquemas cognitivos de base. O autor concluiu que o aumento da frequência de novas práticas mobiliza um campo representacional prático com a ativação de cognemas relativos à prática/ação, o que ilustra a mudança de representação pela mudança de práticas (WOLTER; SÁ, 2013).

Por fim, destaca-se que a abordagem estrutural da RS de ACS sobre a VDCM possibilita a compreensão da tomada de posição, a dinâmica das interações sociais e determinação de suas práticas sociais.

### **3.1.2 Abordagem Processual**

A abordagem processual desenvolvida por Denise Jodelet conseguiu sistematizar a TRS, na medida em que conferiu uma feição mais objetiva, ou seja, um estilo científico anglo-saxônico, à retórica de Moscovici na explicação das proposições básicas da teoria (SÁ, 1998). Jodelet enfatiza os discursos das pessoas e grupos que propiciam a manutenção das representações, dos comportamentos e das práticas sociais nas quais estas são manifestadas (SÁ, 1998).

Para a autora, as RS são fenômenos complexos sempre ativos e agindo na vida social, isto é, advém de um conhecimento do senso comum e são formadas em razão do cotidiano do sujeito. Esta forma de conhecimento distingue-se do conhecimento científico, mas é tão legítimo quanto o segundo, por sua importância na vida social pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais (JODELET, 2001).

Jodelet esclarece que enquanto forma de saber, a representação se apresenta como uma modelização do objeto e qualificar esse saber como prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos quadros e condições nas quais o é, e, sobretudo ao fato de que a representação serve para se agir sobre o mundo e sobre os outros (JODELET, 2001).

Nesta lógica, Jodelet (2001, p. 41) determina que o estudo das representações sociais deve buscar articular “elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas intervirão”. Neste sentido, as RS são formadas por elementos diversos como informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, dentre outros; mas sempre organizados como uma espécie de saber que diz alguma coisa sobre o estado da realidade.

Representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito relaciona-se com um objeto (JODELET, 2001). Portanto, falar de sujeito no campo das RS é discorrer sobre pensamento e suas implicações, tornando concretas as representações reveladas nos atos, palavras, trocas, parcerias e conflitos das subjetividades historicamente constituídas. Nessa perspectiva, ao enfatizar a tríade sujeito-objeto-sujeito, Jovchelovitch (2004, p. 22) tem a finalidade de explicar que a “a representação se estrutura através de um trabalho de ação comunicativa que liga sujeitos a outros sujeitos e ao objeto-mundo, através de práticas do cotidiano nas instituições sociais ou estruturas informais do mundo vivido”.

A representação é, pois, a representante mental do objeto que reconstitui simbolicamente e por outro lado, conteúdo concreto do ato de pensar, assim, a representação carrega a marca do sujeito e de sua atividade. Sendo que este último remete ao caráter construtivo, criativo, autônomo da representação que comporta uma parte da reconstrução, de interpretação do objeto e de expressão do sujeito (JODELET, 2001).

Desta forma, Jodelet reconhece que

as representações sociais como sistemas de interpretação regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Igualmente intervêm em processos tão variados quanto a difusão e a assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição de identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 2001, p. 35).

De fato, como fenômenos cognitivos, as RS associam o pertencimento social dos indivíduos às implicações afetivas e normativas, às interiorizações das experiências, das práticas, dos modelos de conduta e de pensamento, socialmente transmitidos pela comunicação social. Por esse motivo, a abordagem processual constitui uma contribuição decisiva para a aproximação da vida mental individual e coletiva (JODELET, 2001).

Assim, os estudos de Jodelet valorizam a articulação entre a cultura e a dimensão social do grupo, pois estas regem as construções mentais coletivas. Desta forma, as representações sociais acerca de um objeto são uma ferramenta valiosa ao evidenciar a cultura, a história e as suas características regionais, institucionais e organizacionais (SÁ, 1998).

Neste interim, a comunicação social sob seus aspectos interindividuais, institucionais e midiáticos aparece como condição de possibilidade e de determinação das representações e do pensamento social. Há uma importância primordial dessa comunicação nos fenômenos representacionais, pois atua como vetor da transmissão da linguagem e portadora de

representações, além disso, incide sobre os aspectos estruturais e formais do pensamento social, visto que engajam os processos de interação social, influência, consenso e dissenso e polêmica (JODELET, 2001).

A construção do conhecimento acontece por meio de um processo pelo qual o sujeito elabora suas percepções (epistêmicas e psicológicas) sobre um objeto (humano, social, material) considerando sua posição no grupo ou na sociedade, ou seja, de forma consensual é construída por um sujeito histórico, inserido em sua cultura e universo de valores de onde originam seus saberes. A partir deste sujeito, ou grupo, é que se identifica o conhecimento sobre o objeto de representação e como este saber é experimentado e vivenciado dentro da sociedade (JODELET, 2001).

Desta forma, entende-se que as representações sociais de ACS sobre a VDCM, tendem a desempenhar um importante papel de comunicação entre a ideologia e as formações discursivas, fornecendo, através da comunicação cotidiana, uma explicação para a dinâmica do agravo através da interação social, a construção da identidade do grupo de ACS e as construções simbólicas.

A VDCM é uma problemática inserida no cotidiano de muitos ACS, que proporciona discussões e reflexões levando esses profissionais de saúde a construir RS sobre objeto, assim como, influenciar em suas práticas preventivas e assistenciais às mulheres em situação de violência. Portanto, destaca-se que a TRS em suas abordagens estrutural e processual se configura como importante arcabouço teórico-metodológico para o presente estudo.

### 3.2 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

No campo da saúde a TRS vem sendo discutida principalmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de um dado grupo social, ou seja, o conhecimento que o grupo utiliza para interpretar tais problemas e justificar suas práticas profissionais de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2014). No campo da pesquisa em enfermagem e ciências sociais tem se caracterizado pela pluralidade e complexidade conceitual nos estudos de mestrado e doutorado e se coloca como uma opção que possibilita a compreensão de uma realidade concreta (MORERA et al., 2015).

Ainda Oliveira (2014) ressalta que as RS facilitam e são condições necessárias à comunicação social, elas definem, permitem a troca social, a transmissão e a difusão do conhecimento oriundos da prática profissional cotidiana, ao próprio processo de trabalho e ao

desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde. Desta maneira, como já considerado neste capítulo, a VDCM é objeto de representação social, assim, buscou-se pesquisas que relacionassem estes eixos temáticos.

Durante a busca das produções científicas em base de dados de periódicos e catálogo de teses e dissertações da CAPES encontrou-se estudos que abordam a VDCM como objeto de RS entre diversos atores sociais: como as mulheres em situação de violência, familiares, profissionais de saúde, entre outros. Entretanto, existe um restrito número de pesquisas que abordem as RS de ACS sobre a VDCM, assim, alguns estudos com os profissionais de saúde se fazem pertinentes em virtude da aproximação com a presente pesquisa.

No estudo realizado por Jacinto (2018) acerca da representação social de ACS sobre a VDCM, pode-se inferir que esses participantes representam a VDCM ao aspecto privado e particular das relações, bem como a responsabilização da mulher pela compreensão de sua autonomia para romper com o ciclo de violência, despontaram como aspectos desfavoráveis para a reflexão nas questões de gênero, assim como para a elaboração das ações pelos serviços de saúde. A assimilação dessas representações refletiu, inclusive, no distanciamento dos ACS no contexto de violência contra a mulher, já que para esses profissionais, o limite entre a esfera pública e privada não deve ser ultrapassada sem permissão, consentimento ou pedido de ajuda da mulher.

Neste contexto, pesquisa que analisou a estrutura e conteúdo das RS de ACS sobre a VDCM, apontou que esses profissionais de saúde possuem uma representação fundamentada em aspectos negativos e estruturada sobre o agravo. O núcleo central traz as dimensões conceitual, atitudinal e imagem através dos elementos: agressão, agressão física, covardia, falta de respeito e tristeza e fizeram presentes na análise das entrevistas (BROCH et al., 2016).

Corroborando com os resultados da pesquisa anterior, Silva et al. (2015) ao analisarem as RS de técnicos de enfermagem e ACS sobre a VDCM demonstrou que a representação social desses profissionais de saúde possui conotação negativa e estruturada trazendo como possíveis elementos centrais os termos abuso, agressão, agressão física, covardia e falta de respeito. Os profissionais reconheceram que a violência não se limita aos aspectos físicos e expressaram julgamentos frente ao ato do agressor.

Estudo realizado com profissionais de saúde apontou que a compreensão das RS desses atores sociais sobre a VDCM é organizada em torno da violência física contra a mulher. Os atos de violência são justificados pela imagem naturalizada do homem como covarde, e esse atributo sintetiza o homem como autor da violência. Desenvolvem práticas de

acolhimento às mulheres em situação de violência, trazendo à figura frágil da relação, assim reafirmam as associações entre representações e práticas e revelam uma situação na qual as representações podem ser consideradas como orientadoras das práticas (CRUZ; ESPÍNDULA; TRINDADE, 2017).

Pesquisa sobre as RS de profissionais de saúde sobre a VDCM trouxe a idade como atributo de diferenciação dessas representações, participaram 86 profissionais com menos de 41 anos e 68 com 41 anos ou mais. Os resultados apresentaram que ambas as faixas etárias estudadas possuem uma representação estruturada, com conotação negativa, apresentando em seus núcleos centrais os elementos agressão e falta de respeito. Os mais jovens evocaram ainda covardia e, na zona de contraste, impunidade; aqueles com mais idade evocaram também medo e abuso e, na segunda periferia, alcoolismo, drogadição e falta de diálogo. Desta forma, essas distinções das representações sociais podem estar relacionadas às experiências profissionais que fortalecem as discussões entre as RS e práticas sociais (SILVA et al., 2016).

Outro estudo realizado sobre as RS de profissionais da APS sobre a VDCM constatou nos relatos dos participantes que estes revelaram os núcleos de sentido representados socialmente e pelos fatos observados ao longo da vida. As relações de gênero e a imputação da culpa à mulher foram representadas como os principais motivos dessa violência (SANTOS et al., 2018).

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa, multimétodos, caracterizado como descritivo e exploratório, fundamentado na TRS em suas abordagens, estrutural proposta por Jean-Claude Abric (ABRIC, 1994) e processual por Denise Jodelet (JODELET, 2001).

A pesquisa quantitativa utiliza experimentos, lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados (TURATO, 2005). Por outro lado, a abordagem qualitativa se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, ou seja, são compreendidas como aquelas capazes de reunir a questão do significado e da intencionalidade como essenciais aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2010).

A combinação entre diversos métodos quantitativos e qualitativos, ou seja, a pesquisa multimétodos, visa fornecer um quadro mais geral da questão em estudo (FLICK, 2009). Nesta perspectiva, a pesquisa qualitativa pode ser apoiada pela pesquisa quantitativa e vice-versa, possibilitando uma análise mais objetiva do fenômeno com métodos quantitativos e uma análise subjetiva mediante métodos qualitativos.

Os estudos multimétodos em uma investigação é uma tendência crescente na pesquisa em saúde devido ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos (SANTOS et al., 2017).

Já a TRS como referencial teórico-metodológico do estudo explica as diferenças entre um pensamento de acordo aos preceitos científicos, a razão e a realidade em circunstância com o pensamento do mundo social. Assim, a representação social é um construto sociopsicológico que desempenha um papel simbólico, representando algo para alguém ou para um grupo (MOSCOVICI, 2012; WACHELKE, 2012).

### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local do estudo foram as Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Jequié/BA, situado na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, tendo por isto um clima quente e úmido.

A cidade tem área de 3.227,343 km<sup>2</sup> e população estimada de 155.800 habitantes (IBGE, 2018).

Em relação à rede municipal de assistência à saúde da atenção básica, o município dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães e Centro de Saúde Sebastião Azevedo); uma Unidade móvel de atendimento médico-odontológico; uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal; 21 USF distribuídas na zona urbana e zona rural do município (JEQUIÉ, 2019; CNES, 2019).

No que se refere à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade, o município dispõe dos seguintes serviços: Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Atendimento Técnico Especializado (CATE); Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas (JEQUIÉ, 2019).

Em relação ao cenário propriamente dito da investigação, no período da coleta de dados o município contava com 21 USF cadastradas no Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 18 na zona urbana e três na zona rural. Desta forma, selecionou-se as USF que atendiam aos seguintes critérios: equipe mínima completa, segundo preconizada pelo Ministério da Saúde no período de coleta de dados; equipes com o tempo mínimo de seis meses de implantação; equipes da zona urbana. Assim, compôs o cenário de estudo 18 USF com 27 equipes de saúde da família.

Por se tratar de uma pesquisa multimétodos o percurso metodológico ocorreu em três etapas, em diferentes USF. Na primeira etapa, para coleta de dados da técnica de evocações livres, ocorreu em 18 USF; na segunda etapa foram aplicados os métodos *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause* em 13 USF; e a terceira etapa a entrevista em profundidade em 11 USF, conforme demonstrado no Quadro 1:

**Quadro 1:** Relação das USF de acordo às etapas da coleta de dados, Jequié, BA, Brasil, 2020.

Nomes da USF	1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
USF Antônio Carlos Martins	X	-	-
USF Dr. Gilson Pinheiro	X	-	-
USF Dr. João Carichio Filho	X	X	X
USF Doralize Vidal	X	X	-
USF Dr. Rubens Xavier	X	X	X
USF Odorico Mota	X	-	-
USF Dr. Amando Ribeiro Borges	X	X	X
USF Padre Hilário Terrosi	X	X	X
USF Dr. Aurélio Sciarretta	X	X	X
USF Hosannah Michelli Tolomei	X	X	X
USF Dr. José Maximiliano	X	X	X
USF Giserlando Biondi	X	X	X
USF Dr. Milton Rabelo	X	-	-
USF Dr. Isa Cléria Borges	X	X	X
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	X	-	-
USF Idelfonso Guedes	X	X	-
USF Olímpio José dos Anjos	X	X	X
USF Virgílio de P. Tourinho Neto	X	X	X
Total	18	13	11

Fonte: A autora, 2020.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Considerando que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, a população deste estudo foi constituída pelos ACS que atuam nas referidas USF. O município no período da coleta de dados contava com 321 ACS credenciados no Ministério da Saúde, sendo que destes, 158 atuavam nas USF da zona urbana (CNES, 2019).

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, através de contato por telefone com o enfermeiro supervisor sendo solicitado um encontro com todos os ACS de cada uma das equipes das USF para que a pesquisadora pudesse convidá-los a participar do estudo. Como critério de inclusão o ACS deveria estar em atividade funcional e ter mais de seis meses de atuação na USF e como critério de exclusão ACS que estavam de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde. Assim, 107 ACS compareceram ao primeiro encontro com a pesquisadora e todos atendiam aos critérios de inclusão definidos.

Desta maneira, na primeira etapa da pesquisa 107 ACS participaram da técnica de evocações livres, neste momento os participantes foram convidados a contribuir com a segunda e terceira etapa da coleta de dados, que foram realizadas com agendamento prévio por telefone pela pesquisadora. Na segunda etapa participaram 60 ACS e na terceira etapa 30 ACS.

#### 4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os estudos da psicologia social e das representações sociais têm utilizado frequentemente multimétodos (quantitativo/qualitativo), assim como variados instrumentos mais adequados à obtenção dos dados que forneçam mais fielmente uma apreensão pelo pesquisador do objeto social, busquem identificar os elementos constitutivos da representação, conhecer a organização destes elementos e identificar o núcleo central da mesma (OLIVEIRA et al., 2005).

A utilização de multimétodos parte da premissa que usar mais de um método abrirá várias perspectivas para promover a qualidade na pesquisa qualitativa comparada a um estudo com a utilização de um único método (FLICK, 2009).

Neste sentido, buscou-se compreender as representações sociais de um grupo de ACS sobre a VDCM e para isso utilizou-se multimétodos para coleta de dados em três etapas. Assim, na primeira etapa foram descritos os instrumentos de coleta de dados para técnica de evocações livres de palavras e questionário de caracterização dos participantes; na segunda, aqueles relativos aos testes de centralidade *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*; e na terceira etapa o instrumento de coleta de dados da entrevista em profundidade.

##### 4.4.1 Primeira Etapa: Técnica de Evocações Livres de Palavras

Nesta primeira etapa, após o contato com o enfermeiro supervisor das USF, foi realizada a reunião com os ACS para apresentação do projeto de pesquisa e consentimento dos mesmos para participação.

Objetivou-se nesta etapa descrever a estrutura das representações sociais de ACS sobre a VDCM, ou seja, como os elementos se organizam no pensamento do grupo social, segundo a abordagem estrutural. Esta etapa ocorreu no mês de maio de 2019, em sala disponibilizada em cada USF, realizada em dois momentos, com 107 ACS.

O primeiro momento aplicou-se o instrumento para coleta das evocações livres de palavras (APÊNDICE A) que se trata de um método projetivo/associativo onde o provável núcleo central é mais facilmente detectável, visa identificar as dimensões latentes através da configuração dos elementos que constituem a trama ou a rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada termo indutor (ABRIC, 2000; SÁ, 2002).

Essa técnica permite o alcance, mais rapidamente do que em uma entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do objeto estudado e a apreensão da percepção da realidade de um grupo social, a partir de uma composição semântica pré-existente (OLIVEIRA et al., 2005).

A aplicação da técnica consistiu em solicitar que os participantes da pesquisa falassem prontamente cinco palavras que vinham à sua mente quando ouvissem o termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Esta técnica foi aplicada somente pela pesquisadora responsável, já que a mesma já havia sido treinada anteriormente e realizado outros estudos com a aplicação do método.

No segundo momento aplicou-se o questionário de caracterização dos participantes (APÊNDICE B) que foi composto por dados sociodemográficos como idade, sexo, raça/cor, religião, situação conjugal, número de filhos, renda familiar, escolaridade, tempo de atuação como ACS e atualizações e/ou capacitações sobre a temática VDCM. Considerou-se que estes dados fossem relevantes e auxiliariam no aprofundamento dos resultados. É válido ressaltar que o questionário de caracterização dos participantes foi aplicado posteriormente à técnica de evocações livres para que não houvesse uma estimulação anterior ao termo indutor “violência doméstica contra mulher”, haja vista o questionamento de atualizações e/ou capacitações sobre a temática.

#### **4.4.2 Segunda Etapa: Testes de Centralidade**

Na segunda etapa, houve o contato prévio por telefone com os ACS e agendamento para retorno ao campo de pesquisa que ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2019 com 60 participantes. Esta etapa foi planejada a partir da análise dos dados da etapa anterior, ou seja, a partir da análise prototípica e análise de similitude por coocorrência foi possível aplicar os testes *choix-par-bloc*, a constituição de pares de palavras e o *mise-en-cause*, para verificação da centralidade dos elementos e a ligação entre eles. Descrever uma representação em termos estruturais, ao menos em sua essência, equivale a identificar os elementos que compõem o seu núcleo central (WACHELKE, 2009). Assim, esta etapa foi fundamental na

identificação da centralidade dos elementos da representação social de ACS sobre a VDCM e como eles se relacionam.

*Choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por bloco é um método de hierarquização dos termos evocados. Este método permite uma abordagem quantitativa para elementos da representação e através dele evidenciam-se as relações de similitude no interior da representação, bem como as relações de antagonismo ou exclusão através do cálculo do índice de distância, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos (SÁ, 2002).

Desta maneira, elaborou-se o instrumento de coleta do *choix-par-bloc* (APÊNDICE C) contendo uma lista com 15 elementos do quadro de quatro casas ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Os cognemas utilizados foram: abuso sexual, agressão física, ciúmes, covardia, dependência financeira, desrespeito, drogas, falta de amor, machismo, maus-tratos, medo, morte, raiva, tristeza e xingamento. Assim, solicitou-se aos participantes que escolhessem os cinco termos que mais caracterizavam esse objeto social, os cinco que menos o caracterizavam e anotassem também os cinco restantes.

A constituição de pares de palavras consiste em um método de propriedade quantitativa através do qual se verifica que os elementos centrais possuem maior número de conexões com outros termos (ABRIC, 1994). O elemento central não é um elemento isolado, ele se situa na confluência de uma vasta gama de ideias que surgem a respeito do objeto e se relaciona aos elementos do sistema periférico, por estas razões, destaca-se a importância de estudar as conexões estabelecidas entre esses sistemas (WOLTER, 2018).

Desta forma, foi elaborado o instrumento para o teste de constituição de pares de palavras (APÊNDICE D) com todos os elementos apresentados na análise prototípica. A aplicação tratou-se de pedir ao sujeito para constituir um conjunto de pares de palavras que lhe parecem “ir juntas”, o que permite precisar o sentido dos termos utilizados pelos participantes. Cada palavra pode ser escolhida diversas vezes, o que favorece o levantamento de termos polarizadores a numerosos elementos da representação, e que podem ser seus organizadores (ABRIC, 1994).

*Mise-en-cause* ou técnica do questionamento é um método qualitativo de verificação da centralidade do núcleo central, em que são feitas perguntas aos participantes para verificar a centralidade dos elementos e os participantes devem dizer se reconhecem ou não o objeto central. Nesse método solicita-se aos participantes, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez; toda vez que sem a presença de um dos cognemas os sujeitos considerarem o objeto irreconhecível, é que este cognema é central (WOLTER, WACHELKE, NAIFF; 2016). Esse método ajuda a identificar a estrutura e organização da

representação e, por vezes, trazer os elementos centrais. Assim, a saliência dos itens constituintes do objeto de representação é um indicador da centralidade (SÁ, 2002).

Desta forma, para a formulação do instrumento do *mise-en-cause* (APÊNDICE E) foram utilizados os cognemas do quadro de quatro casas, entre eles os prováveis elementos do núcleo central, primeira periferia e zona de contraste. Assim, foi apresentado o questionamento: pode existir VDCM sem agressão física? E, assim, sucessivamente com as palavras: desrespeito, xingamento, falta de amor, tristeza, abuso sexual, covardia, maus-tratos e raiva.

Aos ACS que participaram da segunda etapa foi feito o convite para contribuírem com a participação na terceira etapa que correspondia à entrevista em profundidade.

#### **4.4.3 Terceira Etapa: Entrevista em Profundidade**

A terceira e última etapa da coleta de dados ocorreu após a segunda etapa, com a participação de 30 ACS. Objetivou-se com essa etapa identificar o conteúdo das representações sociais de ACS sobre a VDCM, segundo a abordagem processual da TRS. Os dados foram coletados através da entrevista em profundidade, que se constitui como importante método aos estudos de representações sociais, sendo caracterizada como uma situação de interação finalizada e se apresenta como uma importante ferramenta para o acesso ao conteúdo das representações (OLIVEIRA et al., 2005).

É uma técnica que privilegia a interação social, permite à descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o participante do estudo sobre um tema específico sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010).

A entrevista em profundidade foi guiada por um roteiro temático (APÊNDICE F) com três blocos de perguntas que norteiam a temática (violência doméstica contra a mulher; formas e fatores precipitadores da violência doméstica contra a mulher e práticas dos ACS às mulheres em situação de violência). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em sala reservada na USF de atuação do ACS, de forma individual, com uso de gravador de áudio. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, após esse momento a pesquisadora disponibilizava o áudio para que o participante pudesse ouvir o seu relato e ajustar caso achasse necessário. Os aspectos éticos e de sigilo foram respeitados.

A saturação teórica em uma pesquisa qualitativa permite constatar que de acordo aos objetivos propostos elementos novos não são mais apreendidos a partir do campo de

observação (PIRES, 2008). Nesse interim, a saturação teórica das entrevistas ocorreu a partir da 26ª entrevista, assim observou-se que os conteúdos sobre o objeto estavam se repetindo não apresentando novas ocorrências. Entretanto foram realizadas mais quatro entrevistas no intuito de reforçar a percepção.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados tem como finalidade explorar um conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar (MINAYO, 2010). Desse estudo emergiram as informações provenientes das evocações livres de palavras, do questionário de caracterização dos participantes, dos testes de centralidade, como já citados, *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*, e das entrevistas. Desta forma, para um melhor entendimento foram descritas as análises de cada método separadamente.

##### 4.5.4 Análise das Evocações Livres de Palavras

A análise prototípica (também chamada análise de evocações ou quadro de quatro casas) é uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social. Vergès desenvolveu uma técnica para caracterizar a estrutura de uma representação social a partir das evocações de palavras (SOUZA, 2019). Essa técnica constitui-se de duas etapas: a primeira, chamada análise prototípica, baseia-se no cálculo de frequências e ordens média de evocação das palavras, enquanto que uma segunda etapa centra-se na formulação de categorias englobando as evocações e avalia suas frequências, composições e coocorrências (SÁ, 2002).

A análise prototípica parte do pressuposto que os elementos da representação social com importância em sua estrutura são mais prototípicos, isto é, mais acessíveis à consciência (VERGÈS; TYZSKA, 1994 *apud* WACHELKE; WOLTER, 2011). É uma técnica que se aplica a respostas de associação livre, ou seja, frases ou expressões curtas fornecidas a um estímulo indutor, que geralmente é o termo que se refere a um objeto de representação social (FLAMENT; ROUQUETTE, 2003).

Os dados empíricos provenientes das evocações ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” foram digitados no *software Microsoft Word* e realizado um processo de lematização, ou seja, padronização de palavras cujos sinônimos foram agregados em léxicos

iguais formando um dicionário de palavras. Para a construção do *corpus* de análise as palavras foram revistas, realizadas correções ortográficas, foram ainda retiradas às pontuações, os espaços em excesso e salvo em arquivo texto sem formatação. Assim, o *corpus* foi processado no *software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005, que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem de média de evocação (rang) e favorece a construção do quadro de quatro casas (VERGÈS, 1994).

A interseção desses dois critérios, frequência de evocação e ordem média de evocação de cada palavra, originou o quadro de quatro casas onde foi possível o levantamento daquelas palavras ou expressões pertencentes ao provável núcleo central da representação, por seu caráter prototípico e os sistemas periféricos (SÁ, 2002).

O quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes e organiza os termos evocados da seguinte maneira: no quadrante superior e à esquerda ficam situados os termos mais significativos para o sujeito e, provavelmente, o núcleo central da representação (maior frequência e menor rang); as palavras localizadas no quadrante superior direito (maior frequência e maior rang) são os elementos da 1ª periferia; no quadrante inferior esquerdo (menor frequência e maior rang) são os elementos pertencentes à zona de contraste; já os termos localizados no quadrante inferior direito (menor frequência e maior rang) constituem os elementos mais periféricos da representação ou 2ª periferia (SÁ, 2002; OLIVEIRA et al., 2005).

Em continuidade à análise dos dados obtidos a partir das evocações, procedeu-se à análise de similitude por coocorrência, sendo considerada a principal técnica de detecção do grau de conexão dos diversos elementos de uma representação (SÁ, 2002).

A análise de similitude foi introduzida no campo das representações sociais por Claude Flament com a participação de Vergés e Dagenne, a partir da década de 1970. No estudo de similitude existe a visão de que o elemento central da representação social é aquele que se relaciona intensamente com outros elementos representacionais. Desta forma, a distância entre os diferentes elementos representacionais são apresentadas em formas de árvores e ramificações, os elementos que estão muito próximos de outros elementos tendem a ser considerados centrais, por sua vez, os elementos próximos de poucos outros elementos tendem a ser considerados periféricos (WOLTER; WACHELKE; NAIFF, 2016).

Para a construção desta análise de similitude por coocorrência, foi utilizada a proposta metodológica construída e sistematizada por Pecora e Sá (2008), em que a árvore máxima

construída possui as palavras presentes no quadro de quatro casas, tendo como fundamento a sua coocorrência no processo de produção verbal em face do termo indutor.

Desta maneira, após a análise prototípica para o termo “violência doméstica contra a mulher”, foram selecionados todos os sujeitos que evocaram pelo menos duas palavras presentes no quadro de quatro casas, formando um novo *corpus* com um número específico de sujeitos. A partir disso, realizou-se o cálculo de coocorrência onde os pares de palavras foram divididos pelos números de sujeitos, o que gerou o índice de similitude de cada par de palavras.

Após a realização do índice de similitude de todos os pares de palavras e dispendo da matriz de similitude, construiu-se a árvore máxima tendo como ponto de partida os maiores índices de similitude, ou seja, as mais fortes conexões. O suporte da análise de similitude decorre da teoria dos “grafos”, através do qual uma árvore máxima é um grafo conexo e sem ciclo, ou seja, aquele no qual todos os elementos, são ligados entre si, existindo um só caminho para ir de um elemento a outro (SÁ, 2002).

#### **4.5.5 Análise dos Dados da Caracterização dos Participantes**

O tratamento dos dados da caracterização dos participantes foi realizada a partir de sua digitação em arquivos excel® em dados brutos, como preenchido pelos participantes. Utilizou-se para a análise de dados a estatística descritiva, sendo os mesmos apresentados em frequências absoluta e relativa. Os dados foram tabulados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.

#### **4.5.6 Análise dos Testes de Centralidade**

O teste de escolhas sucessivas por blocos, denominado *choix-par-bloc* neste estudo, como o chamam seus idealizadores, é utilizado para identificar a estrutura da representação. Este método permite explorar a relação que une os elementos que compõe a representação social dois a dois. Ela ajuda a explicar a sua organização e fazer suposições de "centralidade" de certos elementos da representação estudada (AUBERT; ABDI, 2002).

A relevância de cada item foi calculada da seguinte forma: para cada cognema pontuou-se o valor que variou de +1 a -1, sendo +1 para as palavras do bloco mais característico, -1 é para o menos característico e 0 para o restante. Para cada grupo, calculou-se o destaque médio de cada item, somando o total de valores conferido pela soma das

relações entre dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos, encontrando-se o índice de distância. Quanto maior a pontuação, maior destaque para o respectivo item (AUBERT; ABDI, 2002; SÁ, 2002). A operação é executada para cada par de cognemas e permite desenvolver a “matriz de similitude” e o resultado disposto na árvore máxima de similitude. É a combinação de relevância e conectividade que permite considerar os cognemas como um elemento central (AUBERT; ABDI, 2002; SÁ, 2002).

Os dados do teste de constituição de pares de palavras foram analisados por meio da técnica de análise de similitude, onde foi calculado para cada par de palavras um índice de similitude (número de coocorrências dividido pelo número de sujeitos), esses dados foram dispostos na matriz de similitude, e posteriormente, construiu-se a árvore máxima (SÁ, 2002). Assim, admite-se que os termos serão tanto mais próximos da representação quanto um número mais elevado de sujeitos os trate da mesma maneira (MOLINER, 1994 *apud* SÁ, 2002).

O método *mise-en-cause* é uma técnica de dupla negação em que é realizado o cálculo percentual para identificar a resposta mais escolhida de cada cognema (sim, não e talvez). A confirmação de um cognema como núcleo central da representação é pautada nas respostas negativas (WACHELKE, 2009). Neste estudo, adotou-se a frequência de 75% de refutação (dupla negação) para confirmar a centralidade, pois o número de participantes é igual a 60 (FLAMENT; ROUQUETE, 2003), ou seja, foi considerado o cognema central àquele que em 75% das respostas foram concentradas a resposta negativa.

Deste modo, ao fim da análise dos dados provenientes das evocações livres de palavras e testes de centralidade foi possível descrever a estrutura representacional do ACS sobre a VDCM baseada na abordagem estrutural da TRS.

#### **4.5.4 Análise das Entrevistas em Profundidade**

As 30 entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra em um documento no *software Microsoft Word* e salvo em arquivo *open office* para análise lexical com o auxílio do *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), 0.7 alpha2*.

O *software IRAMUTEQ* foi criado por Pierre Ratinaud, desenvolvido na linguagem Python e utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R, o qual também permite a análise prototípica. Trata de um *software* que possibilita alguns tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, que abrange, sobretudo a

lematização e o cálculo de frequência de palavras; até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências e análises de similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRAMUTEQ viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, entre estes, incorpora a análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), método que já existia como proposta do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*). Essa interface possibilita a partir do *corpus* original a recuperação dos segmentos de textos e a associação de cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados, ou seja, cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (UCI) e transformada em Unidades de Contexto Elementares (UCE) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Esse método visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma que ilustra as relações entre as classes que podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou somente aspectos de uma mesma representação social (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Assim, a partir dos conteúdos dos ACS foram realizadas interpretações qualitativas com base na TRS na perspectiva da abordagem processual, bem como em referenciais sobre a VDCM, a fim de melhor compreender as representações emersas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No intuito de atender às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) e respaldados nos aspectos éticos e legais, o projeto deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) no mês de dezembro 2018, tendo sido aprovado no dia 29 de março de 2019, conforme o CAAE 07558718.1.0000.0055 e parecer consubstanciado nº 3.233.780 (ANEXO A).

Assim, encaminhou-se um ofício (APÊNDICE G) à coordenação da Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB comunicando a aprovação do projeto, a qual encaminhou à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié um ofício solicitando autorização para coleta de dados nas USF pela pesquisadora (ANEXO B). Em seguida, recebeu-se da SMS um ofício de liberação do campo (ANEXO C) para início dos trabalhos.

A partir disso, realizou-se contato com os enfermeiros supervisores das USF para agendamento com os ACS para início da coleta de dados. Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do seu sigilo e anonimato a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE H), que foi apresentado em duas vias - uma que ficou sob a guarda da pesquisadora e uma com o participante. Além disso, o TCLE autoriza a pesquisadora a divulgação e publicação dos resultados do estudo em periódicos e eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

A seguir, o Quadro 2 apresenta a síntese do percurso metodológico utilizado no estudo:

**Quadro 2: Síntese das etapas metodológicas do estudo**

<i><b>Etapas</b></i>	<i><b>Cenário do Estudo</b></i>	<i><b>Número de Participantes</b></i>	<i><b>Coleta dos Dados</b></i>	<i><b>Análise dos Dados</b></i>
<i><b>Primeira Etapa</b></i>	18 USF	107 ACS	1º Momento: Técnica de Evocações Livres de Palavras	- Análise Prototípica - Análise de similitude por coocorrência
			2º Momento: Questionário de caracterização dos Participantes	<i>Software SPSS</i>
<i><b>Segunda Etapa</b></i>	13 USF	60 ACS	Testes de Centralidade: <i>choix-par-bloc</i> , constituição de pares de palavras e <i>mise-en-cause</i>	- Análise do <i>choix-par-bloc</i> - Análise da constituição de pares de palavras - Análise <i>mise-en-cause</i>
<i><b>Terceira Etapa</b></i>	11 USF	30 ACS	Entrevista em Profundidade	Classificação Hierárquica Descendente com auxílio do software IRAMUTEQ

Fonte: A Autora, 2020.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo são apresentados em três manuscritos científicos, os quais foram elaborados de acordo às normas dos periódicos selecionados. Abaixo segue o título do manuscrito, periódico que será submetido e link das normas aos autores.

Manuscrito 1 - Estrutura de pensamento social de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher.

Revista Texto & Contexto Enfermagem (Qualis A2)

Normas aos autores: <https://www.scielo.br/revistas/tce/iinstruc.htm>

Manuscrito 2 - Conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde

Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Qualis A2)

Normas aos autores:

<http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1420/2094/147>

Manuscrito 3 – Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher

Revista Saúde e Sociedade (Qualis B1)

Norma aos autores: <https://www.scielo.br/revistas/sausoc/iinstruc.htm>

## 5.1 MANUSCRITO 1

### ESTRUTURA DE PENSAMENTO SOCIAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, realizado em um município do interior da Bahia, Brasil. Participaram 107 agentes comunitários de saúde vinculados às Unidades de Saúde da Família, durante os meses de maio a agosto de 2019, por meio das técnicas de evocações livres e de centralidade: *choix-par-bloc*, constituição de pares de palavras e *mise-en-cause*. A análise dos dados ocorreu pelo software EVOC, análise de similitude e análise do *mise-en-cause*. **Resultados:** A estrutura representacional se organiza a partir dos elementos centrais desrespeito e tristeza que atribuem à representação sentidos negativos relativos ao posicionamento do grupo diante do agravo e suas repercussões, já os outros elementos integram informações particulares à estrutura da representação, justificando-os. **Conclusão:** Acredita-se que o entendimento da organização do pensamento social dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher possibilite a problematização do fenômeno pela equipe de saúde da família visando à elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento junto às mulheres em situação de violência, agressores e comunidade.

**Descritores:** Violência contra a mulher; Violência doméstica; Gênero e saúde; Agentes comunitários de saúde; Estratégia saúde da família.

#### INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) vem despertando interesse tanto de ordem pública quanto científica por se configurar um problema de magnitude que atinge as famílias e sociedade de forma multifatorial. Trata-se de um fenômeno com raízes histórico-culturais permeado por crenças, tradições e valores, que fundamentam a sua interpretação e enfrentamento inclusive na área da saúde.<sup>1</sup>

A construção social marcada pelas desigualdades entre homens e mulheres naturalizou o poder, a força, à figura do homem e a dominação à mulher.<sup>2</sup> A relação assimétrica de poder torna-se um fator propulsor da violência por reforçar o modelo dominante de masculinidade que minimiza a mulher à ideia de passividade e vitimização.<sup>3</sup>

Neste cenário, a VDCM constitui um tipo de violência direcionada à mulher sendo praticada em sua maioria por parceiro íntimo.<sup>3</sup> A Organização Mundial da Saúde estima que em todo o mundo uma a cada três mulheres já sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de sua vida.<sup>4</sup>

Pesquisa realizada pelo Instituto DataSenado sobre a VDCM no Brasil, apontou que no ano de 2019 o percentual de mulheres que sofreu algum tipo de violência correspondeu a 27% das entrevistadas, sendo que os responsáveis pelas agressões foram companheiros e ex-companheiros em 37% dos casos.<sup>5</sup>

Os serviços de saúde fazem parte do primeiro contato das mulheres em situação de violência e devem apresentar abordagem ética, segura e respeitosa com implementação de ações que busquem minimizar os efeitos do agravo.<sup>6</sup> Considerando que as Unidades de Saúde da Família (USF) contam com profissionais que vivenciam as necessidades da comunidade e mantêm o vínculo, acredita-se serem grandes aliadas na identificação, prevenção e enfrentamento da VDCM.<sup>7</sup>

Dentre os profissionais que fazem parte da equipe de saúde da família o Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresenta a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar e criar vínculos, sendo atores fundamentais no enfrentamento de situações de VDCM.<sup>8</sup> Estudo realizado no município de São Paulo mostrou que há uma invisibilidade da VDCM na atenção primária à saúde (APS) e apontou que os ACS são os profissionais que primeiro identificam os casos de VDCM no território e que a partir disso compartilham a situação com a equipe.<sup>9</sup>

Nesse contexto, as representações que os profissionais de saúde apresentam sobre a VDCM podem influenciar o direcionamento de suas condutas.<sup>10</sup> As representações sociais (RS) constituem um conjunto de conceitos, afirmações e explicações das interações cotidianas, e devem ser consideradas como uma teoria do senso comum, pois não são criadas isoladamente, são compartilhadas e uma vez criadas adquirem vida própria e transformam a realidade.<sup>11</sup> As RS possuem uma estrutura, pois são constituídas por um conjunto de cognemas que são organizados, hierarquizados, ponderados e mantêm entre si, relações que determinam o significado e o lugar que ocupam no sistema representacional.<sup>12</sup>

Acredita-se que as RS que os ACS possuem frente à VDCM fazem parte de um conjunto de ideias, imagem, valores e opiniões que se relacionam entre si e que influenciam as suas práticas bem como o planejamento de ações e intervenções de

enfrentamento ao agravo. Desta forma, o presente estudo apresentou como objetivo descrever a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza quanti-qualitativa com suporte teórico e metodológico da Teoria das Representações Sociais e enfoque na sua abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central (TNC).<sup>12</sup> A TNC propõe que as RS são um duplo sistema formado pelo núcleo central que define, organiza os elementos da representação e lhes dá sentido, e pelo sistema periférico que compreende as representações de natureza condicional, tem caráter mais flexível, prático e constitui um conteúdo essencial da representação.<sup>12-13</sup>

O cenário do estudo foi composto por 18 USF da zona urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil, utilizou-se como critério de inclusão unidades da zona urbana, com equipes dupla ou única e com equipes completas segundo protocolos do Ministério da Saúde no período da coleta de dados.

Os participantes da pesquisa foram os ACS das referidas USF. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, através de contato por telefone com o enfermeiro supervisor, oportunidade em que foi solicitado um encontro com os ACS de cada uma das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para que a pesquisadora pudesse convidá-los a participar do estudo. Como critério de inclusão o ACS deveria estar em atividade funcional e ter mais de seis meses de atuação na USF e como critério de exclusão ACS que estavam de férias, licença prêmio ou tratamento de saúde. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2019 em duas etapas.

A primeira etapa ocorreu no mês de maio de 2019 em sala disponibilizada em cada USF. Participaram 107 ACS que concordaram assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, respondiam em seguida o formulário contendo aspectos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, renda familiar, entre outros) e o questionário da técnica de evocações livres. Essa técnica trata-se de um teste projetivo/associativo e busca acessar a organização e estrutura internas da representação.<sup>14</sup> Foi solicitado que os participantes evocassem cinco palavras ou

expressões que viessem à sua mente após ouvir o termo indutor “violência doméstica contra a mulher”.

Para análise das evocações utilizou-se o *software* EVOC (Ensemble de Programmes Permettant l’analyse des Evocations) - versão 2005, que possibilita efetuar análise prototípica a partir da organização dos termos evocados em função da frequência e ordem de evocação; o cruzamento desses dois critérios produz o quadro de quatro casas.<sup>13,15</sup>

O quadro corresponde a quatro quadrantes que organiza os termos das seguintes formas: no quadrante superior esquerdo está o provável núcleo central da RS, são os termos mais significativos para os sujeitos, uma vez que apresentam uma alta frequência e o menor *rang* (ordem média de evocação). As palavras localizadas no quadrante superior direito constituem a primeira periferia (possuem alta frequência e *rang* também elevado), enquanto que o quadrante inferior direito representa a segunda periferia, palavras que possuem baixa frequência e alto *rang*. No quadrante inferior esquerdo são os elementos de contraste que possuem baixa frequência e baixo *rang*.<sup>13,15</sup>

Em continuidade à análise dos dados a partir das evocações livres procedeu-se a análise de similitude por coocorrência, objetivando averiguar as conexidades que um dado elemento tem com outros da representação.<sup>13</sup> Dessa forma, foram selecionados todos os sujeitos que evocaram pelo menos duas palavras que estão presentes no quadro de quatro casas para fundamentar o cálculo do índice de similitude, que é o número de coocorrência dos termos dividido pelo número de sujeitos envolvidos,<sup>16</sup> que neste estudo foram 91 participantes. O resultado final desta análise de similitude é a construção de um gráfico denominado árvore máxima, onde o ponto de partida são os maiores índices de similitude, ou seja, as mais fortes conexões. De acordo a teoria dos “grafos” a árvore máxima é um grafo conexo e sem ciclo, existindo um só caminho para ir de um elemento a outro.<sup>13,16</sup>

A segunda etapa da coleta de dados aconteceu nos meses de junho a agosto de 2019, solicitou-se ao mesmo grupo de ACS que contribuiu na primeira etapa, que participasse de outras técnicas de coleta de dados, colaborando neste segundo momento 60 ACS.

De acordo com a TNC existem métodos de identificação dos elementos pertencentes efetivamente ao núcleo central, estes devem conduzir a uma apreensão final mais consistente da estrutura da representação, e é tão necessária

quanto à apreensão do conteúdo das RS.<sup>13</sup> Nesta etapa da pesquisa, foram utilizados os testes para confirmação de centralidade dos elementos e a ligação entre eles: o *choix-par-bloc*, a constituição de pares de palavras e o *mise-en-cause*. Esses testes foram planejados a partir do resultado anterior, ou seja, a partir da análise prototípica e da análise de similitude por coocorrência, as palavras foram organizadas, para que os possíveis cognemas ao núcleo central fossem testados.

O *choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por blocos permite uma abordagem quantitativa para os elementos da representação, através dela evidenciam-se as relações de similitude no interior da representação, bem como aquelas de antagonismo ou exclusão, permitindo comparar a importância relativa de certos elementos.<sup>13</sup> Assim sendo, elaborou-se uma lista com os 15 elementos do quadro de quatro casas ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” e solicitou-se que os participantes escolhessem as cinco palavras que mais caracterizavam o objeto, as cinco que menos caracterizavam e anotando também as cinco palavras restantes.

A constituição de pares de palavras consiste na identificação da propriedade quantitativa do elemento central por meio de sua conexidade. O método requer solicitar ao sujeito que constitua a partir de um *corpus* (neste caso as evocações sobre VDCM), um conjunto de pares de palavras que parecem “ir juntas”.<sup>13</sup>

O *mise-en-cause* ou técnica do questionamento é um método qualitativo de verificação da centralidade do núcleo central através da saliência dos itens constituintes do objeto de representação.<sup>13</sup> Desta forma, parte-se do pressuposto que os elementos centrais de uma representação são inegociáveis, ou seja, através de pergunta negativa, tendo como resposta sim, não e talvez; toda vez que sem a presença de um dos cognemas os sujeitos considerarem o objeto irreconhecível, é que este cognema é central.<sup>17</sup> Assim, foi apresentado o questionamento: pode existir VDCM sem agressão física?; e assim sucessivamente com as palavras: desrespeito, xingamento, falta de amor, tristeza, abuso sexual, covardia, maus-tratos e raiva.

A análise dos dados dos testes de centralidade procedeu-se em três momentos. No primeiro momento realizou-se a análise do *choix-par-bloc* ou teste de escolha sucessiva por blocos: para cada cognema pontuou-se o valor que variou de +1 a -1, sendo +1 para as palavras do bloco mais característico, -1 é para o menos característico e 0 para o restante. Para cada grupo, calculou-se o destaque médio de cada item, somando o total de valores conferido pela soma das relações entre

dois elementos e dividindo-o pelo número de indivíduos, encontrando-se o índice de distância.<sup>13,18</sup>

A operação é executada para cada par de cognemas e permite desenvolver a “matriz de similitude” e o resultado disposto na árvore máxima de similitude.<sup>13</sup> Os dados da constituição de pares de palavras foram analisados por meio da técnica de análise de similitude, sendo calculado para cada par de palavras um índice de similitude (número de coocorrências dividido pelo número de sujeitos), esses dados foram dispostos na matriz de similitude e para facilitar a compreensão construiu-se a árvore máxima.<sup>13</sup>

O *mise-en-cause* é uma técnica de dupla negação, o que define o cálculo percentual para identificar a resposta mais escolhida de cada cognema (sim, não e talvez). A confirmação de um cognema como núcleo central da representação é pautada nas respostas negativas, ou seja, se em mais de 75% das respostas estão concentradas a resposta negativa, pode-se dizer que esse cognema é núcleo central.<sup>19</sup>

Este estudo atende à Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 3.233.780/2019 e CAAE: 07558718.1.0000.0055.

## RESULTADOS

Participaram das evocações livres 107 ACS, dos quais 103 eram do sexo feminino, a idade variou entre 29 a 67 anos, com predominância (48) para a faixa etária entre 36 a 45 anos, cor parda (68), casados (62) e o tempo de atuação como ACS variou de 10 a 23 anos, sendo que a maioria apresentava de 20 a 23 anos de atuação (52). Dos testes de centralidade, participaram 60 ACS dos quais 57 eram do sexo feminino, 37 eram evangélicos e possuíam renda familiar variando de 1 a 3 salários mínimos (46).

O *corpus* formado pelas evocações dos ACS frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” totalizou 523 palavras, sendo 99 diferentes, a ordem média de evocações (*rang*) foi de 2,60, a frequência mínima 11 e a

frequência média 21. A análise dos dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 1).

**Quadro 1 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos agentes comunitários de saúde frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n=107)**

		<i>Rang &lt; 2,60</i>		<i>Rang ≥ 2,60</i>		
Freq. Méd.		Freq.	O.M.E.	Freq.	O.M.E.	
≥ 21	Agressão física	64	2,37	Falta de amor	21	2,95
	Desrespeito	29	2,41	Tristeza	23	2,91
	Xingamento	54	2,53			
≤ 20	Abuso sexual	15	2,40	Ciúmes	12	3,50
	Covardia	13	1,76	Dependência financeira	11	3,00
	Maus-tratos	11	2,18	Drogas	14	2,64
	Raiva	11	2,45	Machismo	12	3,00
				Medo	11	3,18
				Morte	15	3,46

Fonte: Autora, 2019.

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos, constituindo provavelmente o núcleo central da representação.<sup>14</sup> Observa-se que as palavras *agressão física*, *desrespeito* e *xingamento* apresentaram uma frequência maior e foram evocadas mais prontamente, justificando estarem presentes no núcleo central.<sup>13</sup> *Agressão física* foi o termo mais evocado e com a menor ordem média de evocação, *xingamento* apresentou uma alta frequência. Entretanto, o elemento *desrespeito* apesar de não apresentar uma frequência tão alta como os termos *agressão física* e *xingamento*, apresentou uma ordem média de evocação menor que *xingamento* o que explica também sua importância como provável núcleo central.

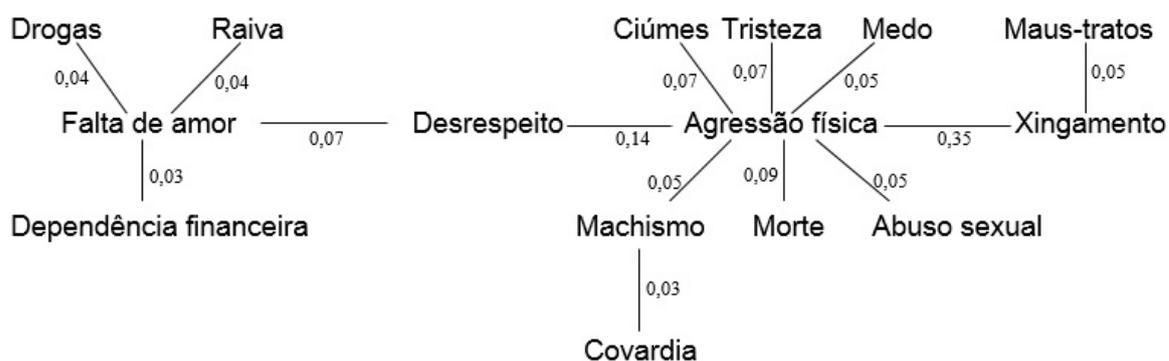
Nos quadrantes superior e inferior direitos estão situados os elementos de primeira e segunda periferia. Na primeira periferia encontram-se os termos *falta de amor* e *tristeza* com alta frequência e alta ordem média de evocações, essa condição os coloca como elementos periféricos mais importantes em função de suas elevadas frequências, o que podem revelar-se centrais.<sup>14</sup> O quadrante inferior direito são os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, sendo mais instáveis às mudanças, associando ao contexto de vida e às práticas sociais,<sup>14</sup> são eles: *ciúmes*, *dependência financeira*, *drogas*, *machismo*, *medo* e *morte*.

No quadrante inferior esquerdo ou zona de contraste temos os elementos: *abuso sexual*, *covardia*, *maus-tratos* e *raiva* que apresentam baixas frequências e

foram prontamente evocados, são termos evocados por poucos participantes, mas que podem reforçar as ideias da primeira periferia, complementar e discutir o núcleo central ou ainda revelar a existência de um subgrupo que possui uma representação diferente.<sup>10</sup>

A análise de similitude por coocorrência dos elementos pertencentes ao quadro de quatro casas está representada na Figura 1 e pode-se observar a conexão dos diferentes elementos da representação entre si.<sup>13</sup>

**Figura 1 - Árvore de similitude por coocorrência das evocações dos agentes comunitários de saúde ao termo indutor violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 91)**



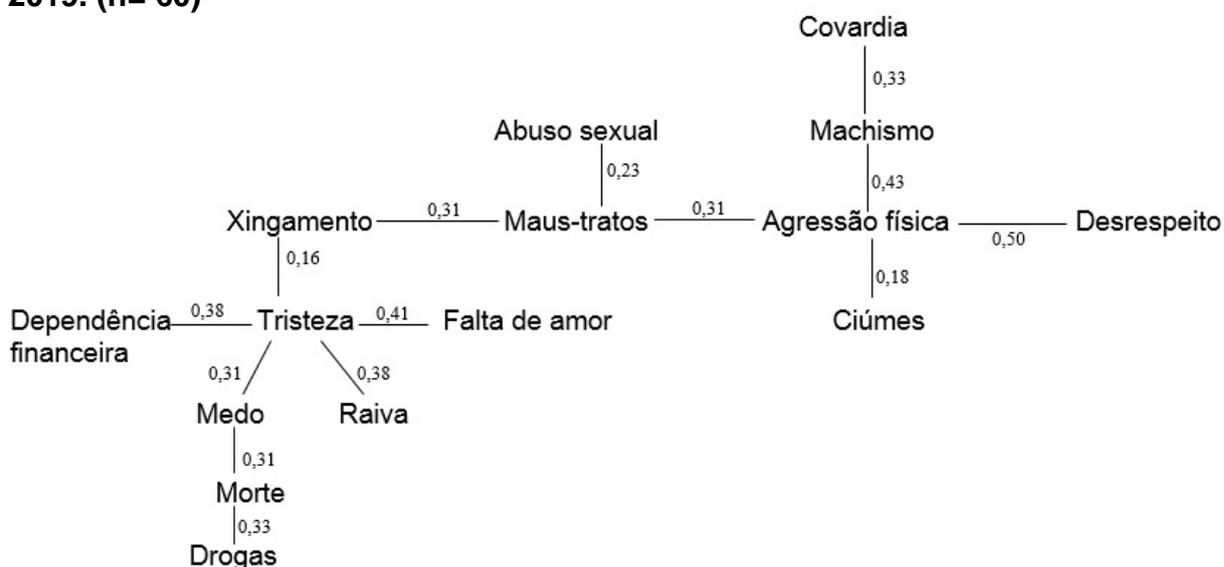
Fonte: Autora, 2019.

Na árvore de similitude da VDCM apresentada na Figura 1, analisa-se que as mais fortes ligações encontram-se entre os termos *agressão física* e *xingamento*, e *agressão física* e *desrespeito*, sendo que a *agressão física* demonstra fazer mais ligações e organizar a estrutura da representação com as demais palavras. O termo *xingamento* apesar de fazer parte como provável núcleo central no quadro de quatro casas, não possui grande força de conexão que aponte a sua centralidade. O termo *desrespeito* apresenta somente duas ligações, entretanto uma forte conexão com o elemento *falta de amor* que está na primeira periferia do quadro de quatro casas e demonstra ter importância para este grupo, já que possui outras ligações com os termos *drogas*, *raiva* e *dependência financeira* que estão presentes na segunda periferia. Deste modo, a análise de similitude por coocorrência apresentou os termos *agressão física* e *falta de amor* como provável núcleo central, em virtude do maior número de conexão entre os termos.

Destaca-se que a análise por coocorrência trata-se de uma aplicação metodológica importante na organização da estrutura representacional do objeto de estudo, entretanto baseia-se apenas na frequência das palavras evocadas não definindo a centralidade.<sup>20</sup> Deste modo, serão apresentados os resultados dos testes de centralidade objetivando aprofundar as hipóteses de centralidade das representações dos ACS sobre a VDCM.

No método *choix-par-bloc* ou escolha sucessiva por blocos as ligações estabelecidas entre os elementos apresentaram uma conformação diferente da similitude por coocorrência conforme se pode verificar na Figura 2.

**Figura 2 - Árvore máxima de similitude a partir do *choix-par-bloc* para os elementos do termo violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 60)**



Fonte: Autora, 2019.

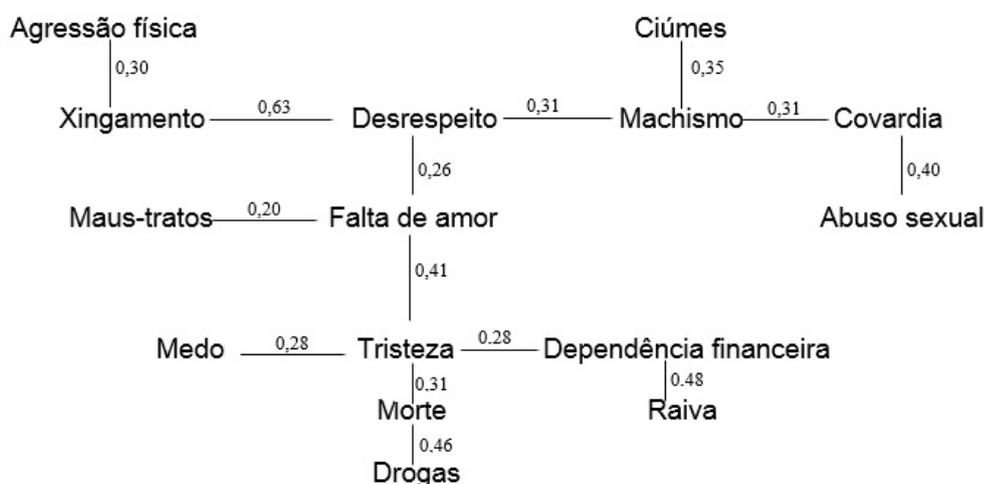
O termo *desrespeito* aparece ligado apenas à palavra *agressão física*, sendo a ligação mais forte entre os cognemas. *Agressão física* possui quatro ligações, além de *desrespeito* se ligou a outros elementos da segunda periferia como *machismo*, que por sua vez se ligou à *covardia*; aparece também outro elemento *ciúmes*; e por outro lado *maus-tratos*. O cognema *maus-tratos* se ligou a três elementos; além da *agressão física*, possui conexão ao termo da zona de contraste *abuso sexual* e apresenta uma forte ligação com o elemento do provável núcleo central *xingamento*. *Xingamento* se ligou a *tristeza*, elemento da primeira periferia e foi o cognema que mais fez ligações, além de *xingamento*, faz laços com

*falta de amor, dependência financeira, raiva e medo*, sendo que *medo* se ligou a outros elementos da segunda periferia *morte e drogas*.

Desta forma, além do termo *agressão física* já ter sido apontado na análise do quadro de quatro casas e da similitude por coocorrência como provável elemento central, pode-se considerá-lo também na análise do *choix-par-bloc* e incluir outros elementos como prováveis termos centrais como *maus-tratos* e *tristeza*.

Outro teste de confirmação de centralidade utilizado foi a constituição de pares de palavras, e como resultado da aplicação do instrumento produziu-se outra árvore máxima considerando o cálculo do índice de similitude, conforme a seguir na Figura 3.

**Figura 3 - Árvore máxima de similitude por pares de palavras para o termo violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n= 60)**



Fonte: Autora, 2019.

Na árvore máxima apresentada na Figura 3, observa-se que o elemento *tristeza* apresentou o maior número de conexões, com quatro ligações aos termos; seguida de *machismo*, *desrespeito*, *falta de amor*, cada qual com três conexões aos demais termos. Neste resultado o termo *desrespeito* continua aparecendo como um elemento central conforme o quadro de quatro casas, apresentando a mais forte conexão com o termo *xingamento*, que assim como o termo *agressão física* aparecem como prováveis elementos centrais na análise prototípica, entretanto neste resultado não se confirmam.

Assim, os prováveis elementos centrais para este teste, ou seja, que apresentam mais conexões são: *desrespeito*, *machismo*, *falta de amor* e *tristeza*.

Constatou-se que aparecem como possíveis elementos centrais das RS de ACS sobre a VDCM termos componentes do sistema periférico. Desta forma, esses achados possibilitam compreender a necessidade de utilização de vários métodos nos estudos sobre a RS com o intuito de certificar a centralidade dos elementos e definir a estrutura representacional.

O *mise-en-cause* ou técnica do questionamento contribuiu no estudo através da identificação sistemática e da propriedade qualitativa dos elementos centrais.<sup>21</sup> Dessa maneira, foram testados os elementos que mais se destacaram na análise do quadro de quatro casas, como os termos do possível núcleo central, primeira periferia e zona de contraste. Os números de respostas negativa, positiva ou talvez referentes a cada elemento seguido da porcentagem, estão demonstrados no Quadro 2.

**Quadro 2 - Distribuição das respostas à técnica do questionamento (*mise-en-cause*) para o termo Violência Doméstica contra a Mulher. Jequié, BA, Brasil, 2019. (n=60)**

Elementos apresentados	Resposta Negativa (central)		Resposta Positiva (não central)		Talvez	
	f	%	f	%	f	%
Agressão física	3	5	0	0	57	95
<b>Desrespeito</b>	<b>53</b>	<b>88,34</b>	1	1,66	6	10
Xingamento	9	15	1	1,66	50	83,34
Falta de amor	19	31,67	2	3,33	39	65
<b>Tristeza</b>	<b>47</b>	<b>78,34</b>	1	1,66	12	20
Abuso sexual	2	3,34	1	1,66	57	95
<b>Covardia</b>	<b>51</b>	<b>85</b>	3	5	6	10
Maus-tratos	43	71,67	1	1,66	16	26,67
Raiva	34	56,67	5	8,33	21	35

Fonte: Autora, 2019.

No Quadro 2, observam-se os elementos mais característicos das RS da VDCM, entretanto, no pensamento social dos ACS os elementos inegociáveis são: *desrespeito*, *tristeza* e *covardia*, ou seja, esses termos apresentaram mais de 75% de respostas negativas à técnica do questionamento, demonstrando um resultado positivo como pertencentes ao núcleo central. O elemento *desrespeito* presente no núcleo central do quadro de quatro casas foi o que obteve maior porcentagem na confirmação com 88,34%, entretanto os termos *agressão física* (5%) e *xingamento* (15%) também presentes no quadrante do provável núcleo central não conseguiram atingir os 75%, tendo a centralidade refutada nesse teste.

O elemento *tristeza* presente na primeira periferia da análise prototípica teve a centralidade confirmada com 78,34%, já a *falta de amor* também presente nesse quadrante, apresentou somente 31,67%, porcentagem muito baixa para confirmar a centralidade. Os elementos da zona de contraste apresentaram importância nesse teste, o cognema *covardia* apresentou o segundo maior percentual (85%) confirmando como inegociável na representação da VDCM, os demais termos abuso sexual (3,34%), maus-tratos (71,67%) e raiva (56,67%) não foram centrais. Assim, para o método *mise-en-cause* os elementos centrais são: *desrespeito*, *tristeza* e *covardia*.

A partir dos achados apresentados é possível identificar o núcleo central e descrever a estrutura do pensamento dos ACS sobre a VDCM. Assim, o Quadro 3 exibe o conjunto dos resultados da análise prototípica, das análises de similitude do *choix-par-bloc* e pares de palavras, e método *mise-en-cause* para os possíveis elementos centrais. A análise de similitude por coocorrência foi retirada do quadro, pois é uma relação estabelecida somente no critério de frequência a partir do material de evocação, o que poderia gerar um viés de interpretação no conjunto da análise. Como critério de análise para a definição de um elemento como central, estabeleceu-se um mínimo de três métodos com indicação à centralidade do elemento.<sup>20</sup>

**Quadro 3 - Conjunto dos resultados dos estudos da análise estrutural sobre a violência doméstica contra a mulher. Jequié, BA, 2019.**

Candidatos à centralidade	Agressão física	Desrespeito	Xingamento	Falta de amor	Tristeza	Abuso sexual	Covardia	Maus-tratos	Raiva
<b>Indicação de Centralidade</b>									
Análise Prototípica	X	X	X						
<b>Testes de Centralidade</b>									
<i>Choix-par-bloc</i>	X				X			X	
Pares de palavras		X		X	X				
<i>Mise-en-cause</i>		X			X		X		
<b>Elementos centrais em 3 ou mais métodos</b>		X			X				

Fonte: Autora, 2019.

A partir do quadro verifica-se que os termos *agressão física*, *desrespeito* e *xingamento* apresentaram como provável núcleo central na análise prototípica, entretanto apenas o elemento *desrespeito* confirmou a centralidade por apresentar comprovação também em outros dois métodos: constituição de pares de palavras e o *mise-en-cause*. *Falta de amor* e *tristeza* são elementos pertencentes à primeira periferia, porém pode-se confirmar a centralidade do termo *tristeza* por apresentar resultado positivo para centralidade nos três testes: *choix-par-bloc*, pares de palavras e *mise-en-cause*. Os elementos pertencentes ao quadrante da zona de contraste *abuso sexual*, *covardia*, *maus-tratos* e *raiva* não confirmaram ser elementos centrais de acordo os resultados. Desta forma, pode-se verificar como elementos centrais que organizam a estrutura representacional das representações sociais de ACS sobre a VDCM: *desrespeito* e *tristeza*.

## DISCUSSÃO

As RS de acordo à abordagem estrutural tende a verificar a influência dos fatores sociais nos processos de pensamento por meio da identificação e organização de estrutura de relações, desempenha um papel simbólico do que o objeto é representado para alguém ou para o grupo.<sup>21</sup> Desta forma, descrever a estrutura do pensamento social de ACS sobre a VDCM possibilita compreender como estão alicerçadas as suas representações, valores, experiências e ideias frente ao agravo e como intervir de modo a propor práticas sociais de enfrentamento.

Observou-se a partir do conjunto de análises que as RS de ACS sobre VDCM se estruturam através de dois elementos centrais: *desrespeito* e *tristeza*, que atribui à representação sentidos negativos relativos ao posicionamento do grupo diante do agravo e suas repercussões. O núcleo central de uma representação deve desempenhar o papel avaliativo e pragmático, para isso, devem formar elementos normativos e funcionais.<sup>22</sup> Desta forma, observa-se que as representações desses profissionais estão organizadas em torno da dimensão atitudinal através do termo *desrespeito* e da dimensão afetiva definida pela *tristeza*.

O *desrespeito* constitui um elemento normativo, refere-se ao sistema de valores dos sujeitos e atribui um aspecto social ao núcleo central. Percebe-se que o *desrespeito* para os ACS pode ser compreendido como uma atitude ou

comportamento do agressor em relação à mulher, sendo o desencadeador dos episódios de violência doméstica. Os elementos do núcleo central geram um significado global da representação, tem raízes históricas e ideológicas fortes e são consensuais no grupo.<sup>21</sup>

A violência é um desrespeito que ocorre dentro da própria casa da mulher, ambiente que serviria de proteção, torna-se inseguro, pois o agressor encontra-se dentro do lar.<sup>23</sup> Assim, o desrespeito está ancorado em valores perpetuados pela sociedade e nesse contexto, as relações de desigualdades entre homens e mulheres geram atitudes de intolerância e desrespeito e funcionam como alicerce para a violência.<sup>1</sup>

Nesse sentido, um estudo realizado com ACS identificou o desrespeito e agressão física como prováveis elementos do núcleo central, sendo que o desrespeito foi o elemento mais evocado.<sup>7</sup>

Reportando-se à análise prototípica é observado que o desrespeito compõe juntamente com os elementos agressão física e xingamento o provável núcleo central. Esses termos além de indicar a dimensão conceitual e imagética da representação, demonstra a forma física e psicológica da VDCM. A violência física é a mais reconhecida pelos profissionais de saúde quando as mulheres procuram os serviços, pois deixa marcas físicas<sup>1</sup>. Já o xingamento, é entendido como um tipo de violência psicológica que impacta na saúde, com a mesma ou maior intensidade pelo dano emocional e diminuição da autoestima, podendo apresentar-se invisível às mulheres agredidas por considerar um comportamento normal dentro dos moldes familiares.<sup>3</sup>

Pesquisa realizada na cidade de Petrolina/PE constatou que muitas situações de agressões físicas estiveram ligadas à ocorrência de violência/abuso sexual.<sup>24</sup> Neste interim, o abuso sexual encontra-se na zona de contraste no quadro de quatro casas, o que reforça a ideia das formas de violência no imaginário social dos ACS e dá sentido ao elemento maus-tratos. Na análise do *choix-par-bloc* verifica-se que o elemento maus-tratos apresenta importância com possível centralidade pelas conexões estabelecidas com os temas agressão física, abuso sexual e xingamento. Entretanto, em outros testes de centralidade não se confirmou como central.

Neste contexto, para esses profissionais de saúde a VDCM corresponde a um desrespeito às mulheres, objetivado em atos que correspondem à agressão física, xingamento, abuso sexual e maus-tratos e colocam em risco a saúde física e

psicológica de mulheres. A partir desse entendimento, os ACS evidenciaram a imagem que criam dos agressores, associando-os aos elementos covardia e machismo, que reforçam o sistema de valores junto ao termo desrespeito.

O termo covardia integrou o núcleo central do quadro de quatro casas de outros estudos realizados com profissionais de saúde sobre a VDCM.<sup>10,22,25,26</sup> No presente estudo, o elemento covardia fez parte da zona de contraste do quadro de quatro casas e se demonstrou como um termo inegociável na RS de ACS sobre a VDCM no teste *mise-en-cause*. Entretanto não confirmou sua centralidade em outros métodos. Já o elemento machismo apresentou-se importante na organização da análise de similitude dos pares de palavras, com laços aos termos desrespeito, covardia e ciúmes.

A dimensão atitudinal traz as questões de gênero como reflexão e apresenta-se fundamental na interpretação do fenômeno, ao perceber que as condições histórico-culturais continuam a contribuir para a legitimação da subalternidade da mulher e a superioridade do homem, que por meio das relações hierárquicas exerce o poder sobre mulheres e filhos.<sup>27</sup>

Com isso, os papéis estereotipados, entendidos como algo natural, resultaram na desigualdade de gênero<sup>2</sup> e a violência passa a ser utilizada como uma manifestação dessa dominação masculina, ou seja, a submissão do mais fraco ao mais forte traduzida em maus-tratos.<sup>3</sup> Desta forma, a mentalidade patriarcal, que preconiza o controle das mulheres pelos homens, estará sempre presente nas agressões, principalmente por ciúmes, refletindo o receio do homem pela perda do objeto sexual e social.<sup>28</sup>

Neste contexto, em torno da estrutura representacional dos ACS sobre a VDCM a tristeza é revelada como elemento central e funcional; e como sentimento cultivado pelos profissionais frente aos atos de violência. A tristeza apresentou no quadro de quatro casas como termo da primeira periferia mais evocado, confirmando-se central a partir de todos os testes de centralidade deste estudo. Este elemento assume a dimensão afetiva desta representação e desempenha um papel funcional, pois através dele a representação pode-se ancorar na realidade e práticas sociais dos ACS. Assim neste estudo, pauta-se que a prática não deve ser entendida somente como comportamento físico, mas o discurso em torno do objeto social.<sup>19</sup>

Pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre a VDCM apontou que a tristeza é um sentimento demonstrado por eles ao presenciarem uma situação de violência, além de referirem que esse sentimento é também experienciado pelas mulheres que vivenciam a violência.<sup>26</sup> A partir da análise de similitude do *choix-par-bloc*, observa-se que a tristeza apresenta um maior número de conexões trazendo outras cargas afetivas para a representação como o medo, a raiva e a falta de amor.

O medo traz um misto de sentimentos no contexto da VDCM tanto para profissionais de saúde quanto para as mulheres. Em relação aos profissionais, esse termo afetivo está atrelado ao despreparo profissional em agir diante do agravo e o temor em sofrer represálias dos agressores, limitando assim a sua prática assistencial; e para as mulheres o medo de sentirem-se culpadas pela situação, subalternidade diante do agressor e o medo da morte.<sup>10,29</sup>

A disputa de poder do homem sobre a mulher comporta o controle e o medo.<sup>27</sup> Estudo realizado na Arábia Saudita apontou que as mulheres relutam em revelar a violência doméstica sofrida por vários fatores dentre eles, o medo de perder a família e, vergonha.<sup>30</sup>

Todo esse contexto propicia que os ACS exponham o sentimento de raiva, que pode ser refletido pela influência de papéis sociais desiguais estabelecidos entre o ser homem e o ser mulher naturalizados na sociedade e a ausência de tomada de decisão da mulher em busca de mudanças. Pesquisa realizada com ACS apontou que a revolta é vista como um sentimento do profissional resultante das repetidas reconciliações da mulher com o agressor, que o desmotiva a ajudar e apoiar as mulheres em situação de violência doméstica.<sup>7</sup>

Assim, as questões culturais mantêm a imagem da mulher como submissa ao homem, moldando um modelo de comportamento da mulher que pode atrelar tanto à dependência financeira como a dependência emocional.<sup>1</sup>

A falta de amor pode ser representada pelos ACS através das suas experiências práticas, onde tendem a observar os conflitos interpessoais vivenciados pelas mulheres refletindo na falta de amor próprio e na relação afetiva entre o homem e a mulher. As situações de violência revelam um contraponto: o homem que de marido idealizado passa à condição de agressor; e apresentam nesse enfrentamento o limite entre o amor e a violência.<sup>3</sup>

Nesse interim, as mulheres primando pelo amor e pela família passam a justificar o comportamento agressivo do seu parceiro pelo uso de álcool e/ou outras

drogas ou por distúrbio de personalidade.<sup>3</sup> Por sua vez, o uso abusivo de drogas é uma realidade comum entre os agressores e os profissionais de saúde tendem a evidenciar como um dos fatores desencadeadores da VDCM.<sup>26</sup>

Deste modo, o núcleo central composto pelos elementos desrespeito e tristeza define e distingue as RS de ACS sobre a VDCM, já os outros elementos integram as informações particulares à estrutura da representação, justificando-as e ligando-se às práticas.

## CONCLUSÃO

Este estudo apresentou a investigação da estrutura representacional dos ACS sobre a VDCM. A partir da análise prototípica foi possível compreender o pensamento social dos ACS alicerçados em elementos compartilhados e cognitivamente ativados apresentando como possível núcleo central os termos agressão física, desrespeito e xingamento. O sistema periférico foi composto na primeira periferia pelos termos falta de amor e tristeza; e na segunda periferia pelos termos ciúmes, dependência financeira, drogas, machismo, medo e morte. A zona de contraste apresentou os termos abuso sexual, covardia, maus-tratos e raiva.

Ao longo da análise estrutural a partir do quadro de quatro casas foram realizados testes para definir a centralidade e o papel dos elementos que compõem a representação. No *choix-par-bloc* observou-se que os elementos que apresentaram maiores conexões foram agressão física, tristeza e maus-tratos. Na árvore máxima de silimidade dos pares de palavras os elementos com maior saliência foram desrespeito, falta de amor, tristeza e machismo. No *mise-en-cause* como se constatou nos resultados, os elementos inegociáveis para os ACS no contexto da VDCM foram desrespeito, tristeza e covardia. Assim, a centralidade na RS sobre a VDCM ocorreu para elementos desrespeito e tristeza, pela confirmação em três métodos aplicados.

Entende-se que os ACS através desses elementos trazem a dimensão atitudinal e afetiva da representação da VDCM, assumindo um papel normativo e funcional. O desrespeito organiza o pensamento social a partir dos valores e julgamentos dos ACS frente aos atos dos agressores e a tristeza traz a carga afetiva e prática desses profissionais através de suas experiências no contexto da VDCM.

Acredita-se que o entendimento da organização do pensamento social dos ACS sobre a VDCM possibilite a problematização na equipe de saúde da família acerca do fenômeno, assim como a elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento junto às mulheres em situação de violência, agressores e comunidade.

Este estudo apresentou como limitações ter sido desenvolvido apenas nas USF, apontando a importância de ser desenvolvido em outros serviços e com outras categorias profissionais.

## REFERÊNCIAS

- 1 Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD. Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 abr 20]; 39: e61308. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>
- 2 Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* [internet]. 1995 [cited 2020 mar 30]; v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Available from: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
- 3 Nóbrega VKM, Pessoa Júnior JM, Nascimento EGC, Miranda FAN. Resignation, violence and filing complaint: social representations of the male aggressor from the perspective of the female victim of aggression. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 July [cited 2020 abr 20]; 24(7): 2659-2666. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.16342017>
- 4 World Health Organization. *Global Status Report on Violence Prevention* [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 Jan 10]. Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)
- 5 Brasil. Senado Federal. Instituto de Pesquisa DataSenado. *Observatório da Mulher contra a Violência. Violência doméstica contra a mulher: pesquisa DataSenado*. Brasília, 2019 [cited 2020 abr 17]. Available from: [https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2019/12/DataSenado\\_2019\\_Relatorio\\_Viol%C3%Aancia\\_Dom%C3%A9stica\\_e\\_Familiar\\_Contra\\_a\\_Mulher\\_v13\\_Com\\_Tabelas.pdf](https://assets-compromissoeatitude-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2019/12/DataSenado_2019_Relatorio_Viol%C3%Aancia_Dom%C3%A9stica_e_Familiar_Contra_a_Mulher_v13_Com_Tabelas.pdf)
- 6 Nascimento VF, Rosa TFL, Terças ACP, Hattori TY, Nascimento VF. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município mato-grossense. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2019 Jan-abr [cited 2020 Jan 15]; 23(1): 15-22. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625/3725>

- 7 Broch D, Gomes VLO, Silva CD, Gomes GC, Gautério-Abreu DP, Mattos MB. Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 12]; 10(10): 3743-3750. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>
- 8 Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. Saude soc. [Internet]. 2018 June [cited 2020 abr 20]; 27( 2 ): 506-517. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018169293>.
- 9 Darmau EC, Terra MF. Registro de violência doméstica de gênero nos prontuários-família na Atenção Primária à Saúde. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, São Paulo [Internet]. 2019 jan./abr. [cited 2020 abr 17]; 64 (1): 35-39. Available from: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.1.035>
- 10 Amarijo CL, Gomes VLO, Gomes AMT, Fonseca AD, Silva CD. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro [Internet]. 2017. [cited 2020 Apr 19]; 25:e23648. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.23648>
- 11 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- 12 Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253p
- 13 Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- 14 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Trigueiro MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira A S P, Camargo B V, Jesuíno J, Nóbrega S, (Orgs.). Perspectivas teórico- metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 573-603.
- 15 Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli, C, (Org.) Structures et transformation des representations sociales. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994, p. 233-53.
- 16 Pecora AR, Sá CP. Memórias e Representações Sociais da Cidade de Cuiabá, ao Longo de Três Gerações. Psicologia: Reflexão e Crítica [Internet]. 2008. [cited 2020 abr 10]; 21(2), p. 319-325. Available from: <http://www.scielo.br/prc/v21n2/a18v21n2.pdf>

17 Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais e o Modelo dos Esquemas Cognitivos de Base: Perspectivas Teóricas e Utilização Empírica. *Temas em Psicologia* [Internet]. 2016. [cited 2020 abr 10]; 24 (3), p.1139-1152. Available from: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-18>

18 Aubert J, Abdi G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. *Staps* [Internet]. 2002 jan. [cited 2020 abr 15]; 59 (3): 9-22. Available from: [file:///C:/Users/Kahully-pc/Downloads/STA\\_059\\_0009.pdf](file:///C:/Users/Kahully-pc/Downloads/STA_059_0009.pdf)

19 Flament C, Rouquette ML. *Anatomie des idées ordinaires*. Paris: Armand Colin, 2003. 176p.

20 Nogueira, VPF. *As Representações Sociais da Espiritualidade e da Religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem*. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2019. p. 269 f.

21 Wachelke J. Social representations: a review of theory and research from the structural approach. *Univ Psychol* [Internet]. 2012 [cited 2020 abr 15]; 11, p. 729-741. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300004)

22 Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 abr 20]; 49(1): 22-29. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100003>.

23 Amarijo CL, Barlem ELD, Acosta DF, Marques SC. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 15]; 26: e33874. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.33874>

24 Viana AL, Lira MOSC, Vieira MCA, Sarmiento SS, Souza APL. Violência contra a mulher. *Rev enferm UFPE on line* [Internet] 2018 abr [cited 2020 abr 15]; 12(4):923-929. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110273p923-929-2018>.

25 Broch D, Silva CD, Acosta DF, Mattos MB, Amarijo CL, Gomes VLO. Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. *Rev enferm centro-oeste mineiro* [Internet] 2017. [cited 2020 abr 15]; 7:e1630. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1630>

26 Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Amarijo CL, Acosta DF, Mota MS. Representação da violência doméstica contra mulheres entre profissionais de saúde: idade como atributo de diferenciação. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2016. [cited 2020 abr 14]; 24(3):e13212. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.13212>

27 Saffioti HIB. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

28 Balbinotti I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. Revista da ESMESC [Internet] 2018. [cited 2020 abr 12]; 25(31). Available from: <https://doi.org/10.14295/revistaesmesec.v25i31.p239>

29 Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. Atención Primaria [Internet] 2020. [cited 2020 abr 19]; 52(1). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>

30 Wali R, Khalil A, Alattas R, Foudah R, Meftah I, Sarhan S. Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National Guard Primary Health Care Centers in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. BMC Saúde Pública [Internet]. 2020 [cited 2020 abr 17]; 20: 239. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8156-4>

## 5.2 MANUSCRITO 2

### **Conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** apreender a dimensão conceitual das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, apoiado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, Brasil, tendo como participantes 30 Agentes Comunitários de Saúde. Na análise lexical utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) e os dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** Evidenciou-se que os conteúdos representativos trazem uma conotação de conceitos e significados da violência doméstica contra a mulher, ancorados nas formas de violência, aspectos afetivos e contextos social e familiar. **Conclusão:** As representações dos ACS reforçaram o papel deste profissional na prevenção, identificação e enfrentamento dos casos de violência doméstica contra a mulher por possuir um vínculo maior com a família, acolhimento e escuta ativa.

**Descritores:** Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Gênero e saúde; Agentes comunitários de saúde; Enfermagem; Estratégia saúde da família.

#### **INTRODUÇÃO**

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) é um fenômeno múltiplo e complexo que envolve aspectos pessoais e interpessoais, com alta prevalência e repercussões à saúde mental e física das mulheres envolvidas<sup>(1)</sup>. A visibilidade política e social desta problemática tem se fortalecido a partir da década de 1960 com atuação dos movimentos feministas e de mulheres, por meio de discussões sobre a gravidade e seriedade das situações sofridas pelas mulheres, denúncias das violências cometidas, principalmente no âmbito doméstico, e cobrança de responsabilidades do Estado e da sociedade em assegurar a todas respeito à dignidade humana<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, a VDCM envolve elementos sociais e culturais decorrentes de uma sociedade baseada nas relações de poder e conflito, estabelecidas entre homens e mulheres, que confere ao homem a força física sobre a mulher e transfere ideologicamente o poder do âmbito biológico para o âmbito social, historicamente construído e empregado para legitimar a violência perpetrada contra mulheres<sup>(3)</sup>.

O Relatório “Progresso das Mulheres no Mundo 2019-2020: Famílias em um mundo em mudança” da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres apontou que 17,8% das mulheres em todo o mundo relataram violência física ou sexual por seus companheiros nos últimos 12 meses<sup>(4)</sup>, o que demonstra que grande parte da violência que acomete as mulheres ocorre no âmbito doméstico.

Estudo realizado em 24 países das Américas constatou que as taxas variaram de 14 a 17% de mulheres que relataram a vivência de violência física e/ou sexual com seus parceiros íntimos no Brasil, Panamá e Uruguai; a Bolívia apresentou uma taxa de 27,1% e Canadá 1,1%<sup>(5)</sup>. Outro estudo internacional apontou que a violência de mulheres por seus cônjuges não apresenta fronteiras geográfica, cultural, econômica e religiosa, entretanto as mulheres com baixa escolaridade e baixa renda familiar tendem a sofrer agressões mais graves<sup>(6)</sup>.

No Brasil, no sentido de contribuir para o enfrentamento de tal problemática foi implantada a Lei nº 11.340/2006 que define a VDCM como toda ação ou omissão ancorada na desigualdade de gênero, que ocasione sofrimento psicológico, físico ou sexual e dano moral ou patrimonial<sup>(7)</sup>. Entretanto, ainda existe um número expressivo de casos de violência contra a mulher no país, dados do ano de 2016 do Sistema de Notificação Compulsória (SINAN) do Ministério da Saúde registrou 147.227 notificações para o agravo, representando uma taxa de 132,8 por 100 mil mulheres<sup>(8)</sup>.

Ressalta-se a importância dos serviços de saúde por ser muitas vezes o primeiro local de acolhimento de mulheres que vivenciaram algum tipo de agressão. Dentre os serviços de saúde ressalta-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como porta de entrada favorável na identificação dos casos de violência em virtude do vínculo existente entre os profissionais de saúde e a comunidade, principalmente o Agente Comunitário de Saúde (ACS)<sup>(9)</sup>.

O ACS é um profissional que integra a equipe de saúde e possui um papel enfático no enfrentamento de casos de VDCM, ao propiciar um espaço diferenciado junto às famílias que acompanha, principalmente com as mulheres durante as visitas domiciliares reconhecendo a existência de iniquidades e desajustes sociais<sup>(10)</sup>.

Pesquisa realizada com enfermeiras que atuam na ESF mostrou que um dos pontos importantes para a abordagem às mulheres em situação de violência é a atuação do ACS, já que ele faz parte da comunidade e apresenta uma relação de confiança com a mulher, o que facilita a intervenção junto às situações de violência<sup>(11)</sup>.

Deste modo, evidencia-se que o ACS é aliado no combate à VDCM e entender como este profissional de saúde representa o fenômeno pode influenciar no atendimento às mulheres, bem como na elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento do agravo. O

estudo das representações sociais (RS) no âmbito da saúde permite o acesso ao conhecimento social que orienta e justifica as práticas de cuidados<sup>(12)</sup>.

As RS designam a construção de um conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, é uma forma de saber prático que conecta um sujeito a um objeto<sup>(13-14)</sup>. Portanto, reconhecer as informações compartilhadas por ACS sobre a VDCM proporciona uma visibilidade ao problema e sua atuação no âmbito da ESF, a fim de proporcionar para essas mulheres o resgate de sua autonomia e fortalecimento sobre sua condição de vida.

Neste sentido, o estudo objetivou apreender a dimensão conceitual das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

## **MÉTODO**

### **Tipo de estudo**

Estudo qualitativo apoiado na Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual fundamenta como acontecem os processos criativos de geração de conteúdos novos e significativos através das transformações das configurações mentais e sociais, ao buscar as representações elaboradas no contexto das inter-relações entre grupos sociais<sup>(13)</sup>.

### **Local e participantes**

O local do estudo foram 11 Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil. Utilizou-se como critério de inclusão as unidades da zona urbana, com equipes dupla ou única e com equipes completas segundo protocolos do Ministério da Saúde no período da coleta de dados.

Os participantes da pesquisa foram os ACS das referidas USF. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência. Para tanto, por meio de contato por telefone com o enfermeiro supervisor foi solicitado o agendamento de um encontro com todos os ACS de cada uma das equipes da ESF, para que a pesquisadora pudesse convidá-los a participar do estudo e agendar um dia e horário para a coleta de dados. Como critério de inclusão o ACS deveria estar em atividade funcional e ter mais de seis meses de atuação na USF e como critério de exclusão ACS que estavam de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde. Assim, 107 ACS compareceram ao primeiro encontro com a pesquisadora, destes, 48 ofereceram telefone para contato posterior.

## Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2019, por entrevista em profundidade guiada por formulário contendo aspectos sociodemográficos (idade, cor, religião, situação conjugal, renda familiar, escolaridade e tempo de atuação profissional como ACS), a fim de caracterizar os participantes e um roteiro com três blocos de perguntas que norteiam à temática (a violência doméstica contra a mulher, formas e fatores precipitadores da violência doméstica contra a mulher e práticas dos ACS às mulheres em situação de violência).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em sala reservada na USF de atuação do ACS, de forma individual, com uso de gravador de áudio. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, após esse momento a pesquisadora disponibilizava o áudio para que o participante pudesse ouvir o seu relato, respeitando-se os aspectos éticos e de sigilo.

Nesse interim, a saturação teórica das entrevistas ocorreu a partir da 26ª entrevista, assim observou-se que os conteúdos sobre o objeto estavam se repetindo e não apresentaram novas ocorrências, entretanto, foram realizadas mais quatro entrevistas no intuito de reforçar esta percepção.

## Análise e tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com supressão das falas da pesquisadora, organizadas e salvas em arquivo compatível o *open office*. O *corpus* constou de 30 entrevistas e para a análise lexical utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), 0.7 alpha2, criado por Pierre Ratinaud, desenvolvido na linguagem Python que utiliza funcionalidades providas pelo *software* estatístico R. O *software* é gratuito e com fonte aberta possibilitando fazer diferentes processamentos e análises estatísticas sobre o *corpus* textual, tabelas, indivíduos e palavras<sup>(15)</sup>.

Assim, para o processamento dos dados foi utilizado o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert. Essa interface possibilita a partir do *corpus* original a recuperação dos segmentos de textos e a associação de cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados, ou seja, cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (UCI) e transformada em Unidades de Contexto Elementares (UCE). O teste de qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe, quanto mais alto o valor, maior é a associação. Os resultados fornecem também segmentos de texto mais

característico de cada classe, na CHD é ilustrada a análise dos dados a partir do dendograma que apresenta as relações entre as classes<sup>(15)</sup>.

O *corpus* de análise foi composto de 30 linhas correspondentes às entrevistas, processadas e analisadas pelo *software* em um tempo de 39 segundos. Desta forma, a partir dos conteúdos dos ACS foram realizadas interpretações qualitativas com base na TRS, bem como em referenciais sobre a VDCM, a fim de melhor compreender as representações.

### **Aspectos éticos**

O estudo atende às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 07558718.1.0000.0055 e parecer nº 3.233.780/2019.

Os participantes do estudo aceitaram participar voluntariamente, foram informados sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, bem como a garantia do seu sigilo e anonimato mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No intuito de garantir o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas pela palavra *Participante* acrescidas do número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

## **RESULTADOS**

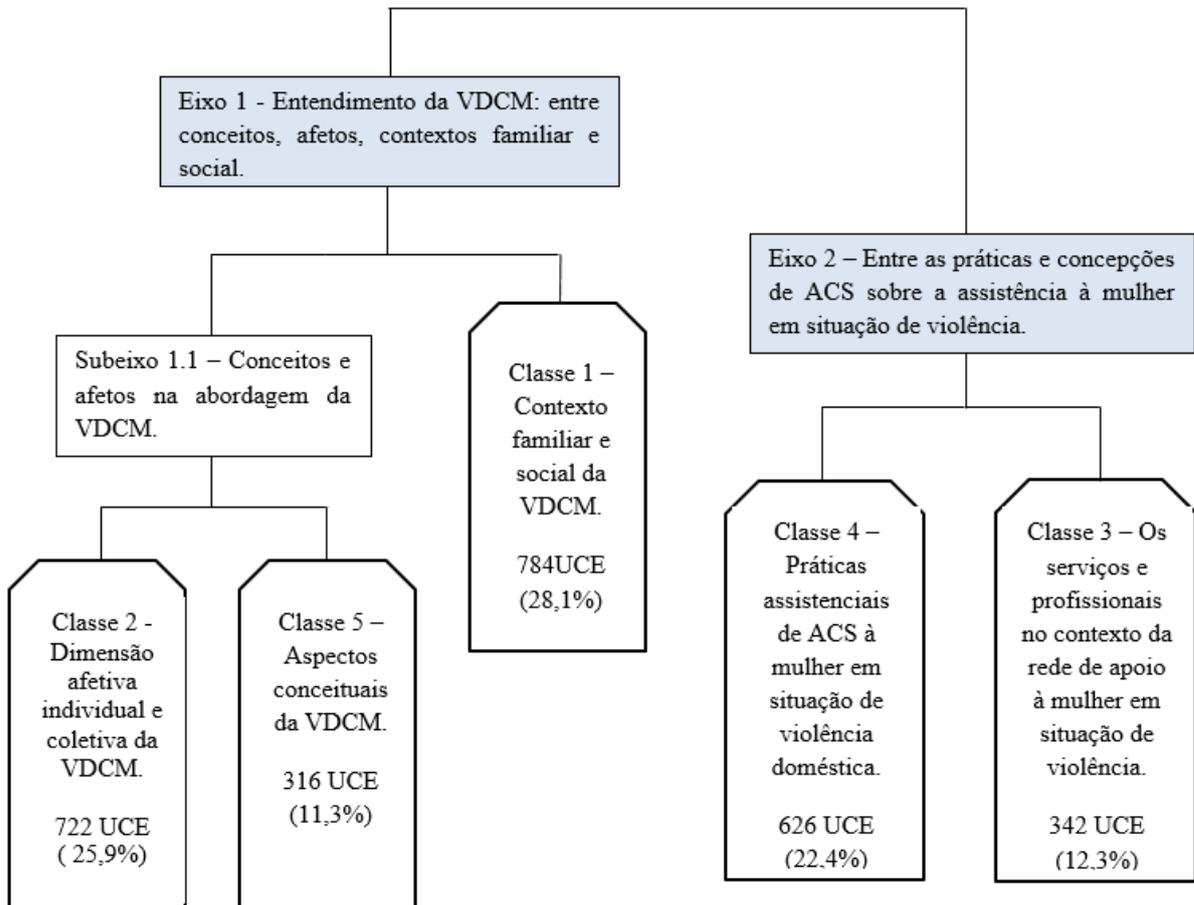
Participaram do estudo 30 ACS, apenas um do sexo masculino, faixa etária de 32 a 57 anos, 19 se autodeclararam de cor parda, apenas oito solteiros e, em sua maioria, a renda familiar média de 1 a 3 salários mínimos. Em relação à escolaridade 12 apresentaram ensino superior completo e todos com 10 e mais anos de atuação profissional como ACS.

A partir da análise lexical do *software* IRAMUTEQ foram obtidos 3.058 segmentos de texto, destes 2.790 foram analisados representando um aproveitamento de 91,24%. O *corpus* apresentou 5.531 formas, com 106.739 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 3.207, com 3.020 formas ativas de palavras e 12 formas suplementares. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, esta definiu cinco classes divididas em dois eixos.

A figura 1 ilustra as relações estabelecidas entre as classes que devem ser lidas da esquerda para a direita, ou seja, primeiramente o *corpus* foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2). No primeiro momento, o eixo 1 se subdividiu em mais um subeixo 1.1, compondo

as classes 5 e 2 e a classe 1, isso significa que as classes 5 e 2 possuem conteúdos que apresentam relação entre si maior, do que com a relação à classe 1. Posteriormente, o material passou por mais uma divisão, o eixo 2 gerando as classes 4 e 3 que apesar de participarem de eixo em comum possuem conteúdos heterogêneos que justificou a separação em duas classes distintas.

**Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2019.**



Fonte: autora, adaptado a partir do IRAMUTEQ (2019).

A abordagem desse estudo se dará na apresentação e discussão do eixo 1 “Entendimento da VDCM: entre conceitos, afetos, contextos familiar e social” que compõe o subeixo 1.1 “Conceitos e afetos na abordagem da VDCM” com as classes 2 e 5 “Dimensão afetiva individual e coletiva da VDCM” e “Aspectos conceituais da VDCM”, respectivamente, e a classe 1 “Contextos familiar e social da VDCM”.

O subeixo 1.1 possibilitou a construção do pensamento sobre a dimensão conceitual das representações sociais dos ACS sobre a VDCM, pois tratou principalmente sobre como os ACS entendem os aspectos que tornam mais familiar o contexto das mulheres em situação de

violência doméstica, emergindo convicções, crenças e sentimentos individuais e coletivos destes profissionais. Para melhor entendimento dos resultados será apresentada a classe 5 e posteriormente a classe 2.

### **Aspectos conceituais da VDCM**

A **classe 5** representou 11,3% do *corpus* analisado com 316 UCE, as palavras que deram sustentação a esta classe foram: físico ( $x^2 = 595.03$ ); agressão ( $x^2 = 539.5$ ); psicológico ( $x^2 = 359.65$ ); verbal ( $x^2 = 292.01$ ); violência ( $x^2 = 222.68$ ); xingamento ( $x^2 = 166.44$ ), dentre outras. Nesta classe, os ACS representaram a dimensão conceitual da VDCM por meio da apresentação de conhecimentos e construção de conceitos e saberes que entrelaçam com as suas experiências profissionais. Nos relatos, os ACS trazem essa tríade conhecimentos-conceitos-saberes com relação à VDCM nas formas de violência física, sexual e psicológica sendo esta última a mais referida pelas mulheres, manifestada por humilhações e ofensas tornando-se tão ou até mais danosa que a física.

*A violência ela vai desde a emocional, psicológica e física, tudo isso pode ser uma violência. Às vezes a mulher não sofre a agressão física, mas a psicológica às vezes é até pior (Participante 05; score: 1818.18).*

*É a psicológica principalmente, é de vários jeitos de humilhar, xingar, falar pejorativos, adjetivos que baixam a autoestima. A física e sexual não comentam, porque assim, abuso sexual é uma relação não consentida (Participante 22; score: 1257.79).*

*A violência doméstica é se ela tomar um tapa, a partir do momento que tiver uma agressão física, e às vezes ela já vem de uma pressão psicológica que tá causando um dano muito maior do que a própria agressão física (Participante 17; score: 1638.5).*

*Elas mentem, escondem muito do que aconteceu, elas não se abrem quando se trata da agressão física, fala mais a questão da psicológica (Participante 02; score: 1543.66).*

### **Dimensão afetiva individual e coletiva da VDCM**

A **classe 2** é composta por 722 UCE e representou 25,9% do material analisado, se destacaram as palavras: sentimento ( $x^2 = 101.63$ ), viver ( $x^2 = 90.47$ ), vida ( $x^2 = 61.27$ ), amor ( $x^2 = 61.27$ ), próprio ( $x^2 = 49.03$ ), homem ( $x^2 = 48.12$ ), tristeza ( $x^2 = 43.95$ ), dentre outras. O conteúdo desta classe revelou aspectos afetivos da VDCM na construção representacional dos ACS, ao destacar a representação dos sentimentos que perpassam a vivência da mulher na situação de violência doméstica e a permanência do ciclo de violência ancorada no medo de recomeçar a vida, no amor pelo companheiro, na desvalorização como mulher expressa na

falta do amor próprio, na dependência financeira e no medo da morte, observado nas seguintes UCE:

*Tem mulher que ama, mas tem um sentimento de posse muito grande, acho que quando ama loucamente, eu amo, eu não vou conseguir amar outra pessoa, o medo de recomeçar, eu diria que é isso (Participante 04; score: 421.02).*

*Falta de amor próprio, assim acha que o sentimento pela outra pessoa é maior do que tudo na vida, falta de amor próprio na verdade (Participante 28; score: 379.86).*

*Eu acredito no fator financeiro e na falta de amor próprio porque eu creio assim, por mais difícil que as coisas estão acho que a mulher tem que se valorizar, tem que primeiro ela, tem que se amar, tem que se gostar (Participante 21; score: 347.44).*

*Existe sentimentos, existe. Acho que o apego, o não querer deixar, tem medo, o próprio medo que muitos falam se tu me deixar eu te mato. Então tem muitas que não fica nem por amor, fica por medo de sair, de perder a vida (Participante 20; score: 496.79).*

Essas situações ao serem expressas, levaram os ACS a explorarem através de suas ideias e crenças sentimentos frente às situações de VDCM, que alicerçam a dimensão afetiva e coletiva de suas representações sociais sobre o agravo.

*É tristeza, revolta e raiva de ver assim e um sentimento de ver que a pessoa na verdade é dependente de outra, não consegue sair daquilo, não consegue ter um amor próprio, tudo isso dá uma palavra só, tristeza (Participante 28; score: 345.71).*

### **Contextos familiar e social da VDCM**

A **classe 1** apresentou 784 UCE o que significa o envolvimento de 28,1% do material analisado, a constituição ocorreu a partir das seguintes palavras: filho ( $x^2 = 172.67$ ); casa ( $x^2 = 145.63$ ); mãe ( $x^2 = 124.61$ ); pai ( $x^2 = 121.85$ ); bater ( $x^2 = 110.54$ ), sair ( $x^2 = 88.53$ ); marido ( $x^2 = 68.64$ ), dentre outras. Nesta classe, os ACS expressaram a dimensão familiar e social da VDCM através do pensamento sobre desestruturação da família e as implicações prática-consequencial da violência também para os filhos sejam de ordem física ou emocional. Apesar disso, os ACS formaram as convicções considerando que a partir da vivência da violência no âmbito doméstico e das diferenças de papéis sociais estabelecidas entre o pai e a mãe, alguns filhos tendem a naturalizar a violência e perpetuar comportamentos agressivos futuros.

*Aí o agressor da mãe às vezes passa ser o agressor do filho, quando ele chega em casa bêbado ele começa a bater em todo mundo, muitos (filhos) saem de casa muito cedo porque não suporta a violência (Participante 01; score: 728.92).*

*Aí cresce os filhos todos virados, com problemas, tem uns que consegue sair dali e quer ser melhor, quer ser diferente do que os pais, mas tem outros que se torna pior, fica até pior e se tornam pessoas violentas (Participante 30; score: 647.77).*

*Vai ficar os traumas, aí aquele filho que tá dentro de casa já viu aquilo ali, quando fizer 20 anos vai ser praticamente a mesma coisa do pai (Participante 16; score: 610.32).*

*A gente vai vendo que as crianças, os meninos homens já vão sendo criados assim, que a mulher certa, direita é a mãe que não sai, cuida dos filhos, do marido e pronto! (Participante 03; score: 566.67).*

## **DISCUSSÃO**

Os ACS emitiram suas convicções, ideias, valores e experiências sobre o contexto da VDCM o que possibilitou a análise de como as suas representações sociais alicerçam a interpretação da realidade do grupo sobre o objeto social. A partir do entendimento dessas representações é possível contribuir nas práticas cotidianas dos ACS como profissionais fundamentais para a prevenção, identificação e enfrentamento da VDCM no âmbito da atenção básica. As representações sociais implicam no processo de conhecimento a partir da influência histórica e social do sujeito, que por sua vez tende a produzir efeitos na realidade, utilizando a comunicação para a difusão e orientação das práticas assistenciais<sup>(14)</sup>.

Neste interim, os ACS do estudo trouxeram na dimensão conceitual os significados da VDCM evidenciando que esta pode ser vivenciada seja através da violência psicológica, violência física ou sexual, apontando a natureza emocional como um fator de sofrimento maior para a mulher, já que elas tendem a esconder as agressões físicas, manifestando a violência psicológica mais facilmente. A violência física traz uma dimensão imagética, pois deixa as marcas físicas, entretanto os ACS trazem nas suas representações o entendimento e preocupação com outras formas de violência.

O contexto da VDCM é marcado por diversas formas sejam elas de natureza física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral<sup>(16)</sup>. É preciso que o ACS reconheça a VDCM sem restringi-la apenas à violência física<sup>(17)</sup>.

Desta maneira, os ACS do estudo identificaram no processo de escuta uma maneira de investigar e identificar as formas de violência muitas vezes silenciadas pelas mulheres. A escuta é uma prática que o profissional precisa desenvolver para o enfrentamento da VDCM, é um processo que precisa ir muito mais do que a mulher relata, sendo fundamental para o profissional ter empatia, sensibilidade, calma e ausência de julgamentos<sup>(18)</sup>.

As marcas físicas como repercussões da violência favorecem o reconhecimento pelo profissional de saúde, mesmo que a mulher não queira, expõe a situação<sup>(19)</sup>. A violência psicológica não deixa marcas físicas e pode ser o início do ciclo de violência, seus danos afetam o viver da mulher na rede social e de apoio afetando sua autoimagem e autoestima<sup>(12)</sup>. Assim, é preciso ouvir o que as mulheres relatam e também se atentar para o que não é dito na busca de indícios de qualquer forma de violência.

No Brasil, o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA Inquérito) demonstrou uma subnotificação dos casos de violência psicológica por parceiro íntimo quando comparado aos dados da violência física e sexual<sup>(20)</sup>. Apesar desse fato, pesquisa realizada no Brasil com mulheres em situação de violência apontou a violência psicológica como a forma mais cometida por parceiros íntimos<sup>(21)</sup>. Em consonância, dados do estudo desenvolvido com mulheres em Istambul e região do Mar Egeu destacou a violência psicológica como a forma mais frequente de violência conjugal<sup>(6)</sup>.

Em relação ao abuso sexual, os ACS apontaram que o sexo não consentido pela mulher mesmo sendo com seu parceiro é uma forma de violência, alicerçada na representação da dominação masculina sobre a mulher. Esse evento reflete o comportamento machista e dominador do homem e o entendimento do ato sexual como uma obrigação na relação matrimonial, o que faz compreender a dificuldade de mulheres e homens reconhecerem a violência sexual<sup>(16)</sup>.

Os ACS trouxeram a partir das falas uma compreensão sobre a violência contra a mulher e as questões de gênero constituídas através das relações sociais fundadas pelas diferenças entre os sexos e como um modo primordial de dar significado às relações de poder<sup>(22)</sup>.

Para os participantes da pesquisa os sentidos do ser mulher e o comportamento agressivo legitimado socialmente do homem possibilita que as mulheres apresentem sentimentos e reações negativas sobre a sua vida e seu viver; a relação de baixa valorização como pessoa, a sensação de incapacidade em poder viver de forma independente, o amor pelo parceiro que traz a esperança de que ele mude e o medo são fatores que para os participantes da pesquisa contribuem para a culpabilização e a permanência da mulher no ciclo da violência.

Corroborando com esses achados outros estudos demonstraram que os profissionais de saúde afirmam e associam os episódios de violência aos comportamentos femininos de submissão e aceitação da violência ou a provocação do homem, sendo a mulher

responsabilizada pela agressão quando mantém a relação conjugal, em decorrência ao vínculo afetivo, dependência financeira, por possuir filhos e por se calar diante da violência<sup>(3,23)</sup>.

As representações embutidas pela sociedade e culturalmente vivenciadas destituíram ao longo da história, a oportunidade de as mulheres serem detentoras de sua autonomia, liberdade e dignidade diante do homem agressor. Por sua vez, a independência financeira das mulheres pode levar ao empoderamento e uma maior participação nas decisões, entretanto alguns homens veem como uma ameaça ou desafio para exercer o controle sobre as mulheres<sup>(3)</sup>.

Os conflitos vivenciados pelas mulheres se entrelaçam e se apresentam no limite entre o amor e a violência, o companheiro e o agressor; essa rede de relações é contraditória e tensa, pois o vínculo conjugal atrela-se à frustração e ao sofrimento<sup>(24)</sup>.

Assim, os sentimentos são vivenciados nessa relação e o medo das mulheres está atrelado aos impactos da violência e a sensação de culpa pela agressão que muitas vezes as impedem de revelar a ocorrência e denunciar o agressor, sendo um sentimento imobilizador. Este fato revela a importância do acolhimento e escuta ativa pelos profissionais dos serviços de saúde como corresponsáveis no fortalecimento para o enfrentamento da violência<sup>(12,25)</sup>.

Diante desse contexto, as interações humanas implicam nas representações sociais que vão influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade reforçando a mudança social<sup>(13)</sup>. Os ACS a partir das experiências vivenciadas com mulheres expressaram seus sentimentos representados como tristeza e raiva, o que reflete a fragilidade do profissional frente à situação de violência e o sentimento de revolta que o inquieta em relação à permanência da mulher na situação de violência e impossibilita a mudança na ajuda da resolução do problema.

Pesquisa sobre as representações sociais de ACS sobre VDCM demonstrou que estes profissionais cultivam sentimentos de sofrimento, tristeza, medo e revolta a qualquer ato violento contra a mulher e encontram dificuldade de tomada de posição pela vulnerabilidade profissional<sup>(17)</sup>.

Na classe 1 os participantes do estudo apresentaram as representações sociais da VDCM ancoradas na dimensão familiar e social, ou seja, para os ACS as relações familiares cumprem um papel social, no entanto, os filhos ao vivenciarem a violência e as desigualdades de papéis sociais entre o homem e a mulher no âmbito doméstico, tendem a reproduzir as agressões e comportamentos na sua formação familiar. Essas representações estão associadas aos valores, conhecimentos e práticas que orientam as suas relações sociais e são destacadas por meio das falas, expressões, atitudes e sentimentos<sup>(13)</sup>.

As desigualdades impostas nas relações entre homem e mulher são colocadas previamente às pessoas, que passam a conviver socialmente com elas, mais do que naturais, são postas pela cultura, pelas estruturas de poder e pelos agentes envolvidos na trama dessas relações sociais<sup>(26)</sup>.

A estrutura familiar patriarcal cria as dinâmicas de gênero e poder que se unem e contribuem para a violência intrafamiliar, esse ambiente normaliza muitas formas de violência e reforça a subordinação das mulheres e dos filhos criando traumas, negação de papéis sociais, vitimização, desencadeando ciclos de abuso emocional e físico<sup>(27)</sup>.

Estudo realizado no Brasil com mulheres em situação de violência doméstica pontuou que elas relacionam o comportamento do homem agressor ao significado de constructos familiares anteriores de violência que se perpetuaram no seu relacionamento íntimo na fase adulta, trazendo a reflexão de que as imagens presenciadas na família sobre o que é ser homem e ser mulher reforçam a ideia de um modelo dominante de masculinidade<sup>(24)</sup>.

Nesse contexto, estudo internacional associou mulheres que durante a infância vivenciaram a violência em sua família de origem (como vítimas ou como testemunhas) são potencialmente mais vulneráveis a sofrerem algum tipo de abuso direto, o que sublinha a necessidade de intervenção nas famílias como o objetivo de prevenir a violência na idade adulta<sup>(28)</sup>.

Por conseguinte, a VDCM afeta a mulher, filhos e a família de maneira direta e negativamente em diversos aspectos, pois interfere na saúde física, psicológica da mulher, nas relações familiares e sociais e na sociedade, trazendo repercussões para o sistema de saúde. Por ser considerado um fenômeno complexo, cultural, requer uma mudança gradativa ao longo das gerações e um suporte de várias instâncias sociais a iniciar pela família, serviços de saúde, escola, trabalho, dentre outras<sup>(29)</sup>.

Deste modo, reflete-se sobre o papel do ACS na prevenção, identificação e enfrentamento dos casos de violência por ser o profissional que possui um vínculo maior com a família e consegue captar nuances por vezes imperceptíveis. No entanto, o ACS não pode atuar de maneira isolada, precisa ter uma colaboração significativa dos outros profissionais de saúde que compõem a equipe da ESF, já que o reconhecimento da violência requer um alto grau de consciência, sensibilidade, segurança e confidencialidade para mulheres e profissionais<sup>(30)</sup>.

Considera-se então que, as representações são constituídas por uma dimensão conceitual (conhecimento, conceitos e saberes), que atrela a dimensão afetiva (os sentimentos diversos envolvidos nos processos de violência) e a dimensão familiar e social que traz um

papel prático-consequencial, inclusive com implicações, segundo os participantes, de cunho geracional. Uma tríade de dimensões que implica uma forma de pensar sobre o fenômeno, uma compreensão das relações internas em sua concretização e o seu processo de permanência como acontecimento social, respectivamente.

## CONCLUSÃO

A partir do estudo conseguiu-se apreender a dimensão conceitual das representações sociais de ACS sobre a VDCM e entender como está alicerçado o pensamento social desses profissionais diante do agravo. Deste modo, evidenciou-se que os conteúdos representativos trazem uma conotação de conceitos e significados da VDCM ancorados nas formas de violência, aspectos afetivos e contextos social e familiar.

Os ACS demonstraram a dimensão conceitual com o conhecimento sobre a violência física, sexual e psicológica a partir das ideias, crenças e experiências que são compartilhadas no dia a dia. Apresentaram uma valorização sobre o seu papel na escuta a essas mulheres em situação de violência, já que conseguem captar não somente as marcas físicas que representam o agravo, mas o que é dito e sentido pelas mulheres. Esses dados evidenciam que os ACS possuem uma preocupação não só pelos fatores biológicos, mas aos aspectos psicológicos e sociais inerentes às condições de vida e de saúde das mulheres.

Destarte, destacaram-se aspectos afetivos e subjetivos da representação dos ACS sobre a VDCM, relacionados às mulheres que lidam com a situação de violência, como o seu viver e a permanência do ciclo de violência, ancorada em sentimentos que transversalizam o medo, o amor e a baixa autoestima. Esses elementos reforçaram sentimentos pessoais e coletivos dos ACS ancorados na tristeza, raiva e revolta que expressaram a sensação de vulnerabilidade como profissional, que os mobilizam a apoiar essas mulheres em situação de violência e mitigar/interferir nas desigualdades de gênero existentes.

Nesse sentido, essas representações reforçaram que os ACS ancoram a VDCM nos contextos familiar e social baseada na assimetria de poder, nos papéis sociais e comportamentos legitimados aos homens e mulheres na família e sociedade. A VDCM atinge todos os membros da família, com reflexos para os filhos e contribui para a violência intergeracional.

Com base nas representações apreendidas versa a necessidade de debates e discussões das equipes da ESF, profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e gestores sobre as estratégias de identificação, combate e prevenção da VDCM a

iniciar no âmbito familiar a partir do apoio dos ACS, pautado no acolhimento humanizado e melhor escuta ativa às mulheres em situação de violência.

Dentre as limitações do estudo, registra-se que este apresentou as representações de ACS que atuam na ESF, havendo outros profissionais que fazem parte da equipe de saúde da família que lidam diariamente com a VDCM. Entende-se que os benefícios do estudo consistem em fortalecer e valorizar o processo de trabalho do ACS às mulheres em situação de violência e fornecer evidências para o ensino e pesquisa em saúde e enfermagem, visto que os enfermeiros são os principais profissionais que desenvolvem ações de treinamentos e capacitações visando qualificar a atuação dos ACS.

## REFERÊNCIAS

- 1 Bruhn MM, Lara L. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. *Rev Polis e Psique* [Internet]. 2016 [citado 2020 Feb 19]; 6(2), 70-86. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238152X2016000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238152X2016000200005&lng=pt&tlng=pt).
- 2 Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc* [Internet]. 2015 [citado 2020 Feb 19]; 27(2), 256-66. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822015000200256&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200256&lng=en&nrm=iso)
- 3 Santos WJ, Oliveira PP, Viegas SMF, Ramos TM, Policarpo AG, Silveira EAA. Domestic violence against women perpetrated by intimate partner: professionals' social representations in primary health care. *J Res Fundam care* [Internet]. 2018 set [cited 2020 Jan 18]; 10(3): 770-7. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6197/pdf>
- 4 United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Progress of the world's women 2019–2020: families in a Changing world [Internet]. 2019. New York: UM WOMEN; 2019 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>
- 5 Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 18]; 43: e26. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50485>
- 6 Aslan E, Bodur G, Beji NK, Alkan N, Aksoy O. Exposure to domestic violence in women living in Istanbul and Aegean regions: a Turkish sample. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Feb 19]; 24( 8 ): 2835-44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802835&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802835&lng=en)
- 7 Brasil. Lei n. 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 [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2020 fev 15]. 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)

8 Panorama da Violência Contra as Mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais. [Internet]. n. 2, Brasília : Senado Federal, Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>

9 Heisler ED, Silva EB, Costa MC, Jahn AC, Arboit J. Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. *Cienc. Cuid. Saude*. [Internet]. 2017 Jul-Set [cited 2020 Jan 22]; 16(3). Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348>

10 Nascimento VF, Rosa TFL, Terças ACP, Hattori TY, Nascimento VF. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município mato-grossense. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*. [Internet]. 2019 Jan-abr [citado 2020 Jan 15]; 23(1): 15-22. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625/3725>

11 Moraes BLA, Gerk MAS, Nunes CB. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. *Nursing*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Jan 15]; 21(240): 2164-67. Disponível em: [http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia\\_domestica.pdf](http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia_domestica.pdf)

12 Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD. Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 23]; 39: e61308. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/61308/46578>

13 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

14 Jodelet, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *As Representações Sociais*. Tradução Lílian Ulup. Editora UERJ, p. 17-44. Rio de Janeiro, 2001.

15 Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS.[Internet]. 2013 [citado em: 2020 Jan 5] Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

16 Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, Gomes NP, Cunha KS, Virgens IR, et al. Marital violence context after the Maria da Penha law: a grounded theory study. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 15]; 24: e59431. Available from: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431/pdf_en)

17 Broch D, Gomes VLO, Silva CD, Gomes GC, Gautério-Abreu DP, Mattos MB. Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Dez 12]; 10(10): 3743-3750. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>

18 Zuchi CZ, Silva EB, Costa MC, Arboit J, Fontana DGR, Honnef F, Heisler ED. Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Fev 16]; 22: e-1085. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223>

19 Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Feb 19]; 49(1): 22-29. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100022&lng=en)

20 Garcia LP, Silva GDM. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 Feb 19]; 34(4): e00062317. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en)

21 Cardoso BLA, Costa N. Marital Social Skills and Marital Satisfaction of Women in Situations of Violence. *Psico-USF* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 18]; 24(2): 299-310. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v24n2/2175-3563-psuf-24-02-299.pdf>

22 Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* [Internet]. 1995. [cited 2020 Feb 19]; 20(2):71-99. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4932/4121>

23 Oliveira PP, Viegas SMF, Santos WJ, Silveira EAA, Elias SC. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Jan 15]; 24(1):196-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/0104-0707-tce-24-01-00196.pdf>

24 Nóbrega VKM, Pessoa Júnior JM, Nascimento EGC, Miranda FAN. Resignation, violence and filing complaint: social representations of the male aggressor from the perspective of the female victim of aggression. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 July [cited 2020 Feb 19]; 24(7): 2659-66. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702659&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702659&lng=en)

25 Gomes VLO, Silva CD, Oliveira DC, Acosta DF, Amarijo CL. Domestic violence against women: representations of health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Aug [cited 2020 Feb 19]; 23(4): 718-24. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en)

26 Saffioti H I B. *Gênero, Patriarcado e Violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

27 Namy S, Carlson C, O'Hara K, Nakuti J, Bukuluki P, Lwanyaaga J, et al. Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family.

Social Science Medicine [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 18]; 184: 40-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617302721?via%3Dihub>

28 Safranoff A. Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? Salud Colectiva [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 16]; 13(4): 611-32. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/611-632>

29 Lucena, KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. J Hum Growth Dev. [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 16]; 26(2): 139-46. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n2/03.pdf>

30 Signorelli MC, Taft A, Pereira PPG. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Feb 19]; 23( 1 ): 93-102. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en)

## 5.3 MANUSCRITO 3

**DIMENSÃO PRÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A  
MULHER**

**PRACTICAL DIMENSION OF SOCIAL REPRESENTATIONS OF COMMUNITY  
HEALTH AGENTS ON DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN**

**RESUMO:**

Objetiva compreender a dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. Trata-se de investigação de abordagem qualitativa apoiada na Teoria das Representações Sociais, realizada em Unidades de Saúde da Família de um município do interior da Bahia, com a participação de 30 agentes comunitários de saúde. A produção de dados ocorreu a partir da técnica de entrevista em profundidade e análise lexical; utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) e os dados processados pelo método de Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados revelaram que as práticas assistenciais às mulheres em situação de violência doméstica são pautadas nas dimensões técnica através da visita domiciliar; relacional ancorada na escuta, no vínculo e confiança; orientação pela capacidade de estabelecer um processo de troca de informações e gerencial. Apresentaram concepções sobre serviços e profissionais que compõem a rede de atenção à mulher em situação de violência desvelando fragilidades no trabalho que dificulta o desenvolvimento de ações. Entende-se que os agentes comunitários de saúde são profissionais importantes na prevenção, identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher e necessitam de apoio multiprofissional e intersetorial para atender às demandas dessas mulheres.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gênero e saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT:**

It aimed to understand the practical dimension of the social representations of community health agents about domestic violence against women. This is a qualitative research based on the Theory of Social Representations, carried out in Family Health Units in a municipality in the interior of Bahia, with the participation of 30 community health agents. The production of data occurred from the technique of in-depth interview and lexical analysis, using the *software* IRAMUTEQ (*Interface of R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) and the data processed by the method of Descending Hierarchical Classification. The results revealed that care practices for women in situations of domestic violence are guided by the technical dimensions, through home visits; relational, anchored in listening, bonding and trust; guidance for the ability to establish an information and managerial exchange process. They presented conceptions about services and professionals that make up the care network for women in situations of violence, revealing weaknesses in their work that makes it difficult to develop actions. It is understood that community health workers are important professionals in the prevention, identification and coping of domestic violence against women and need multiprofessional and intersectoral support to meet the demands of these women.

**Keywords:** Violence against women; Community Health agents; Family health strategy; Gender and health; Nursing.

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) é uma temática que tem sido discutida em todo o mundo, apresentando alta prevalência e impacto nos serviços de saúde. Neste estudo, apropriou-se da definição de VDCM como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhes cause morte, lesão, sofrimento psíquico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial tanto no âmbito público quanto privado (BRASIL, 2011).

A VDCM é construída a partir das relações entre homens e mulheres permeadas por desigualdades sociais e de hierarquização entre estes (SAFIOTTI, 2011). Assim, a violência traduz a construção social de gênero que atribui ao homem o poder na relação, a figura de provedor viril e à mulher o objeto de submissão (SCOTT, 1995).

No mundo, estima-se que 35% das mulheres sofrem violência física ou sexual (WHO, 2013). Estudo desenvolvido na Espanha apontou que mulheres que possuem baixa escolaridade e desempregadas oferecem um maior risco de sofrer a violência por seu parceiro apresentando uma prevalência de 24,8% de mulheres que vivenciam o agravo (RUIZ-PEREZ et al., 2017).

No Brasil, pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública revelou que de cada 10 mulheres, três sofrem violência; significa dizer que 16 milhões de mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência, a maioria vivencia a violência no seu domicílio (42%), sendo que namorado ou cônjuge ou companheiro são apontados como principais perpetradores, com 23,8% (BRASIL, 2019).

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

Como parte integrante do setor saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um campo de comunicação, organização e fluxo de usuários e possibilita um atendimento inicial às mulheres em situação de violência. Desse modo, destacando-se ao

exercer um papel fundamental na Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência (RAMSV) (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2017). Dessa forma, os profissionais de saúde da ESF estão envolvidos no processo de enfrentamento da VDCM, entretanto isso requer do profissional uma visão de mundo e de práticas assistenciais que contemplem as questões de gênero (ARBOIT et al., 2018; MARTINS et al., 2018).

Dentre os profissionais de saúde da ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) destaca-se por apresentar a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar, pelo fato de residir na mesma área, estabelecer diálogo e confiança com as mulheres e familiares, podendo em muitos casos identificar as situações de VDCM a partir da própria observação e constituir um elo entre a família e a equipe da ESF (ARBOIT et al., 2018).

Pesquisa realizada sobre a atenção à mulher em situação de violência na ESF apontou que os ACS conseguem estabelecer um diálogo pautado em maior espontaneidade e horizontalidade em comparação a outros profissionais e apresentar uma relação de empatia com as mulheres. Dessa forma, são necessárias políticas públicas que valorizem as práticas dos ACS com atualizações sobre a temática, já que o reconhecimento da VDCM requer um alto grau de consciência, sensibilidade para atuação na prevenção, identificação e enfrentamento (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018).

Nesse contexto, escolheu-se como tema de investigação a dimensão prática das representações sociais de ACS sobre a VDCM, o que implica em reconhecer as representações sociais (RS) como guia e definição conjunta aos diferentes aspectos da realidade diária, de modo a facilitar a interpretação, as tomadas de decisões e a posição frente a elas de forma defensiva (JODELET, 2001). Logo, "representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas, sobretudo em reconstituí-lo, retocá-lo, modificá-lo" (MOSCOVICI, 2012, p.58).

Deste modo, trabalhar as RS de profissionais de saúde é reconhecer a existência de um saber que atrela o saber do senso comum e suas ligações para a constituição de um saber técnico-profissional específico, voltado para objetos oriundos da prática profissional cotidiana ao próprio processo de trabalho (OLIVEIRA, 2014).

Acredita-se que desvelar as práticas assistenciais de ACS às mulheres em situação de violência a partir das suas RS sobre a VDCM suscita reflexões sobre o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades dessas mulheres na ESF e a construção de estratégias que melhorem a articulação entre esse serviço de saúde e os demais setores da RAMSV.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo compreender a dimensão prática das representações sociais de ACS sobre violência doméstica contra a mulher.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa alicerçada na Teoria das Representações Sociais (TRS), através da qual se pode entender como os discursos, as comunicações, imagens e mensagens demonstram o pensamento do outro sobre determinado tema, representando o que cada indivíduo experienciou a respeito do assunto no meio social em que está inserido (MOSCOVICI, 2012). Desta maneira, as RS regem a relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando condutas assim como a difusão e assimilação dos conhecimentos (JODELET, 2001).

A pesquisa foi desenvolvida em 11 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, Bahia, Brasil, a partir dos critérios de inclusão: unidades da zona urbana com equipe dupla ou única e equipes que estivessem completa segundo protocolo do Ministério da Saúde no período da coleta de dados.

Participaram da pesquisa os ACS das USF, selecionados por conveniência. A partir do contato com o enfermeiro supervisor a pesquisadora solicitou um encontro com todos os ACS da equipe da USF para que pudesse convidá-los a participarem do estudo e agendar um dia e horário para a coleta de dados. Como critério de inclusão o ACS deveria estar em atividade funcional e ter mais de seis meses de atuação na USF e como critério de exclusão o ACS que estivesse de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde no período da coleta de dados. Desta forma, 107 ACS compareceram ao primeiro encontro com a pesquisadora e destes, 48 disponibilizaram o telefone para contato posterior.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2019, por entrevista em profundidade guiada por um formulário contendo aspectos sociodemográficos e um roteiro com três blocos de perguntas sobre a temática (a VDCM, formas e fatores precipitadores da VDCM e práticas dos ACS às mulheres em situação de violência doméstica). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em sala disponibilizada na USF de atuação do ACS, de forma individual, com uso de gravador de áudio, com duração média de 50 minutos. A saturação teórica das entrevistas ocorreu a partir da 26ª entrevista, ao observar a repetição de conteúdos e a ausência de novas ocorrências, assim foram realizadas mais quatro entrevistas no intuito de reforçar a percepção. Desta maneira, 30 ACS das 11 USF participaram do estudo.

As 30 entrevistas foram transcritas e organizadas no *software open office 4.0.0* formando o *corpus* para análise lexical que foi processado no *software IRAMUTEQ*

(*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), 0.7 *alpha2* na interface do método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert. A CHD permite a partir do *corpus* original a identificação e organização dos Segmentos de Textos (ST) em agrupamentos de palavras estatisticamente significativas de cada entrevista e transforma em Unidades de Contextos Elementares (UCE). O teste de qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe, quanto mais alto o valor, maior é a associação. Os resultados fornecem também ST mais característicos de cada classe e a representação gráfica denominada dendograma da CHD que apresenta as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013). Assim, o *corpus* de análise foi composto de 30 linhas correspondentes às entrevistas, processadas e analisadas pelo *software* em um tempo de 39 segundos.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, justificativa, riscos e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob CAAE: 07558718.1.0000.0055 e parecer nº 3.233.780/2019, atendendo às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Visando o anonimato, as falas dos participantes foram identificadas pela palavra *Participante* acrescidas do número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

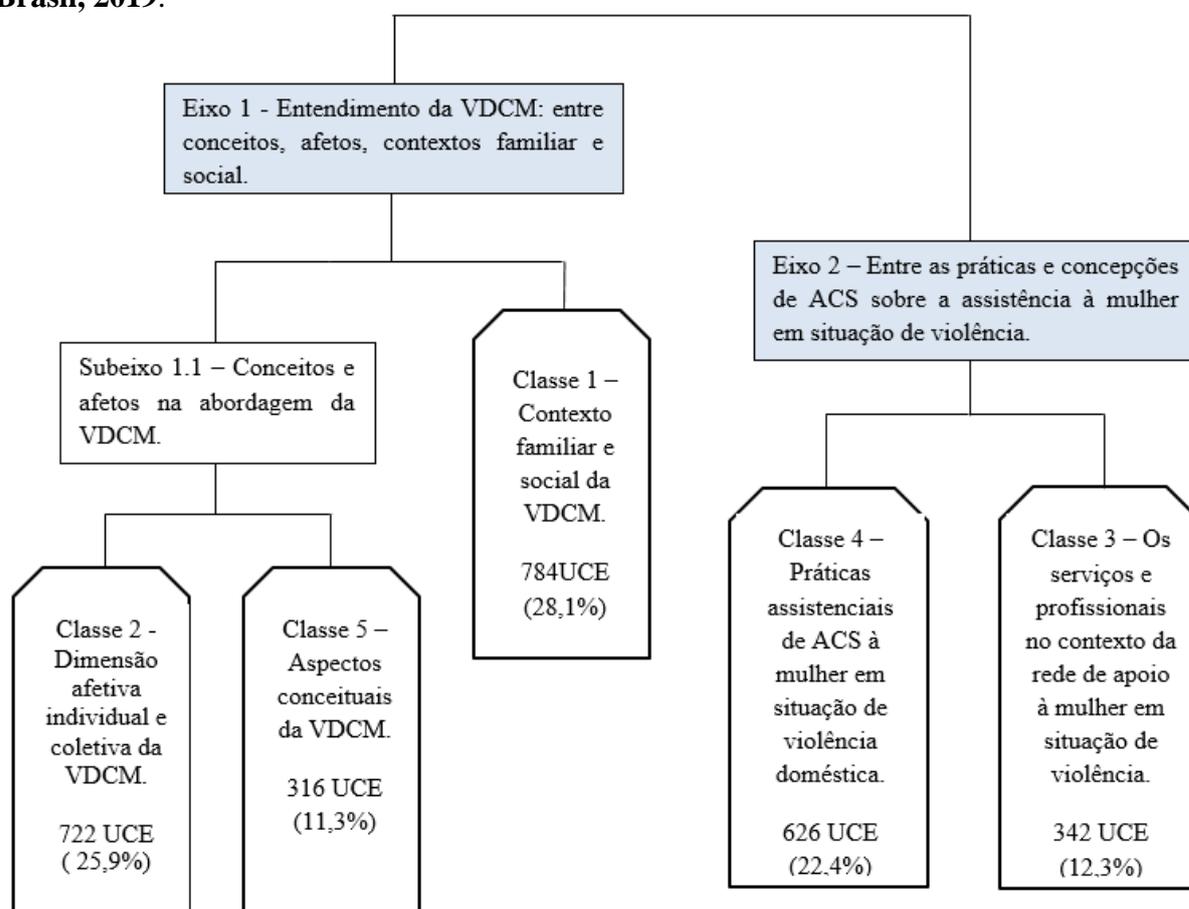
Dos 30 ACS participantes do estudo apenas um era do sexo masculino, a idade variou de 32 a 57 anos, predominando a faixa etária de 32 a 45 anos com 17 participantes, 19 se autodeclararam de cor parda, 15 eram casados, 14 apresentavam ensino superior completo e 24 com renda familiar média de 1 a 3 salários mínimos.

A análise lexical das entrevistas pelo *software* IRAMUTEQ obteve 3.058 segmentos de texto, sendo que destes 2.790 foram analisados representando um aproveitamento de 91,24%. O *corpus* apresentou 5.531 formas, com 106.739 ocorrências, a lematização de palavras obteve um total de 3.207, com 3.020 formas ativas de palavras e 12 formas suplementares. Após o dimensionamento e classificação na CHD os segmentos de texto foram definidos em cinco classes distribuídos em dois eixos de acordo a figura 1.

A figura 1 demonstra as classes organizadas a partir do dendograma da CHD e devem ser lidas da esquerda para a direita. O *corpus* foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2), o eixo 1 se subdividiu em mais um subeixo 1.1 formando as classes 5 e 2 e a classe 1, essa

divisão expressa que as classes 5, 2 e 1 possuem relação de conteúdos, entretanto as classes 5 e 2 possuem uma proximidade ainda maior por estruturarem no mesmo subeixo. O eixo 2 gerou as classes 4 e 3 que mesmo participando do mesmo eixo possuem conteúdos que as diferenciam e justificam a separação em classes distintas.

**Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo a CHD, Jequié, BA, Brasil, 2019.**



Fonte: autora, adaptado a partir do IRAMUTEQ (2019).

Esse estudo se dará na apresentação e discussão do eixo 2 “Entre as práticas e concepções de ACS sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica” formado pela classe 4 “Práticas assistenciais de ACS à mulher em situação de violência doméstica” e classe 3 “Os serviços e profissionais no contexto da rede de atenção à mulher em situação de violência”.

O conteúdo geral do eixo 2 possibilitou compreender a dimensão prática das RS de ACS sobre a VDCM, pois desvelou principalmente sobre o processo assistencial desses profissionais às mulheres em situação de violência e as convicções sobre os serviços e profissionais da RAMSV.

As RS como sistemas de interpretação conduzem a relação da pessoa com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais (JODELET, 2001). Assim, os indivíduos agem em adequação com seus pensamentos (WOLTER; SÁ, 2013), por isso a compreensão das RS auxilia a entender a forma como os ACS se posicionam, atuam no desenvolvimento de seu trabalho e refletir sobre as práticas dirigidas às mulheres em situação de violência doméstica.

### **Práticas assistenciais de ACS à mulher em situação de violência doméstica**

A **classe 4** representou 22,4% do *corpus* analisado com 626 UCE, as palavras mais significativas a esta classe foram: conversar ( $x^2 = 177,82$ ), enfermeiro ( $x^2 = 123,95$ ), procurar ( $x^2 = 112,42$ ), aqui ( $x^2 = 112,32$ ), falar ( $x^2 = 100,04$ ), ajudar ( $x^2 = 96,1$ ), deam ( $x^2 = 88,49$ ), suporte ( $x^2 = 81,49$ ), entre outras.

Os achados do estudo evidenciaram que os ACS alicerçaram suas práticas através da dimensão técnica com o ato da visita domiciliar, a dimensão relacional ancorada na escuta, no vínculo e confiança e na dimensão de orientação pela capacidade de estabelecer um processo de difusão de informações e conhecimentos que podem oportunizar a mulher viver sem violência.

Os ACS relataram o desenvolvimento de suas práticas assistenciais à mulher em situação de violência a partir da visita domiciliar embasada no diálogo e nas orientações que consideram importantes para interromper o ciclo de violência, como o aumento da autoestima. Entretanto, reconhecem que são profissionais que possuem fragilidades no desenvolvimento de suas ações e na resolutividade do agravo, o que faz gerar sentimento de tristeza como pode-se verificar nos relatos:

*Às vezes você não tem oportunidade nem de anotar, chego na visita e às vezes a pessoa só quer conversar e eu vou me sentir uma profissional melhor se der essa assistência de pelo menos ouvir e conversar (Participante 16; Score: 412,31).*

*Então é preciso orientar, ouvir e aumentar a autoestima dela (Participante 18; Score 443,93)*

*A gente tenta fazer o nosso papel de uma forma que eu sei que é muito superficial, orientando, conversando, falando, fazendo a pessoa se enxergar de uma nova maneira, mas assim temos as nossas limitações (Participante 28; Score: 425,11).*

*Eu mesmo me sinto triste, muito triste mesmo de não poder fazer nada sabe, de ver aquela situação e não poder fazer nada, às vezes só a conversa e o ouvir (Participante 24; Score 496,16).*

A visita domiciliar é uma oportunidade que o profissional de saúde tem de observar as condições de vida da mulher, como lesões no corpo, ambiente da casa, relação com os familiares e informações complementares na identificação da situação de violência doméstica (HEISLER et al., 2017). No desenvolvimento das visitas domiciliares os profissionais desenvolvem práticas como a comunicação e a escuta ativa, que potencializam o vínculo e facilitam as orientações que podem contribuir para amenizar e tranquilizar a mulher em situação de violência (CORTES; PARDOIM, 2016).

Nessa direção, os ACS são profissionais que a partir do seu processo de trabalho desenvolvem estratégias de identificação e intervenção no que se refere à VDCM. As visitas domiciliares fortalecem a sua presença no âmbito doméstico, espaço onde podem construir uma relação de vínculo e confiança com as mulheres assumindo um papel de articulador e mediador social (ARBOIT et al., 2018). As orientações visam ajudar e despertar nas mulheres o conhecimento sobre os seus direitos, proteção, valorização como ser humano e o fortalecimento para que elas tenham uma vida sem violência (CORTES; PADOIN, 2016).

No contexto da VDCM, o espaço doméstico é um exemplo de dominação patriarcal, a desigualdade entre os sexos não é algo natural, ela é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais e a superação poderá ser alcançada com o empoderamento dessas mulheres, que significa “atribuir poderes às mulheres, elevando, por exemplo, a sua autoestima” (SAFFIOTI, 2011, p.93).

Observa-se nas RS que os ACS apresentam uma atitude crítica e uma tentativa de minimizar as angústias e dúvidas das mulheres através da orientação. A difusão e assimilação dos conhecimentos são fundamentais no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 2001).

Desta forma, os ACS assumem a posição de principais atores na identificação e enfrentamento da VDCM (ARBOIT et al., 2017). Entretanto, pesquisa realizada sobre as práticas de cuidado de ACS às mulheres rurais em situação de violência demonstrou que esses profissionais de saúde sentem-se impotentes na resolutividade dos casos de VDCM, portanto necessitam do profissional enfermeiro para orientá-los nas suas condutas (ARBOIT et al., 2018).

Nesse interim, os ACS participantes do presente estudo também demonstraram que precisam do apoio e suporte da enfermeira da USF no desenvolvimento de suas práticas assistenciais à mulher em situação de violência. Desta forma, apresentaram a importância do elo estabelecido com a enfermeira por entender que esta profissional é referência em caso de dúvidas e no melhor direcionamento de suas condutas.

*A gente sempre passa as coisas aqui para a enfermeira, para ela poder interagir e ajudar, a gente agenda a conversa e ela orienta (Participante 7; Score: 669,90)*

*A orientação ela é feita, o vínculo em trazer pra aqui pra unidade, pra enfermeira da gente tentar fazer uma visita domiciliar e orientar melhor (Participante 29; Score: 592,34)*

A enfermeira tem um papel singular na assistência à mulher em situação de violência doméstica, na USF é essa profissional que tem a responsabilidade de oferecer suporte e apoio aos técnicos de enfermagem e ACS, a fim de dar resolubilidade aos casos, além de integrar a equipe, elaborar atividades de capacitação para a identificação e os encaminhamentos de usuárias que vivenciam a violência, entre outros (AMARIJO et al., 2018).

Além disso, estudo desenvolvido no Reino Unido/Inglaterra com mulheres em situação de violência doméstica demonstrou que estas reconhecem a importância do papel das enfermeiras que atuam na atenção primária à saúde (APS) no suporte, planejamento dos encaminhamentos aos serviços de apoio e orientação sobre a segurança dessas mulheres (BRADBURY-JONES; CLARK; TAYLOR, 2017).

Assim, para os ACS é fundamental a criação de estratégias que visem modificar as situações de VDCM com a finalidade de superar a fragmentação do processo de trabalho e o fortalecimento das relações com a enfermeira e de alcançar propósitos comuns. Dessa forma, o trabalho em equipe no contexto da ESF deve ser valorizado como meio de solucionar mais facilmente os casos de VDCM e as práticas assistenciais frente ao agravo devem considerar a identificação, notificação e encaminhamento para outros serviços da RAMSV (ARBOIT et al., 2017).

Os ACS do estudo evidenciaram no seu pensamento psicossocial um entendimento que suas práticas assistenciais e da equipe de saúde da família vão muito mais do que as relações estabelecidas com as mulheres, posto que contemplam a dimensão gerencial sobre o agravo como a importância da notificação e encaminhamentos dos casos que necessitam do apoio de outros órgãos da RAMSV, a exemplo da Delegacia Especializada no Atendimento a Mulher (DEAM).

*Aqui tá sempre notificando, eu chegando ela pode confiar, e eu procurar ajudar ela, aconselhando logo a procurar um órgão, encaminhando para algum lugar (Participante 01; Score 455,34).*

*O que faço pra ela é pedir e orientar pra ela procurar a DEAM. (Participante 08; Score: 474,38).*

Os dados gerados pela notificação subsidiam ações e fomentam políticas públicas de enfrentamento da violência e ao notificarem os casos de VDCM, os profissionais de saúde demonstram comprometimento e compreensão sobre a magnitude da problemática. Muitos profissionais de saúde reconhecem a notificação como uma ferramenta para garantir os direitos e proteção das mulheres em situação de violência, entretanto, encontram dificuldades em realizar a notificação dos casos em virtude da falta de preparo, do medo de ameaças e da insegurança pela falta de habilidades em lidar com a diversidade de desdobramentos inerentes a esse contexto (NASCIMENTO et al., 2019).

Os profissionais de saúde da USF percebem que nem sempre as intervenções na rede básica de saúde trazem resultados e o encaminhamento para outros serviços se faz necessário para a continuidade de atenção às mulheres (CORTES; PANDOIN, 2016). As diversas demandas da mulher em situação de violência doméstica exige um conjunto articulado de ações intersetoriais seja de cunho policial, jurídico, social, de saúde, entre outros (SANTOS; FREITAS, 2017).

Ressalta-se que em 2014, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), metade dos atendimentos às mulheres que sofreram violência teve algum tipo de encaminhamento, destacando principalmente as delegacias de polícias gerais, a DEAM, o Ministério Público e o Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) (WASELFISZ, 2015).

Nesse sentido, no imaginário social dos ACS revela-se que a assistência às mulheres em situação de violência comporta uma dimensão técnica, uma dimensão relacional e uma dimensão de orientação, mas também existe uma dimensão gerencial que assume uma prática de interação e compartilhamento de ações entre os profissionais, na tentativa de favorecer a atenção integral a essas mulheres.

### **Os serviços e profissionais no contexto da rede de atenção à mulher em situação de violência**

A **classe 3** apresentou 12,3% da análise do *corpus* com 342 UCE, em sua constituição podem ser observadas as seguintes palavras: saúde ( $x^2 = 239,5$ ), unidade ( $x^2 = 224,72$ ), grupo ( $x^2 = 155,27$ ), psicólogo ( $x^2 = 123,44$ ), terapia ( $x^2 = 120,31$ ), funcionar ( $x^2 = 85,09$ ), agente

comunitário ( $x^2 = 80,21$ ), dever ( $x^2 = 76,95$ ), público ( $x^2 = 75,39$ ), capacitação ( $x^2 = 70,66$ ), entre outras. Essa classe apresentou as concepções dos ACS sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento de suas práticas assistenciais à mulher em situação de violência pela ausência da articulação intersetorial entre as USF e demais serviços que compõem a RAMSV. Para esses profissionais de saúde a rede existe, entretanto os serviços não conseguem articular as atividades com as unidades de saúde, como observado nas falas:

*Eu acho que essa rede que existe ela precisa se conectar mais, a gente precisa da presença, saber que eles (serviços) existem, eles precisam aparecer mais aqui na unidade de saúde, precisa interagir mais com a gente (Participante 12; Score 622,26).*

*E as áreas que realmente trabalham com isso a DEAM, o CRAS realmente poderiam dar um suporte maior às unidades (Participante 17; Score: 323,46.)*

A articulação entre os serviços de atenção às mulheres em situação de violência precisa ser permeada pelo diálogo e contato com os profissionais de forma coletiva, envolvendo as definições institucionais sobre os papéis que cada um pode exercer na rede (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016). A desarticulação da RAMSV traz o descontentamento dos profissionais e prejudica a continuidade da assistência, já que a VDCM pode ter demandas de atendimento em vários setores para a efetividade das ações (SANTOS; FREITAS, 2017).

O conteúdo representacional dos ACS sobre as dificuldades do trabalho em RAMSV correlaciona aos diferentes conhecimentos construídos pelo grupo, tanto com base no conhecimento reificado sobre o enfrentamento da VDCM, como no conhecimento técnico-profissional que rege as proposições teóricas e também vivenciais que entram em jogo no desenrolar das práticas profissionais cotidianas (OLIVEIRA, 2014).

A cooperação entre os diferentes serviços é a base para superar obstáculos que impedem a constituição de uma rede efetiva. As equipes de saúde da família não conseguem atender de forma isolada todos os tipos de demanda, precisam buscar apoio de outros setores que compõem a rede intersetorial através do trabalho com protocolos e fluxos de atendimento (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015).

Os ACS demonstraram a importância das relações que precisam ser construídas e a necessidade da participação de profissionais que não fazem parte da equipe de saúde da família, como os psicólogos e assistentes sociais no enfrentamento da VDCM e que mesmo de forma isolada a USF vem desenvolvendo atividades como os Grupos de Terapia

Comunitária. Dessa forma, percebe-se que no imaginário social desses profissionais de saúde há o entendimento da dimensão psicossocial, os aspectos psicológicos e sociais das mulheres que precisam ser valorizados e articulados à corresponsabilidade de todos os profissionais da RAMSV.

*Falta um assistente social e um psicólogo nas unidades de saúde, se a gente tivesse ia melhorar bastante, já facilitaria, o psicólogo já ajudaria (Participante 19; Score: 730,32)*

*Não existe atividade na unidade só o grupo mesmo de terapia que tem ajudado, até agora mesmo fizemos um grupo e vamos identificar e trazer as pessoas que querem a terapia (Participante 3; Score 581,15).*

*Tem a terapia, a gente traz ela pra o grupo de terapia comunitária, tem mulheres que desabafam aqui e choram (Participante 4; Score 428,56).*

A sensibilidade dos profissionais de saúde na atuação com base na perspectiva biopsicossocial do processo saúde-doença é fundamental tendo em vista a complexidade da VDCM (MARTINS et al., 2018). O compromisso do profissional de saúde em recorrer nos casos necessários a outros profissionais dos serviços da rede reflete que esperam apoio, suporte e a continuidade da assistência para que as mulheres possam construir uma perspectiva de vida sem violência (CORTES; PADOIN, 2016).

Os conteúdos representacionais dos ACS incentivam a articulação de ações entre as equipes, no intuito de permitir a integração de saberes profissionais diante das necessidades de assistência à mulher em situação de violência. Assim, a atuação multiprofissional precisa apoiar-se em uma prática na qual os profissionais dos serviços diversos atuem em conjunto. Nessa direção, destaca-se a necessidade de compreender a VDCM para além das lesões físicas, além do aspecto biológico, com atuação como agentes de promoção da saúde constituintes de uma rede de serviços que busquem enfrentar a violência (CORTES; PADOIN, 2016).

Considerando a necessidade de apoio psicológico e/ou social, a maioria das mulheres que vivenciam violência, atendidas na ESF, deveria ter o apoio do psicólogo e/ou assistente social que compõe o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). A partir da abordagem interdisciplinar e ações de apoio matricial os profissionais do NASF fortalecem as práticas de cuidado à saúde na ESF, através do planejamento, educação continuada e promoção da saúde (BARROS et al., 2015) inclusive de enfrentamento da VDCM. No município do estudo não há equipes do NASF implantadas, o que justifica a criação de Grupos de Terapia Comunitária

na ESF, com o objetivo de apoiar as questões psicossociais de mulheres em situação de violência.

A terapia comunitária mostra-se como uma estratégia eficaz de escuta comunitária que pode ser desenvolvida na ESF, posto que não cuida somente de pessoas doentes, nem somente com sintomas, mas especialmente dos sentimentos, dos desejos e das necessidades destas. Os participantes são convidados a mergulharem em suas raízes culturais, religiosas e comunitárias, aprendem a partilhar com outros suas dores e histórias de vida, constroem seus próprios caminhos a partir de si mesmas e conseguem transformar seu sofrimento em crescimento pessoal (ARAÚJO et al., 2018).

A partir dos relatos observou-se que os ACS se percebem como profissionais de saúde importantes e essenciais pelo vínculo estabelecido com as mulheres e evidenciaram-se como principal ator na comunicação entre usuários e unidade de saúde. No entanto, referiram não possuir os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da VDCM, ressaltando a falta de capacitação da equipe de saúde da família como um limite no trabalho desenvolvido no contexto da RAMSV.

*O agente comunitário tem um papel muito importante, a gente se sente importante porque é importante dentro da unidade, é a gente que traz os problemas de lá pra cá (Participante 15; Score: 695,93).*

*Tinha que capacitar os profissionais de saúde pra trabalhar com a violência, não tem, nunca teve, eu tenho 22 anos de agente comunitário de saúde eu nunca fui capacitada pra trabalhar, pra lidar com a questão da violência da mulher (Participante 19; Score: 414,23).*

A proximidade entre os serviços de saúde e a comunidade torna-se um importante instrumento que permite o cuidado mais efetivo, este se fortalece ao estabelecer elos formando rede que permite um olhar mais direcionado frente às situações de VDCM (OLIVEIRA et al., 2015). Desta forma, a prática assistencial cotidiana do ACS favorece a construção de uma relação pautada no vínculo, sendo na maioria das vezes, o primeiro profissional que as mulheres expõem a violência vivenciada e que acaba constituindo um dos principais contatos dessas mulheres com o campo da saúde e com os demais serviços de atendimento (ARBOIT et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2015).

Os resultados revelaram que as concepções dos ACS sobre a responsabilidade dos serviços de saúde na atenção à mulher em situação de violência estão em conformidade com a

orientação ministerial e política, segundo a qual a atenção à saúde deve ser prestada de modo intersetorial e multiprofissional em prol de um objetivo comum (BRASIL, 2011). As RS expressam como os sujeitos apreendem os fatos envolvendo as experiências, as práticas, modelos de conduta e pensamentos transmitidos pela sociedade que os indivíduos estão ligados (JODELET, 2001).

Assim, a atenção à mulher em situação de violência é permeada pela reconstrução coletiva através dos diferentes saberes representadas pelos diferentes serviços, entretanto um dos entraves para a articulação dos serviços em rede de atenção é o desconhecimento dos profissionais sobre o funcionamento dos serviços. O processo de interação entre vários setores que integram a rede só se consolidará por meio do conhecimento mútuo, isso envolve informações sobre suas atribuições, localização, referência e contrarreferência (CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Corroborando com o presente estudo, pesquisa realizada com ACS na cidade de Palmas/TO apresentou que há um desconhecimento por parte desses profissionais quanto à conduta adequada em atuar frente à VDCM e o de direcionamento adequado na RAMSV para a assistência à mulher em situação de violência, sendo necessário cursos de atualização sobre a temática (LIMA; PACHECO, 2016).

No cenário internacional, também versa a falta de capacitação dos profissionais de saúde frente à VDCM, em pesquisa desenvolvida na Turquia com médicos da família e enfermeiros foi identificado que esses profissionais referem falta de conhecimento para lidar com as situações de violência por parceiro íntimo, demonstrando inabilidades nas notificações dos casos e encaminhamentos (TASKIRAN; OZSAHIN, 2019).

O despreparo para lidar com a VDCM gera dificuldades em identificar os casos e como lidar com as situações, o desconhecimento sobre o trabalho coordenado em rede pode gerar nas mulheres o isolamento e dificultar a rota crítica, ou seja, a mulher pode ser encaminhada para serviços onde não encontrará respostas para sua demanda. Desta forma, é necessário adotar práticas de atualização de conhecimentos sobre o agravo, discussão dos casos e entendimento do fluxograma dos serviços que compõe a RAMSV para a promoção de mudanças efetivas na assistência às mulheres em situação de violência doméstica (VIEIRA; HASSE, 2017).

## CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou compreender a dimensão prática das RS de ACS sobre a VDCM, apropriando como versa o saber reificado, o senso comum e o conhecimento técnico-profissional de forma a auxiliar na orientação de condutas frente ao agravo.

Os ACS trazem no seu imaginário social que a visita domiciliar é uma prática assistencial e uma estratégia de abordagem da VDCM, apropriando-se da dimensão técnica. Nessa direção, durante as visitas domiciliares os ACS utilizam a dimensão relacional apoiado na escuta ativa e vínculo como ferramentas essenciais que favorecem a qualidade da sua assistência, e a dimensão de orientação utilizada como forma de trocas de informações às mulheres sobre a VDCM e produção de sua autonomia. Os ACS também refletiram sobre a importância da notificação dos casos de VDCM e os encaminhamentos aos serviços que fazem parte da RAMSV, ao trazerem no seu pensamento social a dimensão gerencial das práticas assistenciais às mulheres em situação de violência.

De modo geral, as práticas assistenciais dos ACS frente à VDCM contam com o suporte da enfermeira das USF para as diversas trocas de saberes e experiências sobre o agravo, referindo essa profissional como responsável pelo direcionamento de suas ações.

Os ACS também apresentaram suas concepções sobre os serviços e profissionais que compõem a RAMSV ao desvelarem as fragilidades no trabalho em rede. Os resultados apontaram uma desarticulação dos serviços de saúde com outros serviços especializados que compõem a RAMSV, dificuldades que a equipe de saúde da família tem em desenvolver algumas práticas assistenciais pela ausência de psicólogos e assistentes sociais que deem suporte aos aspectos psicossociais das mulheres e a falta de capacitação profissional sobre a temática da VDCM e o trabalho em rede. Ressalta-se ainda que o município onde o estudo foi realizado, não conta com equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que poderiam minimizar esta lacuna.

Desta forma, entende-se que os ACS são profissionais importantes na prevenção, identificação e enfrentamento da VDCM e necessitam de apoio multiprofissional e intersetorial para atender às demandas das mulheres em situação de violência. Entende-se que o estudo traz benefícios para os profissionais da RAMSV, para o ensino e pesquisa em saúde e enfermagem, pois consiste em fornecer evidências sobre as concepções e práticas assistenciais de ACS às mulheres em situação de violência e as fragilidades encontradas nas condutas profissionais no contexto da rede de atenção. Assim, visualiza-se a necessidade de apropriação da temática da VDCM através de espaços de reflexão para os ACS, profissionais

das diferentes áreas, gestores e universidades, no intuito de ressignificação das práticas profissionais no contexto da ESF e RAMSV.

Esta pesquisa apresenta limitações por ter sido desenvolvida apenas nas USF e em apenas um município do interior da Bahia. Desta forma, ressalta-se que existem várias possibilidades de estudos a serem realizados de modo a ampliar o conhecimento científico sobre a temática que compreendam a VDCM, os ACS e a RAMSV.

## REFERÊNCIAS

AMARIJO, C. L. et al. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26, e33874, p. 1-7, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Kahully-pc/Downloads/33874-133525-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mar 2020.

ARAÚJO, M. A. M, et al. A Terapia Comunitária – criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 19, p. 71-76, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602018000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

ARBOIT, J. et al . Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo , v. 51, e03207, 2017 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en). Acesso em: 31 Mar. 2020.

ARBOIT, J. et al. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*. [online], v.27, n.2, p.506-517, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000200506&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200506&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) . Acesso em: 20 mar. 2020.

BARROS, J. O. et al . Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=en) . Acesso em: 20 mar. 2020.

BRADBURY-JONES, C.; CLARK, M.; TAYLOR, J. Abused women’s experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of Advanced Nursing*, [online], v. 73, n.12, 2017. p. 3189–3199. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28072474>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília,DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a->

violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres . Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf> . Acesso em: 7 mar. 2020

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS.[Internet]. 2013 Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> . Acesso em: 20 jan. 2020

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Intentionality of the action of caring for women in situations of violence: contributions to Nursing and Health. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, e20160083, 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400202&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400202&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 20 mar. 2020.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; KINALSKI, D. D. F. Instruments for articulating the network of attention to women in situation of violence: collective construction. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre , v. 37, n. spe, e2016-0056, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000500420&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500420&lng=en&nrm=iso&tlng=en) Acesso em: 20 mar. 2020.

HEISLER, E. D. et al. Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. *Ciências, Cuidado e Saúde*, [online], v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348>. Acesso em: 10 mar. 2020.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *As Representações Sociais*. Tradução Lílian Ulup. Editora UERJ, p. 17-44. Rio de Janeiro, 2001.

LIMA, N. J. S. O.; PACHECO, L. R. violência doméstica contra a mulher na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Enfermagem da UFPE*, [online], Recife, v.10, Supl. 5, p. 4279-4285, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Kahully-pc/Downloads/11174-24994-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kahully-pc/Downloads/11174-24994-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020

MARTINS, L. C. A. et al. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], v.39, e2017- 0030, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-01-e2017-0030.pdf> . Acesso em: 20 mar. 2020.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NASCIMENTO, V. F. et al. Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município mato-grossense. *Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR*, [online], v. 23, n. 1, 2019, p. 15-22. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625/3725>. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, A. M. N. de et al. Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: preventing domestic violence. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 424-431, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200424&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200424&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 10 mar. 2020.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: OLIVEIRA, A. M.; ALMEIDA, M. F. S. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília, Editora: Technopolitik, 2014, p. 774-829.

RUIZ-PÉREZ, I. et al. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Atención Primaria*, v. 49, n. 2, 2017, p. 93-101. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301767#!>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, Patriarcado e Violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

SANTOS, W. J.; FREITAS, M. I. F. F. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 21, e-1048, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1186> . Acesso em: 20 mar. 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667> . Acesso em: 10 mar. 2020.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, 2018, p. 93-102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en). Acesso em: 20 jan. 2020

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, Jan. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100249&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100249&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en) . Acesso em: 31 Mar. 2020.

TASKIRAN, A. C.; OZSAHIN, A.; EDIRNE, T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Primary Health Care Research & Development* v. 20, e-96, 2019. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/intimate-partner-violence-management-and-referral-practices-of-primary->

care-workers-in-a-selected-population-in-turkey/9DE1AAF873433BE2D06619801C2932FD. Acesso em: 20 mar. 2020.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. *Interface*, Botucatu, v. 27, n. 60, p. 51-62, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005021101&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016005021101&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em: 15 mar. 2020

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília, DF: ONU Mulheres, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/39xDCHk> . Acesso em: 7 mar. 2020.

WOLTER, R. P.; SÁ, C. P. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido, *Revista internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, Roma, Itália, v. 23, n. 1-2, 2013. p. 87-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1). Acesso em: 7 mar. 2020.

## 6 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou analisar as RS de ACS sobre a VDCM, temática inserida no cotidiano dos indivíduos e grupos sociais, que necessita ser amplamente discutida. Constatou-se no decorrer do trabalho que a TRS como referencial teórico-metodológico mostrou-se adequada para a compreensão do pensamento social do grupo sobre a VDCM. Através da utilização de multimétodos foi possível identificar a estrutura e os diferentes conteúdos constituintes da RS de ACS sobre a VDCM, conforme as abordagens estrutural e processual.

No estudo da estrutura representacional do grupo sobre a VDCM, utilizou-se a técnica de evocações livres de palavras para a apreensão dos elementos compartilhados e cognitivamente ativados ao termo indutor VDCM. A partir da análise prototípica os cognemas agressão física, desrespeito e xingamento apresentaram como possíveis elementos centrais. Os elementos falta de amor e tristeza apresentaram no quadro de quatro casas na primeira periferia; ciúmes, dependência financeira, drogas, machismo, medo e morte na segunda periferia e na zona de contraste os elementos abuso sexual, covardia, maus-tratos e raiva. A análise de similitude por coocorrência foi aplicada para uma demonstração e visualização da organização da estrutura representacional desses elementos e apresentou a agressão física como o elemento com maior número de conexidade entre os termos.

Diante desses achados, foram realizados testes essenciais para verificação e definição da centralidade dos elementos e o papel que os termos exercem na representação. No método *choix-par-bloc*, observou-se que os elementos agressão física, maus-tratos e tristezas foram apontados como centrais refletindo sobre as dimensões conceitual, imagética e afetiva das representações de ACS sobre a VDCM.

Na análise da constituição por pares de palavras resultou como elementos centrais desrespeito, machismo, falta de amor e tristeza, observando uma dimensão atitudinal e afetiva relacionada à vida cotidiana de ACS frente às situações de VDCM. No *mise-en-cause* como pode-se constatar nos resultados, para os ACS, os elementos inegociáveis para a VDCM foram desrespeito, tristeza e covardia. Assim, foram ativados elementos normativos e funcionais, destacando-se que o termo tristeza apresentou-se como central em todos os testes.

Diante do exposto, foi possível identificar que a centralidade das RS de ACS sobre a VDCM ocorreu para os elementos desrespeito e tristeza, pela confirmação em três métodos aplicados. Observou-se que os ACS organizam seu pensamento através desses dois elementos

centrais, que atribui à representação sentidos negativos ao posicionamento do grupo diante do agravo e suas repercussões. Desta forma, as representações desses profissionais estão organizadas em torno da dimensão atitudinal através do termo desrespeito e da dimensão afetiva definida pela tristeza.

Ao tempo, o desrespeito constitui um elemento normativo, compreendido como uma atitude do agressor em relação à mulher, refere-se ao sistema de valores dos sujeitos e atribui um aspecto social ao núcleo. Já a tristeza desempenha um papel funcional, um sentimento cultivado pelos ACS frente aos atos de VDCM e frente à sua realidade e práticas sociais.

Assim, os elementos do núcleo central organizaram e modelaram esta representação e o sistema periférico sustentou todo arcabouço de pensamento dos ACS sobre a VDCM. Ao longo da análise do estudo, os conteúdos imersos das entrevistas apresentaram aspectos teóricos e práticos do cotidiano de trabalho que entrelaçaram aos elementos demonstrados na estrutura representacional de ACS sobre a VDCM.

A abordagem processual contribuiu na apreensão dos conhecimentos, saberes, atitudes e afetos sobre o objeto de estudo que direcionam as práticas assistenciais de ACS às mulheres em situação de violência doméstica. Assim os conteúdos representacionais dos ACS sobre o fenômeno social foram analisados a partir da CHD e trouxeram na dimensão conceitual e na dimensão prática elementos que construíram as representações apresentadas.

Sobre a dimensão conceitual os ACS demonstraram os aspectos que tornam mais familiar o contexto das mulheres em situação de violência doméstica, emergindo convicções, crenças e sentimentos individuais e coletivos destes profissionais. Nos discursos os ACS mostraram a partir dos conhecimentos-conceitos-saberes as formas da VDCM incluindo a violência física, sexual e psicológica. Apontaram sentimentos que perpassam a vivência da mulher na situação de violência doméstica e a sua permanência no ciclo de violência ancorada no medo, no amor pelo companheiro, na falta de amor próprio, na dependência financeira e no medo da morte. Todo esse contexto levou os ACS a demonstrarem sentimento de tristeza, raiva e revolta frente às situações de VDCM e a sensação de vulnerabilidade como profissional de saúde.

Diante disso, as representações dos ACS reforçaram os contextos familiar e social baseado na assimetria de poder, na construção de papéis sociais e comportamentos legitimados aos homens e mulheres na família e sociedade. A VDCM trata-se de um fenômeno complexo, multifacetado que atinge todos os membros da família, com reflexos para os filhos e contribui para a violência intergeracional.

Neste interim, a dimensão conceitual traz elementos que foram ativados através dos métodos utilizados na abordagem estrutural, o que reforça a sustentação e complementaridade das duas abordagens no estudo das RS. Ao reportar-se aos elementos centrais desrespeito e tristeza, observou-se que eles gerenciam os conteúdos dos ACS sobre a VDCM e os elementos periféricos fornecem um sentido e apoiam a ideia do campo representacional.

Por outro lado, a dimensão prática das representações dos ACS sobre a VDCM apresentou os conhecimentos sobre o processo assistencial desses profissionais às mulheres em situação de violência doméstica e as convicções sobre os serviços e profissionais da RAMSV. Os conhecimentos-conceitos-saberes sobre a VDCM auxiliam na implementação de práticas assistenciais efetivas às mulheres que vivenciam a violência doméstica e que se concretizam a partir das dimensões técnica, relacional e de orientação.

Os ACS evidenciaram que alicerçam suas práticas através de aspectos técnicos como a visita domiciliar; relacional ancorada na escuta, no vínculo e confiança; e orientação através de informações que oportunizem a mulher viver sem violência. Assim, as práticas mantêm relações com suas representações, ou seja, não se limitam ao tratamento físico, mas ao vínculo solidário, respeitoso e acolhedor.

Neste sentido, ressaltaram a necessidade do suporte de enfermeiros, referindo-os como responsáveis pelo direcionamento de suas ações, assim como de outros profissionais que fazem parte dos serviços da RAMSV como psicólogos e assistentes sociais, enfocando a dimensão psicossocial na assistência a essas mulheres.

Entretanto, os conteúdos representacionais dos ACS apresentaram as fragilidades no desenvolvimento do trabalho em rede e desarticulação dos serviços de saúde com outros serviços especializados que compõem a RAMSV. Outra dificuldade apontada reflete sobre a falta de capacitações sobre a temática, o que reforça os sentimentos de medo e de tristeza na tomada de decisões e direcionamento de condutas.

Neste sentido, os ACS apontaram a tristeza retomando a dimensão afetiva, por reconhecerem que são profissionais que possuem fragilidades no desenvolvimento de suas ações e na resolutividade do agravo. Estas concepções e sentimentos dos ACS despertam o interesse em vislumbrar novos caminhos para as mulheres em situação de violência doméstica, para os profissionais de saúde e gestores no sentido de mudanças de práticas frente ao objeto representacional.

Frente a isto, percebe-se que as representações aqui analisadas trazem a objetividade e subjetividade dos ACS sobre a VDCM, aí se encontra o embasamento dos estudos alicerçados na TRS, pois as representações sociais têm como fundamento o indivíduo e os grupos sociais,

e sua constituição acontece no compartilhamento desses conhecimentos, comportamentos, sentimentos, atitudes, crenças, valores e ideias.

Ao iniciar o estudo afirmou-se que as representações sociais de ACS sobre a VDCM agregam saberes, conhecimentos, atitudes e afetos que refletem na organização e condução das práticas assistenciais voltadas à prevenção, identificação e enfrentamento deste agravo. Assim, a partir dos resultados obtidos considera-se que essa tese foi confirmada e os objetivos alcançados.

A VDCM é um fenômeno social que necessita de uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, delineada pelo conhecimento científico, pelo senso comum e pelo conhecimento técnico-profissional. Desta maneira, apesar das condições adversas de trabalho, pouco suporte e limitações, os ACS incorporam nas suas representações a corresponsabilidade como profissional de saúde no enfrentamento da VDCM.

Neste cenário, apontam-se os enfermeiros com a função de realizar as supervisões dos ACS e treinamentos em uma perspectiva direcionada à abordagem da VDCM. É importante priorizar discussões e reflexões para novos caminhos que priorizem práticas assistenciais particular para cada mulher que vivencia a violência, orientações com a família e sociedade e a construção articulada com os serviços e profissionais da RAMSV.

Sendo assim, ao final deste estudo, pretende-se trazer outras contribuições para os ACS, mulheres em situação de violência e a RAMSV através do ensino, pesquisa e extensão. Vislumbra-se um projeto de extensão que objetive articular os ACS, as equipes de saúde da família, profissionais dos serviços que compõe a RAMSV, gestores municipais e universidade.

Desta forma, será preciso ampliar discussões sobre a temática incluindo a problematização de gênero, as implicações à vida da mulher, bem como da família e sociedade. Realizar rodas de conversa com os profissionais dos serviços das RAMSV propondo informar aos ACS sobre o papel que cada serviço e profissionais desenvolve para o enfrentamento da VDCM e a importância do fortalecimento do apoio entre os serviços. A partir disso, construir conjuntamente com profissionais, gestores e universidade um fluxograma e protocolo de assistência à mulher em situação de violência.

No ensino, pretende-se através do Curso de Graduação em Enfermagem da UESB trazer discussões sobre o trabalho do ACS na prevenção, identificação e enfrentamento da VDCM como meio de sensibilizar os futuros enfermeiros para a corresponsabilização diante das situações de violência doméstica.

Por fim, as RS de ACS sobre a VDCM despertaram inquietações para pesquisas futuras alinhadas com outras instituições de saúde, serviços da RAMSV e gestores municipais, a fim de desvelar conhecimentos, saberes, atitudes e práticas relacionadas às situações de VDCM.

## REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253p.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2.ed. Goiânia: AB, 2000.
- ACOSTA, D. F. *et al.* Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e61308, jul. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-4472018000100417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4472018000100417&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 jan. 2020.
- AFKHAMZADEH, A. *et al.* Domestic violence against women in western Iran: prevalence and related factors. **International Journal of Human Rights in Healthcare**, v. 12 n. 5, p. 364-372, nov. 2019. Disponível em: [https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/domestic-violence-against-women-in-west-of-iran-the-prevalence-and-Acm0hIr5VA?impressionId=5db9531e10135&i\\_medium=docview&i\\_campaign=recommendations&i\\_source=recommendations](https://www.deepdyve.com/lp/emerald-publishing/domestic-violence-against-women-in-west-of-iran-the-prevalence-and-Acm0hIr5VA?impressionId=5db9531e10135&i_medium=docview&i_campaign=recommendations&i_source=recommendations). Acesso em: 10 jan. 2020.
- ALBUQUERQUE, J. B. C. *et al.* Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 382-390, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/18941>. Acesso em: 08 jan. 2019.
- ALI, P.; MCGARRY, J.; DHINGRA, K. Identifying signs of intimate partner violence. **Emergency Nurse**, Grã-Bretanha, v. 23, n. 9, p.25-29, fev. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26853673/>. Acesso em: 10 jan. 2020
- ALMEIDA, A. A. *et al.* **Curso de Qualificação de agentes comunitários de saúde - ACS**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Caderno 2, 1.ed. revista e ampliada, Belo Horizonte, 2018.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 257-267, dez. 2000. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2000000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300005) Acesso em: 15 jan. 2020.
- AMARIJO, C. L. *et al.* Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.26, e33874, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33874>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- AMARIJO, C. L. *et al.* Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.25, e23648, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23648>. Acesso em: 19 abr. 2020.

ARAÚJO, M. A. M. *et al.* A Terapia Comunitária – criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 19, p. 71-76, jun. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602018000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

ARBOIT, J. *et al.* Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.51, e03207, abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en). Acesso em: 31 mar. 2020.

ARBOIT, J. *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 27, p. 506-517, jun. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902018000200506&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902018000200506&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 20 jan. 2020.

ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. **Atención Primaria**, Barcelona, v.52, n.1, p. 14-21, jan. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718301215?via%3Dihub>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ARENDDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

ASLAN, E. *et al.* Exposure to domestic violence in women living in Istanbul and Aegean regions: a Turkish sample. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.2835-2844, ago. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000802835&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000802835&lng=en). Acesso em: 20 abr. 2020.

AUBERT, J.; ABDI, G. Représentations sociales de la gymnastique chez des enseignants stagiaires d'éducation physique et sportive et choix d'enseignement. **Staps**, v.59, n.3, p. 9-22. 2002. Disponível em: <https://www.cairn.info/vie-privee.php#cookies>. Acesso em: 5 maio 2019.

BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, Florianópolis, v.25, n.31, p. 239-264, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/191>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 449-469, maio/ago. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008) Acesso em: 10 jan. 2020.

BARROS, J. O. *et al.* Matrix support strategies: the experience of two Family Health Support Centers (NASFs) in São Paulo, Brazil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 9, p. 2847-2856. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902847&lng=en&nrm=iso&tlng=en) . Acesso em: 20 mar. 2020.

BARSTED, L. L. O avanço legislativo no enfrentamento da violência contra as mulheres. *In*: LEOCÁDIO, E.; LIBARDONI, M. (org.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília, DF: AGENDE, 2006.

BOTT, S. *et al.* Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista do Panamá Salud Publica**, v.43, e26. 2019. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50485>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRADBURY-JONES, C.; CLARK, M.; TAYLOR, J. Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 73, n.12, p. 3189–3199. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28072474>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 26 Mar 2006b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf). Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de setembro de 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Temático prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_n5\\_p1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/viva/2007/vivadescr\\_06\\_07.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/viva/2007/vivadescr_06_07.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2018**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33410&Itemid=432](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432). Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: 2006a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano CLII, nº 46, p. 1, 10 mar. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/13104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13104.htm). Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 de janeiro de 2018b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm). Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BROCH, D. *et al.* Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, Divinópolis, v.7, e1630. 2017. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1630>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BROCH, D. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 10, p. 3743-3750, out. 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/11439-26312-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/11439-26312-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 10 jan. 2020.

BRUHN, M. M.; LARA, L. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v.6, n.2, p.70-86, jul. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238152X2016000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238152X2016000200005&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 fev. 2020.

CALAZANS, M.; CORTES, I. O processo de criação, aprovação, implementação da lei Maria da Penha. In: CAMPOS, C. H. (org.). **Lei Maria da Penha Comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. p.39-63.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS**. 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CAMPOS, P. H. F. Editorial da seção – O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 42-46, out. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30664>. Acesso em: 5 fev. 2020.

CARDOSO, B. L. A.; COSTA, N. Marital Social Skills and Marital Satisfaction of Women in Situations of Violence. **Psico-USF**, Campinas, v.24, n.2, p. 299-310, jul. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v24n2/2175-3563-pusf-24-02-299.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Marital violence context after the Maria da Penha law: a grounded theory study. **Revista Cogitare enferm**, Curitiba, v. 24, e59431. 2019. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59431/pdf_en). Acesso em: 15 jan. 2020.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em: 10 mar. 2019.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Intentionality of the action of caring for women in situations of violence: contributions to Nursing and Health. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160083, ago. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400202&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400202&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 20 mar. 2020.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; KINALSKI, D. D. F. Instruments for articulating the network of attention to women in situation of violence: collective construction. **Revista**

**Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e2016-0056, jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-4472016000500420&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4472016000500420&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 20 mar. 2020.

CROMBIE, N.; HOOKER, L.; REISENHOFER, S. Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 26, n. 15-16, p.2100-2125, ago. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27412048/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CRUZ, S. T. M.; ESPÍNDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A. Violência de gênero e seus autores: representações dos profissionais de saúde. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 3, p. 555-567, set./dez. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000300555&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000300555&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

DARMAU, E.C.; TERRA, M.F. Registro de violência doméstica de gênero nos prontuários-família na Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Médicos do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v.64, n.1, p. 35-39, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/506>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DURAND, J. G. *et al.* Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.355-64, abr. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso: 05 mar. 2020.

FEITOSA, A. L. X. *et al.* **Atendimento a mulher que sofre violência doméstica na Estratégia de Saúde da Família**. In: Congresso Internacional de Enfermagem. Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society May 9-12, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6030/2384>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M. L. **Anatomie des idées ordinaires**. Paris: Armand Colin, 2003. 176p.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00062317, mar. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=en). Acesso em: 19 fev. 2020.

GOMES, N. P. *et al.* Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.4, p. 504-508, out./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n4/19.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

GOMES, N. P. *et al.* Cuidado oferecido a la mujer en situación de violencia conyugal: teoría fundamentada en los datos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.12, n.4, p.2. 2013. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printFriendly/4138/html\\_51](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printFriendly/4138/html_51). Acesso em: 19 fev. 2020.

GOMES, V. L. O *et al.* Domestic violence against women: representations of health professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 718-724, ago. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en). Acesso em: 19 fev. 2020.

GONZÁLES, G. C.; BEJARANO, C. R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n.33, p. 424-429, jan. 2014. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022). Acesso em: 24 fev. 2020.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e Possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304-11, abr. 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 fev. 2020.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-66, maio/ago. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000200256&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000200256&script=sci_arttext). Acesso em: 13 mar. 2020.

HEISLER, E. D. *et al.* Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. **Ciência e Cuidado e Saúde**, Maringá, v.16, n.3, jul./set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/35348>. Acesso: 13 mar. 2020.

HESLER, L. Z. *et al.* A violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n.1, p. 180-186, mar. 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000100023](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100023). Acesso: 13 mar. 2020.

HOEFEL, M. G. L. *et al.* Determinantes sociais da violência na saúde de populações da América Latina. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1786-1804, jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3024>. Acesso em: 13 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Bahia > Jequié > Infográficos**: dados gerais dos municípios. Rio de Janeiro, RJ: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/jequie/panorama>. Acesso em: 19 de abr. 2020.

JACINTO, A. M. F. L. **Violência doméstica contra a mulher**: representações e práticas do agente comunitário de saúde. 2018. 146f. Dissertação (Mestrado em Saude Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

JEQUIÉ. Portal da Prefeitura Municipal de Jequié. Disponível em: <http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?page=paginas&id=1>. Acesso em: 14 nov. 2019.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. Psicologia Social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a04v16n2.pdf>. Acesso em: 2 maio 2020.

LIMA, L. A. A. **Análise da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo e fatores associados**. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

LIMA, L. A. A. *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 6, n. 2, p. 65-68, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/132>. Acesso: 20 fev. 2020.

LIMA, N. J. S. O.; PACHECO, L. R. Violência Doméstica contra a mulher na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, nov. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/11174-24994-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LIRA, C. E. P. R.; SILVA, P. P. A. C.; TRINDADE, R.F.C. Conduta de agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.14, n.4, n. 928-936, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a22.html>. Acesso em: 15 set. 2018.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças no programa saúde da família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1749-1758, set. 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900013&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2020.

LUCENA, K.D.T. *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, mar. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 13 abr. 2020.

MACHADO, J. C. *et al.* Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 9, n. 7, e152973917, maio 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/3917-18910-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MACHADO, J. C. *et al.* Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de saúde da família. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, set. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300828&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000300828&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2019.

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

Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/31422/18067>. Acesso em: 8 mar. 2020.

MARTINS, L. C. A. *et al.* Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, e2017-0030, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-01-e2017-0030.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020

MAZZOTTI, A. J. A. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v.14, n.15, p. 17-37, jan./jun. 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/31913>. Acesso em: 10 abr. 2019.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, C.A. Violência doméstica contra a criança e rede de proteção social: uma análise sobre articulação em rede. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 14, n.2, p. 119-144, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13257>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MORAIS, B. L. A.; GERK, M. A. S.; NUNES, C. B. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 21, n. 240, p. 2164-2167. 2018. Disponível em: [http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia\\_domestica.pdf](http://www.revistanursing.com.br/revistas/240-Maio2018/violencia_domestica.pdf). Acesso em: 15 fev. 2020.

MOREIRA, T. N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento à situação doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.23, n. 3, p. 814-827, jul./set. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300814](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300814). Acesso em: 15 maio 2019.

MORERA, J. A. C. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165, out./dez. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt\\_0104-0707-tce-24-04-01157.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01157.pdf). Acesso em: 15 maio 2019.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher**. Centro de Informação das Nações Unidas. Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/mulher/lex121.htm>. Acesso em: 20 jun. 2020.

NAMY S. *et al.* Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 18, n. 4, p. 40-48. 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617302721?via%3Dihub>. Acesso em: 20 mar. 2020.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arquivo de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625/3725>. Acesso em: 5 mar. 2020.

NUNES, A. J; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.871-80, mar. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300871&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300871&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 5 mar. 2020.

NÓBREGA, V. K. M. *et al.* Resignation, violence and filing complaint: social representations of the male aggressor from the perspective of the female victim of aggression. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2659-2666, jul. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000702659&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702659&tlng=pt). Acesso em: 10 mar. 2020.

NOGUEIRA, V. P. F. **As Representações Sociais da Espiritualidade e da Religiosidade para pessoas que vivem com HIV/Aids**: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidado de enfermagem. 2019. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio./ago. 2007. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5332>. Acesso em: 3 mar. 2020.

OLIVEIRA, A. M. N. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.2, p.424-431, abr./jun. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072015000200424&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072015000200424&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 8 mar. 2020.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. de; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais**: 50 anos. 2.ed. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2014.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. *et al.* **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, PB: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Violência 2018**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_joomlabook&view=topic&id=496](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=496). Acesso em: 7 mar. 2019.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL [recurso eletrônico]: indicadores nacionais e estaduais. – N. 1 (2016) - Brasília: Senado Federal, **Observatório da Mulher Contra a Violência**, 2016. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2019.

PECORA, A. R.; SÁ, C. P. Memórias e Representações Sociais da Cidade de Cuiabá, ao Longo de Três Gerações. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 319-325, dez. 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722008000200018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000200018). Acesso em: 8 maio 2020.

PEREIRA, L. W. **Violência doméstica institucionalizada e instituição doméstica violenta: um longo caminho para a efetivação dos direitos humanos das mulheres no estado do Paraná**. 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Paraná, 2015.

PIEROTTI, C. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; TERRA, M. F. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 12-18, 2018. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/58>. Acesso em: 5 mar. 2020.

PIMENTEL FILHO, J. E.; BITENCOURT, C. A. de C. M. A política legislativa de proteção à integridade física da mulher no brasil: uma interpretação histórica de processos legislativos. **A Barriguda: Revista Científica**, Campina Grande, v. 6, n. 2, p. 297-322, 2016. Disponível em: <http://abarriguda.org.br/revista/index.php/revistaabarrigudaarepb/article/view/297/0>. Acesso em: 5 mar. 2020.

PINHEIRO, M. de O. **Violência contra a mulher no contexto da Estratégia da Saúde da Família: sabemos ouvir àquelas que têm algo a mais a dizer?** 2018. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Instituto de Educação a Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. *In*: POUPART, J. *et al.* (org.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 154-211.

PIVA, A.; SEVERO, A., DARIANO, J. Poder e violência – formas de subjetivação e desubjetivação. **Contemporânea – psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.02, p.63-77, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo76.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

PORTO, P. R. F. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: Lei 11.340/06, análise crítica e sistêmica.** 3. ed. Livraria do Advogado Editora, 2018.

ROCHA, N. H. N.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 597-615, set./dez. 2015. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/27228>. Acesso em: 21 abr. 2020.

RODRIGUES, V.P. *et al.* Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.3, p.735-743, jul./set. 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00735.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00735.pdf). Acesso em: 5 abr. 2019.

RUIZ-PÉREZ, I. *et al.* Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 49, n. 2, p. 93-101, fev. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301767#!>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva – Revista da Fundação Seade**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 82-91, out./dez. 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88391999000400009&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88391999000400009&script=sci_arttext). Acesso em: 10 mar. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres.** São Paulo: Flacso/Brasil. Série Estudos e Ensaios – Ciências Sociais, p.1-44, jun. 2009. Disponível em: [http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie\\_estudos\\_ensaios/Heleieth\\_Saffioti.pdf](http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf) . Acesso em: 18 abr. 2019.

SAFRANOFF, A. Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? **Salud Colectiva**, Lanus, Argentina, v. 13, n.4, p. 611-632, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/611-632>  
Acesso em: 16 jan. 2020.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar em América Latina: estúdios de caso de diez países.** OPS/WHO Programa Mujer, Salud e Desarrollo. Washington: PAHO, 2000. Disponível em: <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>. Acesso em: 13 de fev. 2019.

SANTAS, G.; SANTAS, F.; ERYURT; M. A. Domestic violence and health care use in Turkey. **Social Work in Public Health**, Nova Iorque, v. 35, n. 3, p. 125-136, mar. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32268847/>. Acesso em: 2 jun. 2020.

SANTOS, A. P. C. A.; WITECK, G. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2016. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidssp/article/view/15858>. Acesso em: 13 fev. 2019.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n.3, e1590016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

SANTOS, R.G. dos *et al.* Violência contra a Mulher à Partir das Teorias de Gênero. **Revista Multidisciplinar e Psicologia**, Jabotão dos Guararapes, v.13, n. 44, p. 97-117, dez. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, W. J. *et al.* Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da atenção primária. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 10, n.3, p. 770-777, jun./set. 2018. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6197/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6197/pdf_1). Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, W. J.; FREITAS, M. I. F. F. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, e-1048, ago. 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1186>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v.12, n.3, p. 237-254. 2012. <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & realidade**, Porto Alegre, v.15, n.2, p.71-99, jul/dez. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-102, jan. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100093&lng=en). Acesso em: 19 abr. 2020.

SILVA, C.D. *et al.* Representação da violência doméstica contra mulheres entre profissionais de saúde: idade como atributo de diferenciação. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3. e13212, jan./dez. 2016.

SILVA, C. D. *et al.* Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Revista da Escola de Enfermagem da**

USP, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 22-29, fev. 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342015000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342015000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 abr. 2020.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n.6, p.608-613, nov./dez. 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600016](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016). Acesso em: 19 abr. 2020.

SILVA, N. N. F. et al. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 3, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290>. Acesso em: 5 maio 2020.

SIMÕES, A.V. *et al.* Identificación y conducta de la violencia doméstica contra la mujer bajo la óptica de los estudiantes universitarios. **Revista Eletronica Enfermería Actual da Costa Rica**, San José, n. 37, jul./dez. 2019. Disponível em: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682019000200095&lang=pt](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200095&lang=pt). Acesso em: 20 maio 2020.

SOUZA, C. S. **As doenças negligenciadas e suas representações sociais**: um estudo com profissionais de saúde. 245f. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

TASKIRAN, A. C.; OZSAHIN, A.; EDIRNE, T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. **Primary Health Care Research & Development**, v. 20, e-96, jun. 2019. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/intimate-partner-violence-management-and-referral-practices-of-primary-care-workers-in-a-selected-population-in-turkey/9DE1AAF873433BE2D06619801C2932FD>. Acesso em: 20 mar. 2020.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. *In*: ALMEIDA, A. M. de; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais**: 50 anos. 2. ed. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2014.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025). Acesso em: 15 fev. 2020.

UNITED NATIONS ENTITY FOR GENDER EQUALITY AND THE EMPOWERMENT OF WOMEN. **Progress of the world's women 2019–2020**: families in a Changing world [Internet]. 2019. New York: UM WOMEN; 2019. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. *In*: GUIMELLI, C. (org.) **Structures et transformation des représentations sociales**. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994, p. 233-253.

VIANA, A. L. *et al.* Violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, p. 923-929. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110273>. Acesso em: 15 maio 2020.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 27, n. 60, p. 51-62, jan./mar. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832016005021101&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832016005021101&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em: 15 mar. 2020

WACHELKE, J. F. R. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): Exemplo de Aplicação no Estudo da Representação Social sobre Envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, n. 22, v.1, p. 102-110, ago. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18815253013>. Acesso em: 20 maio 2020.

WACHELKE, J. F. R. Social Representations: A Review of Theory and Research from the Structural Approach. **Universitas de Psychologica**, Bogotá, v. 11, n. 3, p. 729-741, set./dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672012000300004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300004). Acesso em: 15 abr. 2020.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.27, n. 4, p. 521-526, set./dez. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722011000400017](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017). Acesso em: 15 abr. 2020.

WAGNER, W. Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. FLACSO Brasil, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br>. Acesso em: 15 set. 2018.

WALI, R. *et al.* Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National Guard Primary Health Care Centers in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. **BMC Saúde Pública**, v. 20, n. 239, fev. 2020. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8156-4>. Acesso em: 13 jun. 2020

WOLTER, R. M. C. P. A abordagem estrutural das representações sociais: pontes entre teoria e métodos. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 621-631, dez. 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-82712018000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712018000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 jun. 2020.

WOLTER, R. M. C. P.; SÁ, C. P. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. **Revista Internacional de Ciencias sociales y humanidades**, Roma, v. 23, n. 1-2, p. 87-105. 2013. Disponível em: <http://www.europhtd.net/bibliographic-item/rela%C3%A7%C3%B5es-entre-representa%C3%A7%C3%B5es-e-pr%C3%A1ticas-o-caminho-esquecido>. Acesso em: 5 maio 2020.

WOLTER, R. M. C. P.; WACHELKE, J.; NAIFF, D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n 3, p.1139-1152, set. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000300018](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300018). Acesso em: 15 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=46E3056B37C5317BF20812A51046CBC4?sequence=1). Acesso em: 7 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Status Report on Violence Prevention**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/). Acesso em: 20 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/chapters/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/). Acesso em: 20 jun. 2019.

ZUCHI, C.Z. *et al.* Violência contra as mulheres: concepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da escuta. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 2, e-1085. 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1223>. Acesso em: 20 fev. 2020.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - Técnica de Evocações Livres de Palavras**

Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER?**

[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1	
2	
3	
4	
5	

**APÊNDICE B - Questionário de Caracterização dos Participantes**

Ordem: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

**Raça/cor (autodeclarada):**

( ) preta ( ) parda ( ) branca ( ) amarela ( ) indígena ( ) Não sabe ( ) Não informado

**Religião:**( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Acredita em Deus, mas não tem religião  
( ) Ateia(eu) ( ) Outros ( ) Não informado**Situação conjugal:**( ) casada(o) ( ) solteira(o) ( ) união consensual ( ) viúva(o)  
( ) divorciada(o) ( ) desquitada(o) ou separada(o) ( ) Não informado**Número de filhos:** \_\_\_\_\_**Renda familiar:**( ) Sem renda fixa ( ) Até 01 salário mínimo ( ) 01 a 03 salários mínimos  
( ) 03 a 05 salários mínimos ( ) 05 a 10 salários mínimos ( ) Acima de 10 salários mínimos**Escolaridade**( ) 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental incompleto  
( ) 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental completo  
( ) 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto  
( ) 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental completo  
( ) Ensino médio incompleto  
( ) Ensino médio completo  
( ) Ensino superior incompleto  
( ) Ensino superior completo

Quanto tempo atua como ACS? \_\_\_\_\_

Quanto tempo atua como ACS nesta Unidade? \_\_\_\_\_

Você já foi capacitado(a) sobre a violência doméstica contra a mulher? \_\_\_\_\_

Você já participou de atualizações sobre violência doméstica contra a mulher? \_\_\_\_\_

Se sim, foi promovido pelo seu trabalho ou por outra instituição? (citar qual a instituição)

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE C** – Instrumento *Choix-par-bloc*

Escolha a seguir, 5 palavras que na sua opinião são mais características da **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**, 5 que sejam menos características e 5 neutras.

<b>Palavras*</b>	<b>As 5 palavras mais características sobre a Violência Doméstica contra a mulher:</b>
Abuso sexual	1. 2. 3. 4. 5.
Agressão física	
Ciúmes	
Covardia	
Dependência financeira	
Desrespeito	<b>As 5 palavras menos características sobre a Violência Doméstica contra a mulher</b>
Drogas	1. 2. 3. 4. 5.
Falta de amor	
Machismo	
Maus-tratos	
Medo	
Morte	<b>As 5 palavras restantes:</b>
Raiva	1. 2. 3. 4. 5.
Tristeza	
Xingamento	

\*Palavras evocadas pelos participantes resultantes da análise prototípica

**APÊNDICE D - Instrumento do Teste Constituição de Pares de Palavras**

Ligue as palavras que parecem “ir juntas” referentes à Violência Doméstica contra a Mulher.

Abuso sexual	Abuso sexual
Agressão física	Agressão física
Ciúmes	Ciúmes
Covardia	Covardia
Dependência financeira	Dependência financeira
Desrespeito	Desrespeito
Drogas	Drogas
Falta de amor	Falta de amor
Machismo	Machismo
Maus-tratos	Maus-tratos
Medo	Medo
Morte	Morte
Raiva	Raiva
Tristeza	Tristeza
Xingamento	Xingamento

(Palavras provenientes da análise do quadro de quatro casas ao termo indutor violência doméstica contra a mulher).

**APÊNDICE E** - Instrumento do *Mise-en-cause*

Marque um X segundo a resposta dos participantes.

Sobre a **Violência doméstica contra a mulher**:

Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>agressão física</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>desrespeito</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>xingamento</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>falta de amor</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>tristeza</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>abuso sexual</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>covardia</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>maus-tratos</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez
Pode haver Violência doméstica contra a mulher sem <b>raiva</b> ?
( ) Sim ( ) Não ( ) Talvez

(Palavras evocadas pelos participantes resultantes da análise prototípica)

## **APÊNDICE F - Roteiro temático da entrevista em profundidade**

### **Bloco 1 – Violência Doméstica contra a Mulher**

O que é a VDCM. Qual o pensamento do ACS sobre a VDCM (histórias, conceitos, pessoas envolvidas, ainda representa um tabu?). Situações de risco para a VDCM (desigualdade de papéis, famílias com estruturas fechadas, famílias em situações de crises – desemprego, separação, morte; baixa autonomia dos membros, presença de modelo familiar violento, incidência de abuso de álcool e outras drogas, comprometimento psicológico, dependência econômica). Como o ACS pensa sobre o que levam as mulheres a vivenciarem a violência doméstica. Quais as explicações deles sobre a vivência da violência doméstica por mulheres (Intimidação do parceiro, mostrar autoridade, poder). Quais as imagens que o ACS tem ao reportar sobre a VDCM. Repercussões à saúde da mulher em situação de violência doméstica. O que o governo, o sistema de saúde e os profissionais tem feito para a prevenção, identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Levantar as políticas públicas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Levantar sobre a Rede de atenção à mulher em situação de violência.

### **Bloco 2 – Formas e Fatores precipitadores da violência doméstica contra a mulher**

Quais as formas de violência doméstica que as mulheres podem vivenciar (violência física, psicológica (autoestima e autoimagem), sexual (invisibilidade da violência sexual), feminicídio). Qual o vínculo familiar e/ou afetivo das pessoas que violentam as mulheres. Quais as atitudes dos agressores (comportamento controlador, dominar ou usar o poder, restringir acesso a escola e/ou trabalho, limitar ou monitorar uso de celular, exige explicações e relatórios sobre onde, com quem esteve e o que fez no seu dia-a-dia). Opinião dos ACS sobre a dimensão afetiva (tristeza, falta de amor, ciúmes), de atitude e de fatores precipitadores (causas) da violência doméstica contra a mulher (drogas (uso de drogas como desencadeador do agressor ou como mecanismo de fuga da mulher), desrespeito, machismo (discursos e atitudes machistas), covardia (do agressor ou da mulher)).

### **BLOCO 3 – Práticas dos ACS às mulheres em situação de violência doméstica**

Como tem conhecimento sobre a situação de violência (identificação nas visitas, escuta diretamente com a mulher, denúncia de familiares e amigos e/ou outro tipo). Questiona sobre situações conflituosas vividas no âmbito doméstico. Comente qualquer situação que você como ACS vivenciou frente à situação de violência doméstica contra a mulher. Saber sobre características sociodemográficas (idade, escolaridade, trabalha fora de casa ou no lar, renda familiar, número de filhos), estrutura familiar (moram com parceiro e filhos, outras pessoas convivem no ambiente doméstico), comportamento das mulheres que vivenciam a violência (relações no âmbito doméstico e social). Quais as principais queixas das mulheres (estado físico e mental (depressão, sintomas de ansiedade). Como profissional qual a sua conduta e/ou atitude frente à situação apresentada. Qual a interação que o ACS desenvolve com a mulher em situação de violência. Descrever as atividades, ações, procedimentos e comportamentos que você possui (seja na USF ou no domicílio) diante do caso (acolhimento, cuidado, apoio, orientação, proteção, encaminhamento e acompanhamento). Qual a finalidade do atendimento do ACS à mulher em situação de violência. O ACS no atendimento à mulher (sentimentos, comportamentos, conhecimento sobre a temática, situações enfrentadas). Existe alguma articulação do trabalho do ACS com a rede intersetorial de assistência à mulher em situação de violência.

## APÊNDICE G - Ofício à coordenação da Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Recredenciada pelo Decreto Estadual  
Nº 16.825, de 04.07.2016



OF. S/N

Jequié, 03 de maio de 2019

À Dra. Adriana Alves Nery

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – UESB

Prezada Senhora,

Venho através deste informar que o projeto de tese intitulado “Representações Sociais de Agentes Comunitários sobre Violência Doméstica contra a mulher e suas práticas assistenciais” sob orientação do Prof.<sup>a</sup> Dra. Alba Benemerita Alves Vilela, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB no dia 29 de março de 2019 sob o CAAE nº 07558718.1.0000.0055, conforme anexo.

Desta forma, solicito encaminhamentos necessários para início da coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família do município de Jequié/BA.

Atenciosamente,

Juliana Costa Machado

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

## APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98  
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Representações e práticas de Agentes Comunitários de Saúde no contexto da violência doméstica contra a mulher”. Neste estudo pretendemos como objetivo geral: analisar as representações sociais dos agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é possibilitar um entendimento ampliado sobre a violência doméstica contra a mulher, despertar nos agentes comunitários de saúde as situações de violência vivenciadas e desvelar como a rede de apoio e proteção a mulher vem respondendo ao agravo. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: O estudo tem como cenário de pesquisa as Unidades de Saúde da Família do município de Jequié-BA e contará como participantes da pesquisa os agentes comunitários de saúde. Serão utilizadas como técnicas de coletas de dados a técnica de evocação ou associação livre de palavras e a entrevista semiestruturada. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo de constrangimento e/ou desconforto pelo tempo e disponibilidade necessária durante a coleta de dados. Os benefícios deste estudo são oferecer o retorno à sociedade com a apresentação dos resultados através eventos e periódicos científicos; além de promover reflexões para melhorias nas práticas assistenciais dos agentes comunitários frente às mulheres em situação de violência doméstica. Apesar disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié-BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) participante

*J. Machado*  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora Responsável: Juliana Costa Machado

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n – Jequiezinho / Jequié-BA – CEP 45206-190, na sala da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB.

Fone: (73) 3528 9600 e-mail: [julicmachado@hotmail.com](mailto:julicmachado@hotmail.com)

CEP/UESB – Comitê de Ética em Pesquisa

Rua José Moreira Sobrinho, s/n – UESB

Jequié-BA- CEP 45206-190

Fone: (73) 3528 9727 / e-mail: [cepuesb.jq@gmail.com](mailto:cepuesb.jq@gmail.com)

**ANEXOS**

## ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP-UESB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre Violência Doméstica contra a Mulher e suas Práticas Assistenciais

**Pesquisador:** JULIANA COSTA MACHADO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07558718.1.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.233.780

**Apresentação do Projeto:**

Reapresentação de projeto de pesquisa de doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB, a ser realizado com Agentes Comunitários de Saúde atuantes nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana de Jequié-BA. Será um estudo qualitativo, com a temática sobre violência doméstica contra a mulher, sendo a coleta de dados realizada em quatro etapas.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com a pesquisadora, o objetivo geral será "Analisar as representações sociais dos ACS sobre violência doméstica contra a mulher e suas práticas assistenciais". Cinco objetivos específicos foram estabelecidos e constam no projeto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos, a pesquisadora esclareceu que diante de possível "...constrangimento e/ou desconforto pelo tempo e disponibilidade necessária durante a coleta de dados...", o participante a qualquer momento "...poderá abandonar a pesquisa".

Os benefícios foram contemplados e transcritos no parecer anterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa de interesse para a área de saúde e de relevância social. Poderá contribuir para melhor compreensão da problemática relacionada à violência doméstica contra a mulher e ajudar

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 3.233.780

no direcionamento de condutas por profissionais da Estratégia Saúde da Família.

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

Todos os termos foram apresentados. O TCLE foi reapresentado conforme solicitado.

**Recomendações:**

Não há.

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

O TCLE foi reapresentado com correções e as pendências listadas no parecer anterior (nº 3.165.577 de 22/02/2019) foram resolvidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião de 29.03.19, a plenária deste CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267848.pdf	26/02/2019 11:25:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_APOS_PARECER.pdf	26/02/2019 11:24:39	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_APOS_PARECER.pdf	26/02/2019 11:23:29	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	30/11/2018 21:23:46	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	29/11/2018 23:28:22	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	OFICIO_INFORMATIVO_INSTITUICAO_CONVENIADA.pdf	29/11/2018 23:23:44	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	DECLARACAO_ORIENTADOR.pdf	29/11/2018 23:21:39	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PARTICIPACAO_ALBA.pdf	29/11/2018 23:21:12	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_COMPROMETIMENTO.pdf	29/11/2018 23:20:43	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	DECLARACAO_COLETA_NAO_INICIA DA.pdf	29/11/2018 23:19:33	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito
Outros	OFICIO_ENCAMINHAMENTO.pdf	29/11/2018 23:18:22	JULIANA COSTA MACHADO	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 3.233.780

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 29 de Março de 2019

Assinado por:

**Douglas Leonardo Gomes Filho**  
(Coordenador(a))

Prof. Douglas L. Gomes Filho  
Presidente do Comitê de Ética  
Matricula 72.497815-9

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6683

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

**ANEXO B - Ofício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde à SMS de Jequié solicitando autorização para coleta de dados nas USF**



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
 Recredenciada pelo Decreto Estadual  
 Nº 16.825, de 04.07.2016  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES

**Of. PPGES nº107/ 2019**

**Jequié, 07 de maio de 2019**

Ao Sr. Vitor Lawinsky  
 Secretário Municipal de Saúde- Jequié-Bahia

Prezado senhor,

Apresentamos a V.S.<sup>a</sup>, a doutoranda Juliana Costa Machado, orientanda da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alba Benemérita Alves Vilela do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, para a coleta de dados da pesquisa de doutorado intitulada “Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre violência doméstica contra a mulher e suas práticas assistenciais”. A pesquisa será realizada nas unidades de saúde da família do município de Jequié.

Vales salientar que essa pesquisa já foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB no dia 29 de março de 2019 sob o CAAE nº 07558718.1.0000.0055.

Atenciosamente,

*Adriana Alves Nery*  
 Profa. Dra. Adriana Alves Nery  
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
 em Enfermagem e Saúde - PPGES  
 UESB - Campus de Jequié

*J. Lawinsky*  
 J. Lawinsky  
 Coord. Município de Saúde  
 Port. GABSEC nº 08  
 30.05.19

## ANEXO C - Ofício da Secretaria Municipal de Saúde autorizando a coleta de dados nas USF



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CI. 090 ASSISTÊNCIA/2019

Jequié, 13 de Maio de 2019.

**DO SERVIÇO SETOR:** Departamento de Assistência à Saúde

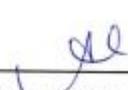
**PARA O SERVIÇO/SETOR:** Unidades De Saúde Da Família

**ASSUNTO:** Autorização para coleta de dados

Prezado (a) Senhor (a),

Ao tempo em que cumprimento, informo autorização para a doutoranda Juliana Costa Machado orientanda da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alba Benemérita Alves Vilela, para a coleta de dados da pesquisa de doutoranda intitulada " Representações sociais de Agentes Comunitários De Saúde sobre violência doméstica contra a mulher e suas práticas assistenciais". Conforme documentos em anexo. Desde já agradecemos!

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
**Ana Círcia Fonseca Andrade**  
Diretora da Assistência à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

Ana Círcia Fonseca Andrade  
Diretora da Assistência à Saúde  
Decreto nº 19.428