



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



**ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

JÉSSICA DOS SANTOS SIMÕES

**Jequié
2023**

JÉSSICA DOS SANTOS SIMÕES

**ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues

**Jequié
2023**

S593a Simões, Jéssica dos Santos

Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais / Jéssica dos Santos Simões.- Jequié, 2023.

103f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, sob orientação da Profa. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues)

1.Violência doméstica 2.Representação social 3.Serviço hospitalar de emergência 4.Pessoal de saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 302.23

**FOLHA DE APROVAÇÃO DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

SIMÕES, Jéssica dos Santos. Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica na Urgência e Emergência: Um Estudo Em Representações Sociais. 2023. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BANCA EXAMINADORA



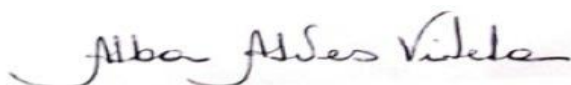
Prof.^ª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)



Prof.^ª. Dra. Cleuma Sueli Santos Suto

Mestrado Profissional em Enfermagem – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)



Prof.^ª. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Jequié-Bahia, 14 de dezembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente ao meu **Deus**, pelo dom da vida e por mostrar a todo instante que está caminhando ao meu lado, me fortalecendo em cada dificuldade. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas!

À minha mãe, **Marileide** e ao meu pai, **Sinval** por sempre acreditarem em mim, sou grata por todo amor, carinho, educação e os valores que me passaram, obrigada por todo o esforço para investir nos meus estudos, amo vocês!

Ao meu irmão, **Júnio**, meu primeiro amigo e meu grande incentivador, obrigada por todo apoio e cuidado, a nossa ligação é eterna!

Ao meu companheiro da vida, **Nathan**, por todo amor, paciência e companheirismo, gratidão a Deus por ter te colocado na minha vida, você que sempre me apoia, incentiva e abraça os meus sonhos. Sou grata por estar ao meu lado durante todo esse tempo, me ajudando durante todo o processo do mestrado, essa conquista é nossa, Deus tem cuidado de nós e abençoado nossos sonhos!

Ao meu sobrinho, **Bernardo**, minha vida ficou melhor depois que você chegou, obrigada por trazer em cada sorriso e cada gesto a alegria necessária nos meus momentos de cansaço e tristeza!

À minha cunhada, **Ana Paula**, por ser uma grande amiga e estar sempre disposta a me ouvir, mesmo sem entender algumas coisas, obrigada pelo ombro amigo!

À minha orientadora, **Prof^ª. Dra. Vanda Palmarella Rodrigues**, tão querida, inteligente e paciente, obrigada por me trazer paz e tranquilidade, por confiar no meu potencial e aceitar me orientar mesmo sem me conhecer pessoalmente, a senhora me inspira! Suas palavras doces e educadas desde o primeiro e-mail que trocamos sempre me trouxeram segurança. Sou grata a Deus por sua vida!

À **Renara Meira**, colega do mestrado que se tornou uma grande amiga, uma pessoa incrível e de coração enorme que esteve ao meu lado desde os primeiros dias de aula, gratidão por sua amizade e companheirismo durante toda essa caminhada!

À **Amanda de Alencar**, agradeço por todo apoio e discussões que tivemos sobre os resultados desse estudo, nosso **trio da representação** trouxe muitos frutos para minha vida acadêmica e pessoal, aprendi muito com você, obrigada por sua amizade e apoio!

À **Prof^ª. Dra. Juliana Costa Machado**, pelos ensinamentos sobre a teoria das representações sociais, pelas aulas ensinando a utilizar o IRAMUTEQ, por realizar as análises dos dados no *software* EVOC e por se mostrar sempre disponível para tirar as minhas dúvidas, obrigada!

As minhas amigas, em especial, **Winny, Thaís, Thainá e Yhana** que sempre me apoiaram, estiveram ao meu lado desde a graduação, vibraram com cada conquista minha e apesar da distância estão sempre presentes, sinto falta de vocês todos os dias.

À **Profª. Me. Maria do Rosário**, professora querida da graduação que se tornou uma grande amiga e colaborou com a minha coleta de dados, obrigada por todo apoio e ensinamentos durante a minha trajetória acadêmica.

À **Profª. Dra. Vitória Solange**, minha orientadora da graduação, obrigada por me preparar para o mestrado e pela confiança em aceitar a minha colaboração na disciplina Gestão em Enfermagem nos Serviços de Atenção Primária durante o meu estágio em docência.

À **Profª. Dra. Alba Benemerita e Profª. Dra. Cleuma Suto** pela participação na banca de qualificação com contribuições que enriqueceram ainda mais a pesquisa.

À **Universidade Estadual de Santa Cruz**, universidade que me tornei Enfermeira, gratidão aos professores e funcionários do curso de Enfermagem.

Aos **docentes** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sou grata pelo comprometimento e profissionalismo, levo cada ensinamento comigo.

Aos **funcionários** do PPGES pela atenção e disponibilidade em esclarecer todas as minhas dúvidas, obrigada!

Aos **colegas mestrandos da turma de 2021** que participaram dessa caminhada junto comigo, obrigada pela parceria!

Ao **Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO)** por todas as discussões e momentos compartilhados.

À direção do **Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (HBLEM)** que disponibilizou a unidade para a realização da pesquisa.

À **equipe multiprofissional** do setor de urgência e emergência do HBLEM que mesmo com os plantões exaustivos, disponibilizaram um tempo para participar da pesquisa, vocês fazem a diferença!

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse sonho, minha gratidão!

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.”
Provérbios 16:3.

SIMÕES, Jéssica dos Santos. **Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência:** um estudo em representações sociais. 2023. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2023.

RESUMO

Este estudo possibilita um entendimento do pensamento social dos profissionais de saúde que trabalham em um serviço de urgência e emergência sobre a violência doméstica contra a mulher, ademais, suscita reflexões sobre as práticas que podem ser modificadas para que a assistência seja resolutiva na prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Apresenta como objetivo geral analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com coleta, análise e divulgação dos dados, embasada na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e maio de 2023, no setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte situado no município de Itabuna, na região do sul da Bahia. Os participantes foram 100 profissionais de saúde escolhidos mediante critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Para a coleta de dados foram utilizados: a Técnica de Evocação Livre de Palavras e a entrevista semiestruturada contendo questões disparadoras. Os dados obtidos através da Técnica de Evocação Livre de Palavras foram submetidos separadamente ao processamento estatístico com o auxílio do *software* EVOC, versão 2005. Os dados decorrentes das entrevistas foram processados pelo *software* IRAMUTEQ para melhor tratamento dos dados. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos preconizados na Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia conforme CAAE 59897822.9.0000.0055 e parecer consubstanciado 5.695.262/2022. Dos resultados obtidos foram produzidos dois manuscritos. O primeiro intitulado Representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica apontou como termos mais evocados pelas mulheres: agressão, acolhimento e cuidado; esses termos podem ser entendidos como o possível núcleo central da representação social, pois foram os mais frequentes e prontamente evocados, e conforme a análise de similitude possuem um forte poder associativo. Esses elementos refletem o pensamento dos profissionais inerentes às práticas de acolhimento e cuidado que são realizadas frente à mulher que vivencia a violência. O segundo manuscrito, intitulado Práticas assistenciais de profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica: Estudo de Representações Sociais apresentou dois eixos e seis classes, o eixo A apresentou as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e o eixo B apresentou as práticas assistenciais e estratégias de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher. Os profissionais representaram a assistência à mulher em situação de violência doméstica através do tratamento das lesões, encaminhamentos e notificação, além de apontarem a necessidade de orientação por parte da coordenação sobre os serviços da rede disponíveis no município. Dessa forma, são importantes discussões entre a equipe multiprofissional e capacitações sobre a assistência à mulher que vivencia a violência no intuito de traçar estratégias para a identificação e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

Palavras-chave: violência doméstica; representação social; serviço hospitalar de emergência; pessoal de saúde.

SIMÕES, Jéssica dos Santos. **Assistance to women in situations of domestic violence in urgent and emergency care: a study in social representations.** 2023. 102f. Dissertation (Master) – Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia, Jequié, Bahia, 2022.

ABSTRACT

This study enables an understanding of the social thinking of health professionals who work in an urgent and emergency service on domestic violence against women, in addition, it raises reflections on practices that can be modified so that assistance is effective in preventing and combating domestic violence against women. Its general objective is to analyze the social representations of health professionals regarding assistance to women in situations of domestic violence in the urgency and emergency sector. This is a descriptive study with a qualitative approach with data collection, analysis and dissemination, based on the Theory of Social Representations. The research was carried out between the months of January and May 2023, in the emergency department of a large hospital located in the municipality of Itabuna, in the southern region of Bahia. Participants were 100 health professionals chosen based on previously defined inclusion and exclusion criteria. For data collection, the following were used: the Free Word Evocation Technique and the semi-structured interview containing triggering questions. The data obtained through the Free Word Evocation Technique were analyzed separately from statistical processing with the aid of the EVOC software, version 2005. The data resulting from the interviews were processed by the IRAMUTEQ software for better data processing. The research met the ethical aspects recommended in Resolution 466/2012 and Resolution 510/2016 of the National Health Council, being approved by the Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia according to CAAE 59897822.9.0000.0055 and substantiated opinion 5.695.262/ 2022. Two manuscripts were produced from the results obtained. The first entitled Social representations of health professionals regarding assistance to women in situations of domestic violence pointed out the terms most evoked by women: aggression, reception and care; These terms can be understood as the possible central nucleus of social representation, as they were the most frequent and readily evoked, and according to the similarity analysis, they have a strong associative power. These elements reflect the thinking of professionals inherent to the reception and care practices that are carried out towards women who experience violence. The second manuscript, entitled Care practices of health professionals for women in situations of domestic violence: Study of Social Representations, presented two axes and six classes, axis A presented the social representations of health professionals about domestic violence against women and the Axis B presented care practices and strategies for combating domestic violence against women. The professionals represented assistance to women in situations of domestic violence through the treatment of injuries, referrals and notification, in addition to pointing out the need for guidance from the coordination on the network services available in the municipality. Therefore, discussions between the multidisciplinary team and training on assistance to women who experience violence are important in order to outline strategies for identifying and confronting domestic violence against women.

Keywords: domestic violence; social representation; emergency service; health personnel.

LISTAS DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERPAT	Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations</i>
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres
HBLEM	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NRS	Núcleo Regional Sul de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PubMed	<i>National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine</i>

SciELO	Portal de Periódicos <i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
STs	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
USFs	Unidades de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDCM	Violência Doméstica Contra a Mulher

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição do quantitativo de profissionais de saúde por categoria, que responderam à Técnica de Evocações Livres de Palavras e a Entrevista semiestruturada, Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.38

MANUSCRITO 1

Quadro 1. Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde para o termo indutor “assistência à mulher em situação de violência doméstica”. Itabuna, Bahia, 2023. (n = 100)50

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Percurso metodológico para triangulação dos dados41

MANUSCRITO 1

Figura 1 – Árvore Máxima de Similitude das evocações dos profissionais de saúde frente ao termo indutor assistência à mulher em situação de violência doméstica. Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.....51

MANUSCRITO 2

Figura 1. Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo com a CHD. Itabuna, Bahia, Brasil, 202367

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 Políticas Públicas como Estratégia de Enfrentamento à Violência Doméstica	23
2.2 Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica no Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar	25
2.3 Representações Sociais de Profissionais de Saúde Sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
3.1 A Teoria das Representações Sociais	31
3.2 Abordagens Estrutural e Processual das Representações Sociais	33
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local da Pesquisa	36
4.3 Participantes da Pesquisa	37
4.4 Técnicas para Coleta de Dados	38
4.5 Análise dos dados	39
4.6 Aspectos Éticos	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 Manuscrito 1: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica	44
5.2 Manuscrito 2: Práticas Assistenciais de Profissionais de Saúde à Mulher em Situação de Violência Doméstica: Estudo de Representações Sociais	61
6 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	89
APÊNDICE A - Técnica de Associação Livres de Palavras	90
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista Semiestruturada	91
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	93
ANEXOS	95
ANEXO A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)	96
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	99

ANEXO C - Autorização para Coleta de Dados.....	103
--	------------

APRESENTAÇÃO

Sou Jéssica dos Santos Simões, mulher, filha, irmã, companheira, enfermeira intensivista de um hospital regional de grande porte, mestranda, pesquisadora, integrante do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO). Ser mulher e exercer tantas funções não é tarefa fácil em uma sociedade que ainda tem uma cultura machista e patriarcal que traz o papel de cuidadora do lar e dos filhos como uma função inerente à mulher e ao homem designa a responsabilidade de ser provedor.

Apresento esse trabalho como fruto de uma inquietação que surgiu na graduação em Enfermagem durante as práticas e estágios, nesse período tive a oportunidade de observar mulheres em situação de violência que adentravam a unidade hospitalar, observando as práticas dos profissionais e percebendo que os conhecimentos adquiridos durante o curso não atendiam à complexidade da violência doméstica contra a mulher.

Durante a minha experiência como discente nas práticas e estágios em três unidades hospitalares diferentes, pude identificar várias situações de risco e violência doméstica contra mulheres, nas quais os profissionais das três unidades enfrentavam dificuldades para identificar, lidar com o problema e implementar intervenções adequadas. Essas observações levaram à reflexão e à necessidade de investigar mais a fundo as práticas assistenciais relacionadas a assistência à mulher em situação de violência doméstica.

Além disso, durante minha jornada acadêmica, tive a oportunidade de participar como bolsista do projeto de extensão “Gestão do Cuidar em Saúde” e desenvolvi atividades em uma unidade hospitalar relacionadas aos procedimentos realizados pelo enfermeiro, durante as minhas visitas e discussões com enfermeiros do serviço, observei que pela rotina exaustiva da urgência e emergência, os profissionais possuíam condutas puramente técnicas com olhar voltado ao modelo biomédico, nesse cenário, possíveis situações de violência doméstica contra a mulher passavam despercebidas.

Essas experiências despertaram o meu interesse em explorar a complexidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica. Os resultados desta pesquisa têm o potencial de aprimorar a assistência prestada pelos profissionais de saúde, estimulando a reflexão, o diálogo e a reformulação das estratégias utilizadas no cotidiano dos atendimentos às mulheres.

No entanto, compreendo que implementar práticas assistenciais adequadas para atender à mulher em situação de violência doméstica dentro dos serviços de urgência e

emergência é um desafio que envolve todo processo de trabalho dos profissionais e todos os obstáculos encontrados nesses serviços, tais como: a superlotação e problemas estruturais que na maioria das vezes não garantem a privacidade da mulher. Nessa perspectiva, apresento-lhes minha dissertação de mestrado, intitulada: Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais.

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um fenômeno de múltiplas determinações, uma prioridade da saúde pública global e tem impacto direto nas metas globais para o desenvolvimento sustentável e para a Agenda 2030 (Stöckl *et al.*, 2021). Resulta da manifestação da cultura machista e patriarcal impregnada na sociedade e atinge a integridade feminina de forma irreversível no âmbito mental, físico e sexual (Moazen *et al.*, 2019).

Durante anos, o fenômeno da violência doméstica era encarado como algo que deveria ser resolvido na vida privada, contudo, após reivindicações do movimento feminista, a violência doméstica deixou de ser um assunto privado, tornando-se público (Einhardt; Sampaio, 2020).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (2021), uma em cada três mulheres sofre violência física ou sexual cometida por seu parceiro, o que corresponde a 736 milhões de mulheres que passaram por uma situação de violência ao longo da vida (OPAS, 2021). Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2017, a partir de dados de 80 países, concluiu que em todo o mundo, praticamente um terço, ou seja, 30% de todas as mulheres que mantiveram um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro (OPAS, 2017).

No Brasil, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023) mostrou um crescimento da violência doméstica contra a mulher (VDCM) no ano de 2022. Observou-se um aumento de 2,9% das agressões contra mulheres no contexto da violência doméstica, totalizando 245.713 mulheres agredidas. Nessa direção, diariamente, 673 mulheres foram até uma delegacia para denunciar uma situação de violência doméstica. Além disso, com relação às repercussões da violência, verifica-se que no Brasil, 1.437 mulheres foram mortas por razão de gênero em 2022, esse quantitativo representou um crescimento de 6,1% em relação ao ano anterior

Nesse contexto, na Bahia no ano de 2022, foram registrados 49.940 acionamentos à polícia militar relacionados à VDCM, o que corresponde a uma redução de 5% em comparação ao ano de 2021. Com relação ao quantitativo de feminicídio no estado, foram registrados 107 casos, cenário semelhante ao nacional em que ocorreu um aumento de 14,9% dos casos de feminicídio quando comparado ao ano anterior (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

Em geral, para a mulher em situação de violência doméstica identificar a vivência do abuso é um desafio, dessa forma, atitudes de controle emocional e opressão, mesmo que alertadas por amigos e familiares, são compreendidas como demonstrações de cuidado e prova de amor, escondendo a percepção do relacionamento hostil (Gomes *et al.*, 2022).

Ademais, a violência doméstica é uma expressão da violência de gênero, na qual os papéis socialmente impostos aos homens e às mulheres reforçados pela cultura patriarcal, estabelecem relações de violência entre os sexos (Campos; Tchalekian; Paiva, 2020). A violência doméstica traz repercussões imediatas à saúde das mulheres, tais como, lesões físicas, fraturas e hematomas, além de contribuir para o início de sintomas psicossomáticos como a cefaleia, a epigastralgia, tonturas e doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, entre outros (Carneiro *et al.*, 2017).

Por sua vez, vivenciar uma situação de violência intensifica o risco do adoecimento psicológico, que pode ser observado por meio da ansiedade, tristeza e comportamento depressivo (Szalacha *et al.*, 2017). Em virtude dos sinais imediatos causados pela violência, as mulheres que vivenciam principalmente a agressão física procuram as unidades de urgência e emergência em busca de tratamento (Acosta *et al.*, 2017a).

Estes serviços são essenciais na identificação dos casos de violência doméstica e geralmente configuram no primeiro contato da mulher com um serviço assistencial, portanto, os profissionais dos serviços de urgência e emergência além de prestarem a assistência, precisam estar preparados para acolher as mulheres e orientar em relação aos passos seguintes para o enfrentamento da violência doméstica (Gomes *et al.*, 2022).

Ressalta-se que a assistência à mulher em situação de violência doméstica é intersetorial e engloba os setores de saúde, assistência social, judiciário e segurança pública (Vieira; Hasse, 2017). Comumente, os setores envolvidos na assistência às mulheres não estão preparados para fornecer condições apropriadas, a fim de reduzir as apreensões provenientes da violência doméstica (Silva; Nogueira, 2020).

Para assegurar uma assistência de qualidade às mulheres em situação de violência doméstica, é necessário conhecimento e qualificação dos profissionais que as assistem, com objetivo de alcançar ações resolutivas e efetivas (Acosta *et al.*, 2017a). Portanto, evidencia-se a importância de qualificar e sensibilizar os profissionais de saúde quanto à VDCM, por meio da abordagem do tema nas rotinas de trabalho, no intuito de proporcionar uma assistência acolhedora que ultrapasse as ações de identificação, prevenção e enfrentamento da violência (Gomes *et al.*, 2022).

Por se tratar de um fenômeno histórico-cultural, a assistência à saúde de mulheres em situação de violência doméstica pode ser rodeada por crenças, rotulações e pré-julgamentos que terminam interferindo na assistência do profissional de saúde (Acosta *et al.*, 2017b). Neste contexto, com base nas informações do senso comum, no conhecimento científico e na experiência profissional adquirida, os profissionais de saúde constroem suas representações acerca da violência doméstica, as quais podem influenciar na assistência prestada (Acosta *et al.*, 2018).

Desta forma, foi escolhida a Teoria das Representações Sociais (TRS) para embasar este estudo considerando a necessidade de compreender como os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência representam a VDCM e o reflexo destas representações na assistência prestada.

Parte-se do pressuposto de que as representações sociais dos profissionais de saúde decorrem do senso comum, do conhecimento científico, das condutas, atitudes, normas estabelecidas pelo serviço e das experiências vivenciadas na assistência às lesões físicas e aparentes das mulheres que foram agredidas e adentram ao serviço hospitalar de urgência e emergência.

Diante disso, o presente estudo justifica-se pelo interesse da pesquisadora sobre a VDCM advindo de experiências acadêmicas, justifica-se ainda, pela magnitude, transcendência e gravidade do problema, assim como pela necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde com relação à problemática em estudo.

Dessa forma, este estudo é uma oportunidade de abordar profissionais de saúde que estão inseridos em um serviço de urgência e emergência, para então entender como compreendem a assistência prestada às mulheres em situação de violência doméstica.

Além disso, será possível identificar potencialidades e fragilidades destes profissionais para a assistência às mulheres em situação de violência doméstica, e como as diversas formas de tomada de decisão podem influenciar na produção do cuidado prestado a esse grupo.

Nessa perspectiva, o presente trabalho apresenta como objeto de estudo: as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica. A inquietação emergiu do seguinte questionamento: Como profissionais de saúde representam a assistência à mulher em situação de violência doméstica?

Com intuito de responder à questão proposta foi estabelecido o seguinte objetivo geral: analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência.

Foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Aprender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica;
- Compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica;
- Discutir a assistência prestada por profissionais de saúde da urgência e emergência à mulher em situação de violência doméstica.

Em virtude da importância da problemática apresentada, destaca-se que o estudo traz contribuições ao possibilitar um entendimento do pensamento social dos profissionais de saúde que trabalham em um serviço de urgência e emergência acerca da VDCM, além disso, poderá propiciar a transformação das práticas assistenciais dos profissionais nos serviços de urgência e emergência hospitalar para que estes trabalhadores estejam sensíveis à identificação dos casos de VDCM.

Por fim, a partir da descoberta do pensamento social elaborado pelos profissionais de saúde, é possível compreender as tomadas de decisão dos grupos envolvidos na assistência à mulher em situação de doméstica, ademais, este estudo pode trazer reflexões sobre as práticas que podem ser modificadas para que a assistência seja resolutiva na prevenção e enfrentamento da VDCM.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A partir das buscas realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Portal de Periódicos *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) do portal da *National Center for Biotechnology Information da National Library of Medicine* (PubMed) e na base de dados Embase; utilizando as palavras-chave e termos livres: violência contra a mulher, violência doméstica, política de saúde, política pública, profissionais de saúde, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, médicos, assistentes sociais, hospital, representações sociais, urgência e emergência, combinados com os indicadores booleanos *AND* e *OR* em três combinações.

Para a seleção dos artigos foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, optando-se por incluir: artigos, legislações, protocolos ministeriais e organizações internacionais disponibilizados gratuitamente e na íntegra, pertinentes ao objeto de estudo, que fizessem referência inicialmente no seu título sobre a temática em estudo, com relação aos artigos, foram escolhidos os estudos publicados no período de 2017 a 2023. Como critérios de exclusão, foram excluídos os achados não condizentes à temática e duplicados, ainda, foram realizadas inicialmente leituras dos resumos supracitados e as seguintes etapas: 1ª - Identificação do tema: representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência, e a partir da questão de pesquisa: quais as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência?, elaborou-se a estratégia PICO – profissionais de saúde (P - População); representações sociais (I – Fenômeno de Interesse); assistência à mulher em situação de violência (Co – Contexto).

Durante o processo de construção desta revisão, evidenciou-se que há um quantitativo extremamente reduzido de produção científica sobre representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica no ambiente hospitalar. Realizou-se uma busca no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sendo evidenciada uma escassez de teses e dissertações produzidas no período de 2017 a 2023 e relacionados ao objeto de pesquisa, perfazendo assim, uma lacuna do conhecimento.

Dessa forma, esta revisão é constituída pelos seguintes temas: políticas públicas como estratégia de enfrentamento à violência doméstica, assistência à mulher em situação de

violência doméstica no serviço de urgência e emergência hospitalar e representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência.

2.1 Políticas Públicas como Estratégia de Enfrentamento à Violência Doméstica

A VDCM é um fenômeno que vem despertando interesse por sua relevância científica e de ordem pública, ademais é considerado um problema que afeta as diversas famílias e a sociedade de forma multifatorial (Machado *et al.*, 2023). Este agravo tem sido amplamente discutido em todo o mundo com o intuito de fortalecer as estratégias para a prevenção, combate e enfrentamento dessa problemática.

Por conseguinte, as discussões sobre a prevenção e enfrentamento da VDCM emergiram na década de 1970, a partir das reivindicações e manifestações do movimento feminista e do movimento de mulheres que contribuíram para que fossem realizadas convenções e conferências para discutir a violência de gênero no âmbito nacional e internacional. Nessa mesma década, o Dia Internacional da Mulher foi reconhecido oficialmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) (Santos; Freitas, 2017).

Nesse contexto, em 1979 foi aprovada a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres pela Assembleia das Nações Unidas, este tratado é considerado um marco jurídico internacional e dispõe de forma mais ampla sobre os direitos humanos das mulheres, a partir da promoção dos direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e repressão de quaisquer discriminações contra as mulheres nos Estados que fazem parte da convenção (Santos, 2018).

Entre as conquistas do movimento feminista no Brasil na década de 1980, destaca-se a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Até o ano de 1984, a saúde da mulher era vista de forma restrita, baseada apenas em programas materno-infantis, limitando as necessidades das mulheres apenas à gravidez e ao parto. Após a criação do PAISM foram incluídas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, com predomínio da abordagem sobre a saúde reprodutiva das mulheres (Brasil, 2004; Santos, 2018).

Ainda na década de 1980 surgiram as primeiras políticas públicas de combate à VDCM. Em 1985, foi implantada no Brasil a primeira Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres (DEAM) situada no estado de São Paulo, esta foi uma conquista de extrema importância para o movimento feminista, que reivindicava ao poder público a responsabilidade pela segurança das mulheres (Santos, 2018; Soares, 2018).

A violência contra a mulher pode ocorrer em qualquer local e em situações diversas de sua rotina, porém, é no domicílio que as mulheres são comumente agredidas, geralmente o agressor é um homem do seu núcleo familiar e que possui um vínculo emocional com a mulher (IPEA, 2020).

Com o objetivo de fortalecer as políticas públicas de enfrentamento a violência de gênero no Brasil, foi criada em 2003, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) que tem como uma de suas linhas de ação, o enfrentamento à violência contra mulher (Brasil, 2010). No mesmo ano, a VDCM passou a ser um agravo de notificação compulsória com a criação da Lei 10.778 de 2003 que instituiu a notificação da violência contra mulher nos serviços de saúde público e privado (Brasil, 2003).

No ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como um de seus objetivos específicos, a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Com a criação dessa política, a abordagem da saúde reprodutiva foi ampliada na perspectiva do cuidado integral à mulher, contemplando todos os ciclos de vida da mulher e os aspectos de gênero (Brasil, 2004)

Na perspectiva de fornecer mecanismos de combate à violência contra mulher, foi criada no ano de 2006, a lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que determina um conjunto de ações com o propósito de amparar as mulheres em situação de violência, assegurar o cumprimento integral dos seus direitos e da oferta dos serviços multiprofissionais e intersetoriais de acordo com suas necessidades (Brasil, 2006).

Ademais, a referida lei além de ter foco na violência doméstica e familiar foi criada com a finalidade de diminuir os índices de VDCM no Brasil, trazendo em seu bojo medidas protetivas que visam a garantir a integridade física e psicológica da mulher em situação de violência doméstica e dos seus dependentes (Brasil, 2006).

No ano de 2007, foi lançado o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com o objetivo de garantir que as políticas públicas sejam executadas para combater e prevenir a violência de gênero. Além disso, em 2011, foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres para a prevenção e combate à violência, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência (Brasil, 2010; Brasil, 2011).

Outro marco jurídico foi aprovado em 2015, a Lei nº 13.104 conhecida como Lei do Femicídio. A referida lei prevê o feminicídio como crime hediondo, além de considerá-lo como uma condição qualificadora do homicídio (Brasil, 2015). Embora a criação das bases jurídicas represente um importante avanço, as estatísticas evidenciam que a violência de

gênero ainda possui elevada incidência, especialmente no Brasil. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública evidenciou um crescimento de todos os indicadores de VDCM no ano de 2022, entre estes, agressões por violência doméstica, ameaças, chamados ao número telefônico 190, violência psicológica, casos de *stalking*, feminicídio, medidas protetivas de urgência concedidas e violência sexual (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

A VDCM é um problema com múltiplos fatores associados, o que requer a atenção das diversas áreas, inclusive da saúde, que representa um ponto de apoio essencial por ser o setor mais buscado pelas mulheres em situação de violência, mas não o único, e que, por isso, deve estar apto para atender e encaminhar de acordo com as necessidades de cada mulher (Garcia; Silva, 2018).

Ademais, a complexidade da VDCM requer soluções que articulem a participação de diversos setores, com o propósito de ampliar a visibilidade e o conhecimento da população sobre o tema, através dos meios de comunicação, de organizações que atuam na área, da realização de pesquisas que contribuam para a eliminação da discriminação e violência de gênero, punição dos agressores conforme legislação, além de assegurar a promoção e proteção de todos os direitos da mulher por meio da adoção ou implementação de medidas legais, políticas e programáticas no sentido de erradicá-la.

2.2 Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica no Serviço de Urgência e Emergência Hospitalar

A violência contra a mulher é uma temática relevante e que é pauta de políticas públicas que são voltadas para a sua prevenção, enfrentamento e para a assistência aos casos de mulheres que sofreram violência e procuram os serviços de saúde, assistência social, assistência jurídica e segurança pública (Aguiar *et al.*, 2023).

Este agravo ocasiona diversos impactos na saúde física e mental da mulher, sendo considerado uma das principais causas de morbimortalidade feminina, dessa forma, é essencial que os serviços de urgência e emergência estejam preparados para receber a mulher em situação de violência doméstica com profissionais qualificados e que tenham como objetivo a redução das repercussões decorrentes desta problemática (Souza; Cintra, 2018; Silva *et al.*, 2023).

Com o objetivo de garantir uma assistência digna e reduzir as repercussões geradas pela VDCM, é necessário que a equipe de profissionais de saúde do pronto-socorro esteja preparada e sensibilizada para a identificar possíveis casos, em virtude dos aspectos

emocionais e psicológicos que fragilizam a mulher e são mais difíceis de serem identificados, ao contrário das lesões físicas que costumam ser mais fáceis de reconhecer e gerenciar (Hinsliff-Smith; McGarry, 2017).

No Brasil, o atendimento de urgência e emergência é considerado o de maior complexidade entre os serviços de saúde ofertados. Ao chegar nestes serviços, abre-se para a mulher em situação de violência doméstica a oportunidade de ter garantido o que está disposto em legislação, ofertando-a esclarecimentos sobre a sua posição de detentora de direitos e criação de uma rede de amparo para que ela se sinta assistida em suas necessidades de saúde (Freitas *et al.*, 2017; Oliveira; Zocche; Rohden, 2018).

Durante o primeiro contato com a mulher em situação de violência doméstica, é essencial que o profissional realize uma assistência digna, com respeito às particularidades da situação vivenciada, acolhimento e estímulo da confiança para garantir a continuidade da assistência, posto que, uma mulher pode adentrar o serviço e não relatar que sofreu uma agressão (Pasinato, 2020).

No entanto, os estudos apontam que a assistência realizada é diferente da preconizada. Em geral, em decorrência da lotação desses serviços, as mulheres têm sua atenção prejudicada, o que resume o atendimento ao tratamento das lesões físicas, sem que exista tempo para acolhê-la e relacionar os danos aos episódios de VDCM, além disso, os profissionais de saúde das unidades de urgência e emergência, geralmente, desconhecem outros serviços da rede de assistência para os quais possam encaminhar mulheres em situação de violência doméstica (Acosta *et al.*, 2017b; Souza; Rezende, 2018).

Dessa forma, a ausência de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os serviços da rede e sobre a função de cada um, resulta não só em problemas na articulação e comunicação, mas também em encaminhamentos errados, fundamentado em idealizações, geralmente, os serviços atuam a partir do que julgam adequado para a mulher na perspectiva do seu campo de atuação (Aguiar *et al.*, 2023).

Ressalta-se que a assistência à mulher que vivencia a violência vai além do tratamento das lesões físicas, o profissional envolvido na assistência precisa agir como mediador do cuidado aos aspectos mentais, físicos e judiciais. Em virtude da complexidade dessa problemática, é fundamental a atualização e treinamento constante da equipe multiprofissional, as capacitações são responsabilidade institucional e devem ser realizadas a partir das necessidades identificadas entre os profissionais (Silva; Santos; Bezerra, 2022).

Nesse contexto, desde 2003, os casos de VDCM atendidos em serviços de saúde público ou privado constituem objeto de notificação compulsória em todo território nacional,

a partir de 2019, com a promulgação da Lei 13.931 de 2019, que retificou a referida legislação de 2003, definindo que os casos suspeitos de VDCM identificados nas unidades de saúde também devem ser notificados, apesar deste avanço, os casos de VDCM ainda são pouco notificados e o sub-registro de diversos campos da ficha são elevados (Brasil, 2003; 2019; Freitas *et al.*, 2017).

Ademais, os estudos apontam para uma alarmante subnotificação por parte dos profissionais de saúde, este fato pode ser relacionado ao medo do profissional de sofrer represálias por parte do agressor, o desconhecimento da VDCM como objeto de notificação compulsória e o déficit de conhecimento sobre o preenchimento da ficha específica, além disso, observou-se a confusão dos profissionais entre denúncia policial e notificação compulsória (Souza; Rezende, 2018).

Todavia, para a criação de estratégias de prevenção, enfrentamento e identificação precoce dos casos, é necessário que a notificação aconteça. É importante destacar que a identificação e notificação da VDCM por profissionais de saúde pode ser o primeiro passo para oferecer às mulheres possibilidades concretas de enfrentamento à situação de violência doméstica, pois estas mulheres recorrem com frequência às unidades de atendimento de urgência e emergência, em virtude das lesões físicas que são repercussões diretas das agressões (Franco *et al.*, 2020).

Com relação à assistência prestada pela equipe de saúde, a abordagem com condutas puramente técnicas, sem interação e reflexão sobre a realidade em que se insere a mulher em situação de violência doméstica, é considerada uma falta de cuidado do profissional que a assiste (Acosta *et al.*, 2017b). A assistência destes profissionais deve englobar todas as formas de violência, visto que ao chegar no serviço de saúde com uma queixa relacionada a uma agressão física, ela pode ter sofrido, ao mesmo tempo, outras formas de violência (Freitas *et al.*, 2017).

Além disso, é indispensável que a assistência à mulher em situação de violência doméstica seja realizada por uma equipe multiprofissional de saúde. Ademais, para garantir a continuidade da assistência, é importante que exista comunicação entre os profissionais e articulação intersetorial dos serviços da rede com o objetivo de possibilitar o enfrentamento da VDCM (Acosta *et al.*, 2017b). Para tanto, frente às repercussões físicas e psicológicas da violência doméstica na saúde da mulher, é dever dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, evitar a revitimização da mulher que procura atendimento nos serviços de urgência e emergência em decorrência da violência doméstica (Freitas *et al.*, 2017).

Diante do exposto, no contexto da violência doméstica, o acolhimento e a orientação sobre a rede intersetorial de assistência são de extrema importância para subsidiar a mulher com relação a sua caminhada na rede de apoio (Acosta *et al.*, 2017b). Ademais, é importante que o profissional esteja atento para realizar uma escuta e comunicação efetiva, identificando assim mulheres que vivenciam a violência (Aguiar *et al.*, 2023; Machado; Costa; Ferreira, 2023).

Entretanto, raras são as pesquisas que discorrem sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica, dando voz ao profissional no cenário hospitalar. Neste sentido, conclui-se que os profissionais de saúde devem estar capacitados e sensibilizados para assistir mulheres em situação de violência doméstica com conhecimento científico para enfrentar o desafio de identificar, notificar, assistir e enfrentar as situações de violência doméstica (Acosta *et al.*, 2017a).

2.3 Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência

A VDCM é uma problemática que carrega aspectos histórico-culturais de gênero, impulsionando que as ideias, imagens, valores e experiências pessoais reflitam nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde durante a assistência à mulher que vivenciou a violência, influenciando no planejamento das ações de enfrentamento ao agravo (Broch *et al.*, 2017; Machado *et al.*, 2023).

Dentro desse contexto, o hospital representa uma das principais portas de entrada na busca por cuidados imediatos e emergenciais à saúde, sendo necessário, um olhar ampliado dos profissionais de saúde que realizam o atendimento à mulher em situação de violência doméstica para prestar uma assistência digna (Broch *et al.*, 2017; Aguiar *et al.*, 2023).

Considerando a rotina de trabalho no ambiente hospitalar, os profissionais de saúde constroem suas representações durante a assistência às mulheres a partir de lesões provenientes de agressão física, sintomas relacionados à saúde mental e outros, ocasionados por situações de VDCM, e que necessitam de cuidados nos serviços de urgência e emergência (Acosta *et al.*, 2017; Albuquerque-Netto *et al.*, 2018).

Dessa forma, tendo em vista a necessidade de compreender a realidade, a TRS fornece subsídios para a realização de pesquisas na área da enfermagem, em virtude da possibilidade dada ao investigador de interpretar a realidade dos participantes auxiliando no entendimento

das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social em face de um objeto psicossocial (Silva *et al.*, 2017).

Com relação aos estudos sobre representações sociais de profissionais de saúde sobre a VDCM, um estudo que buscou compreender as representações sociais de profissionais da saúde sobre a violência contra a mulher e os homens autores, observou que a compreensão das representações sociais dos trabalhadores de saúde dos três níveis de atenção a respeito da VDCM enquadra-se em uma representação de caráter negativo e organizada em torno da violência física contra a mulher (Cruz, Espíndula; Trindade, 2017).

Nessa perspectiva, observa-se que os profissionais justificam os atos de violência pela imagem naturalizada do homem como covarde e essa característica descreve o homem como o agressor. Ademais, desenvolvem práticas de acolhimento às mulheres em situação de violência, trazendo a mulher como figura frágil da relação, revelando uma situação na qual as representações podem ser consideradas como orientadoras das práticas (Cruz; Espíndula; Trindade, 2017).

No estudo realizado por Broch *et al.*, (2017), que teve com objetivos identificar e comparar as representações sociais da VDCM entre profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família (USFs) das zonas urbana e rural, verificou-se a partir da comparação da representação social da VDCM que a representação entre os profissionais de saúde que atuam na zona urbana e zona rural, apresentou aspectos comuns e, simultaneamente, variações em virtude das situações específicas do cotidiano e cenário de atuação profissional.

Ainda no mesmo estudo, os trabalhadores de saúde evocaram os termos agressão e covardia no núcleo central, indicando o conceito ou imagem e o julgamento dos profissionais em relação à violência. Na comparação entre as representações sociais dos trabalhadores, os profissionais da zona rural evidenciaram a dimensão afetiva da representação, apoiada na sensação de vulnerabilidade tanto da equipe quanto das mulheres rurais (Broch *et al.*, 2017).

Outro estudo desenvolvido na Atenção Primária à Saúde (APS) que teve como objetivo, compreender as representações sociais de profissionais da APS sobre violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, evidenciou nos relatos dos participantes da pesquisa 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).

Ainda no contexto da APS, Amarijo *et al.*, (2017), desenvolveram um estudo cujo objetivo foi analisar as representações sociais acerca da VDCM entre enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas USFs do Município do Rio Grande, Rio Grande do Sul, neste

estudo, observou-se que a representação de enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a VDCM é estruturada, sendo legitimada, aceita e tolerada como algo inerente à mulher.

Em um estudo realizado com enfermeiros no ambiente hospitalar por Acosta *et al.*, (2018), que teve como objetivo, analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais de enfermeiras acerca da VDCM, pode-se inferir que as representações sociais de enfermeiros sobre VDCM refletem o medo e o despreparo desses profissionais na condução da assistência, com memória coletiva remetente à agressão física e verbal, desrespeito e humilhação.

Diante do exposto, após a revisão nas bases de dados, evidencia-se a importância da pesquisa sobre as representações sociais de profissionais da urgência e emergência sobre a VDCM. Dessa forma, reafirma-se a importância do estudo, na busca das representações sociais sobre a assistência de profissionais de saúde às mulheres em situação de violência doméstica que procuram atendimento no pronto-socorro.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 A Teoria das Representações Sociais

Conforme descreve Sá (2002), a TRS denomina tanto um conjunto de fenômenos, quanto os conceitos que os compõem e a teoria elaborada para explicá-los, teve seu início com Serge Moscovici, através da sua obra *La psychanalyse, son image et son public* (Moscovici, 1961, 1976) que apresentou a representação social da psicanálise recorrente entre a população da cidade de Paris, no fim da década de 1950.

A TRS surge do entendimento de representações coletivas do sociólogo francês Émile Durkheim, que as define como aquelas que reúnem diversidades de pensamentos e de saberes partilhados de forma coletiva. Nos estudos de Durkheim, Moscovici visualizou um campo de pesquisa adequado para desenvolver os estudos sobre as representações sociais (Morera *et al.*, 2015; Moscovici, 2015).

Neste estudo, a TRS foi escolhida como referencial para nortear esta pesquisa por entender que esta teoria possibilita uma apropriação do objeto de estudo, no intuito de melhor compreendê-lo. A partir do conhecimento partilhado pelos profissionais de saúde e suas práticas assistenciais, é possível averiguar como o senso comum e as experiências se associam ao conhecimento científico e formam as representações sobre a VDCM.

As representações são habitualmente resultado da comunicação, elaborados e compartilhados em processos específicos de interação social em mundos concretos e particulares, tomando sua forma e configuração peculiares a qualquer momento, como um resultado do equilíbrio específico desses processos de influência social (Jodelet, 2001; Morera *et al.*, 2015)

Para Moscovici (2015), a complexidade da noção de representação social é de fácil compreensão, porém o seu conceito, não é, Moscovici, sempre foi relutante em expor um significado preciso das representações sociais por considerar que uma tentativa de definição poderia resultar na redução do seu alcance conceitual.

Desse modo, as representações sociais consistem em uma forma de conhecimento elaborada e partilhada socialmente que envolve as interpretações de determinado grupo social e têm como objetivo familiarizar o indivíduo com os conceitos que até então lhe eram desconhecidos, possibilitando-lhe classificar e nomear essas novas ideias, assimilando-as a partir de noções, valores e teorias diversas existentes em seu meio social em um determinado tempo e espaço (Jodelet, 2001).

Uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto), desse modo, não é possível abordar a representação do objeto sem especificar a população ou um conjunto social, outrossim, não é possível abordar as representações sociais sem especificar os objetos representados, ou seja, para construir o objeto de pesquisa com base na TRS, é necessário levar em consideração o sujeito e o objeto da representação que se quer estudar (Jodelet, 2001; Sá, 1998).

As representações sociais 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).

Dessa forma, afirma-se, portanto, a importância de fundamentar o presente estudo na TRS, pois o objeto proposto faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência, em virtude das repercussões imediatas que a VDCM pode ocasionar à saúde da mulher, somado a este fato, observa-se que a VDCM é um tema atual, que está inserido na mídia sendo assim discutido, problematizado e muitas vezes vivenciado no dia a dia desses profissionais de saúde.

Assim, para análise da representação social, Moscovici (2015) refere dois mecanismos básicos que esclarecem a forma como a sociedade altera o conhecimento em representação e, ao mesmo tempo, como as representações sociais modificam o espaço social, denominados de ancoragem e objetivação.

A ancoragem consiste no processo de 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, enquanto o objetivo do segundo mecanismo é objetivá-las, ou seja, 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, 2015).

Neste contexto, sendo as representações elaboradas a partir de um pensamento social, considera-se que os profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência, tenham representações comuns sobre a VDCM em seu exercício profissional, o que possibilita trocas entre a equipe através do conhecimento apreendido, ancorado e objetivado a partir das interações sociais.

A partir do levantamento do conteúdo das representações sociais, estas possuem três dimensões, a saber: a atitude que consiste na dimensão em que se demonstra a posição, o afeto e a tomada de decisão relacionada ao objeto; a informação, que está atrelada ao conhecimento de um grupo em relação ao objeto social; e a do campo representacional que

implica imagens, modelos sociais, hierarquias e compreende os valores (Sá 1996; Santos, 2005).

As representações sociais possuem um papel essencial nas dinâmicas das práticas sociais e respondem a quatro funções: Função de Saber, em que se permite compreender e explicar a realidade social; Função de Orientação, que guia os comportamentos, orientando as práticas sociais ao preceder o desenvolvimento da ação; Função Identitária, que determina a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos; e Função Justificadora, que permite justificar as condutas e os comportamentos frente à determinada realidade (Santos, 2005).

Por fim, é importante destacar que as práticas assistenciais dos profissionais de saúde podem ser justificadas considerando as representações que estes possuem sobre a VDCM, que são construídas a partir do senso comum, das relações estabelecidas, do conhecimento científico apreendido ao longo da atuação profissional, aspectos afetivos e culturais que envolvem este contexto.

3.2 Abordagens Estrutural e Processual das Representações Sociais

A TRS engloba uma variedade de estudos com objetos diversos, sabe-se que existem abordagens diferenciadas acerca da teoria que não se constituem como alternativas a esta, mas se complementam, a saber: a societal liderada por Willem Doise, a estrutural liderada por Jean-Claude Abric e a processual liderada por Denise Jodelet (Almeida, 2009). Este estudo se propõe a trabalhar nas perspectivas das abordagens processual e estrutural.

A abordagem estrutural foi proposta pela primeira vez em 1976 por Jean-Claude Abric na Université de Provence, foi a única a se formalizar como uma teoria, a chamada Teoria do Núcleo Central (TNC). Esta teoria ocupa-se com o conteúdo cognitivo das representações e compreende um conjunto estruturado, que se organiza em um sistema central e periférico, com características e funções distintas (Mazzotti, 2002; Sá, 2002).

A TNC foi construída por meio de uma hipótese sobre a forma como as representações sociais eram estruturadas. Ademais, essa teoria não foi definida como uma substituta à TRS de Moscovici, e sim como uma teoria complementar, que traz contribuições atuais ao aperfeiçoamento teórico-metodológico das representações sociais (Sá, 2002)

Nessa abordagem, a TNC possibilita a compreensão das lógicas sociocognitivas na estrutura geral das representações sociais, tendo no sistema central, o lugar de consenso da representação. Dessa forma, é possível identificar o objeto da representação social que está

centralizado em um núcleo central consistente a ser formado por elementos que denotam seu significado para a representação do indivíduo (Sá, 2002).

Segundo Abric (2001, p. 19), o núcleo central é “constituído de um ou alguns elementos que dão à representação o seu significado”. Dessa forma, a mudança da representação social somente é possível com a alteração do seu núcleo. Por outro lado, os outros elementos que constituem a representação, denominados elementos periféricos, são mais acessíveis, dinâmicos e concretos (Abric, 2001).

Os elementos periféricos permitem a associação das vivências e histórico individual, suporte às contradições ou heterogeneidade do grupo estudado (Sá, 2002). Dessa forma, o núcleo central é constante, consensual, coerente e historicamente determinado; os elementos periféricos são mutáveis, adaptativos, e com relação ao seu conteúdo, são relativamente heterogêneos (Sá, 2002).

Desse modo, para identificar os elementos central e periférico da representação social, é necessário que exista a comunicação com o sujeito e com o grupo, buscando o entendimento do pensamento do indivíduo isolado, e se há modificação na relação com o grupo ou outros fatores sociais específicos que possam influenciar algumas características da representação social (Abric, 2003).

Compreender as a representação social de acordo com a abordagem estrutural tende a aprofundar a investigação de como os aspectos sociais podem atuar sobre os processos de pensamento, por meio da identificação e ordenação da estrutura de relações entre os sujeitos. Além disso, efetiva o papel e o significado que determinado objeto social tem para um grupo (Wachelke, 2012).

A abordagem processual, também conhecida como culturalista, foi difundida por Denise Jodelet, esta abordagem foi divulgada nos seus trabalhos da *École des Hautes Études em Sciences Sociales*, em Paris (Sá, 1998). Para Jodelet, as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativos e agem na vida social, isto é, advém de um conhecimento do senso comum e são formadas em razão do cotidiano do sujeito (Jodelet, 2001).

Segundo Jodelet, (2001), a partir da necessidade que os indivíduos possuem de identificar-se com o mundo são construídas as representações sociais, as quais estão presentes na rotina dos sujeitos por meio dos discursos, das interações, das condutas, entre outros. Para essa abordagem, as representações sociais são entendidas como o estudo dos processos e dos produtos, por meio dos quais as pessoas constroem e interpretam seu mundo e sua vida,

permitindo a comunicação da subjetividade com as dimensões social, cultural e histórica (Jodelet, 2018).

Desse modo, para a abordagem processual, é necessário um processo teórico-metodológico detalhado que deve entender: as condutas e comportamentos sociais que estão refletidas nas representações sociais, os discursos dos indivíduos e dos grupos que representam socialmente um objeto; os documentos que ao serem examinados apresentam as rotinas e discursos que são legitimados e explorar as interpretações permeadas por meios de comunicação de massa que podem interferir diretamente ao manter ou transformar determinada representação (Sá, 1998).

Ademais, as representações sociais estão presentes também na transmissão e compreensão dos conhecimentos, na definição de identidades pessoais e sociais, na evolução do indivíduo e do grupo, nas transformações sociais, na expressão dos grupos (Jodelet, 2001). Nesse contexto, as representações são uma configuração de saber prático que conectam um sujeito a um objeto, ou seja, toda representação social é sempre a representação de um objeto para um indivíduo, sendo que as características de ambos influenciam em sua conformação (Jodelet, 2001).

Levando em consideração que em todas as relações dos sujeitos têm representações sociais sendo construídas (Moscovici, 2015), supõe-se que pelo fato de atender mulheres que vivenciam a violência doméstica, as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a assistência à mulher proporcionem a compreensão da realidade das práticas desses profissionais, portanto, poderá contribuir para implantação de estratégias de enfrentamento nos atendimentos realizados.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa com delineamento exploratório e descritivo de natureza qualitativa, que, empenha-se na compreensão da intensidade dos eventos e das relações humanas, dos elementos relacionados a estas relações; neste tipo de pesquisa o foco está na importância dos discursos e nas perspectivas dos atores sociais que estão envolvidos (Minayo; Costa, 2018).

A pesquisa é embasada na TRS como referencial teórico-metodológico do estudo que fundamenta que a representação social é uma construção entre sujeito e objeto. Essa construção é social, não individual e surge a partir do interesse pela compreensão dos fenômenos coletivos, pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais que fazem com que as representações se movimentem no meio de diferentes conceitos e percepções, é uma forma de saber prático que conecta um sujeito a um objeto dentro de um grupo de pertença (Morera *et al.*, 2015). Dessa forma, os profissionais de saúde constituem grupo de pertença, o que possibilita o conhecimento de suas representações sociais sobre o objeto de estudo.

O estudo foi elaborado seguindo os critérios do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), composto por 32 itens divididos em três domínios: 1) Equipe de pesquisa e reflexividade; 2) Conceito do estudo e 3) Análise e resultados.

4.2 Local da Pesquisa

O presente estudo foi realizado no município de Itabuna no sul da Bahia, localizado a 436,5 km da capital Salvador e sua área de abrangência pactuada para serviços de saúde estende-se por 22 municípios e mais três microrregiões que a compõem, a saber, Ilhéus (oito municípios), Valença (11 municípios) e Jequié (22 municípios) e mais 168 municípios pactuados nos serviços de neurologia (HBLEM, 2021).

O município de Itabuna está situado no Núcleo Regional de Saúde (NRS) Sul com sede em Ilhéus, os núcleos atuam como elo entre o governo estadual e os municípios, coordenando e apoiando as ações de saúde em sua área de abrangência, por meio de uma atuação integrada e colaborativa com os municípios, o NRS Sul desempenha um papel

fundamental na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos da região sul da Bahia (Bahia, 2015).

A pesquisa foi realizada no setor de urgência e emergência do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães (HBLEM) por ser a porta de entrada da instituição, local onde os profissionais têm o primeiro contato com o paciente e pode identificar possíveis mulheres em situação de violência doméstica.

O hospital dispõe de serviços de média e alta complexidade, urgência e emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, ortopedia e traumatologia, bucomaxilofacial, neurologia, neurocirurgia, angiologia, cirurgia vascular, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), psiquiatria, bioimagem e hemodiálise. O atendimento é exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (HBLEM, 2021).

4.3 Participantes da Pesquisa

Considerando que os grupos sociais constroem suas representações sociais coletivamente, participaram deste estudo, profissionais de saúde atuantes no pronto-socorro do HBLEM, a saber, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistente social, psicólogos e técnicos em enfermagem. Na época da coleta de dados faziam parte da equipe, em média, 200 profissionais de saúde.

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, através do contato com os profissionais para realizar o convite. Como critérios de inclusão, o participante deveria ser profissional de saúde do serviço de urgência e emergência com vínculo efetivo ou contrato e ter realizado atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, não participaram do estudo os profissionais que estavam afastados das suas atividades no setor por férias, licença sem vencimento e licença médica.

Desta maneira, na primeira etapa da pesquisa 100 profissionais de saúde responderam ao questionário sociodemográfico e caracterização dos participantes e participaram da Técnica de Evocações Livres (APÊNDICE A). Nesta etapa, os profissionais foram convidados a colaborarem com a segunda etapa da coleta de dados. Na segunda etapa foi realizada entrevista semiestruturada com 40 profissionais de saúde, seguindo um roteiro com questões disparadoras (APÊNDICE B), conforme demonstrado no Quadro 1:

Quadro 1. Distribuição do quantitativo de profissionais de saúde por categoria, que responderam à Técnica de Evocações Livres de Palavras e a Entrevista semiestruturada, Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.

Categoria Profissional	Evocações livres	Entrevista semiestruturada
Técnico em Enfermagem	46	11
Enfermeiro	29	15
Médico	14	9
Assistente Social	6	2
Fisioterapeuta	4	3
Psicólogo	1	-
Total	100	40

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

4.4 Técnicas para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em duas etapas de forma presencial entre os meses de janeiro a maio de 2023. Foram aplicadas duas técnicas independentes e complementares: a Técnica de Evocações Livres e a entrevista semiestruturada contendo questões disparadoras. A coleta de dados foi realizada presencialmente após reunião com a coordenação geral e ocorreu da seguinte forma: os profissionais foram abordados no setor de urgência e emergência do HBLEM e eram convidados a participar, sendo apresentados à proposta do projeto, esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa, métodos, sua relevância e os objetivos e informados sobre a participação de forma livre e voluntária, além do caráter confidencial do estudo. Depois do contato inicial e conforme aceite, os profissionais de saúde foram orientados a ler e assinar em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) e guardar para si uma cópia do termo.

Inicialmente, os profissionais preencheram um questionário sociodemográfico com a caracterização dos participantes contendo informações relacionadas à idade, sexo, religião, situação conjugal, raça/cor autodeclarada, profissão, tempo de formação, pós-graduação e se já foi capacitado para assistir mulheres em situação de violência doméstica. Foi garantido ao participante o direito de não responder qualquer questão sem a necessidade de justificativa.

Para a Técnica de Evocações Livres, foi solicitado aos participantes que falassem prontamente até cinco palavras ou expressões que viessem à sua mente ao ouvir o termo indutor: “assistência à mulher em situação de violência doméstica”. O objetivo dessa técnica foi apreender a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde e identificar o núcleo central dessas representações, de acordo com a abordagem estrutural da TRS. Este

método de coleta propicia, a partir de diferentes provocações, que a percepção da realidade de um grupo seja apreendida com base nas evocações das respostas que surgem a partir dos estímulos (Coutinho; Bú, 2017).

A segunda e última etapa foi a realização da entrevista semiestruturada que consistiu na aplicação de um roteiro composto por questões disparadoras, com a finalidade de compreender como o profissional identifica que a mulher está vivenciando a violência doméstica, apreender o que o profissional conhece sobre este agravo e entender como ocorre a assistência no setor diante da mulher que sofreu violência (APÊNDICE B), essa etapa foi realizada presencialmente com profissionais que aceitaram participar.

A entrevista foi realizada em um ambiente privado da unidade hospitalar, a saber, no quarto utilizado para descanso dos profissionais, na cozinha do setor, na sala de preparo de medicamentos dos pacientes internados, nos consultórios e na sala de triagem. Por sua vez, o local era escolhido pelo participante com o objetivo de manter a privacidade; destaca-se que durante as entrevistas, não havia outro profissional ou paciente ocupando o espaço escolhido. Foi solicitada a autorização para a gravação de voz com auxílio de um aparelho celular, para fins apenas de transcrição das falas, na íntegra. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos e serão arquivadas por um período de cinco anos.

O objetivo dessa etapa foi identificar o conteúdo das representações sociais que estes trabalhadores possuem sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica, a partir da abordagem processual da TRS. Dessa forma, a entrevista permitiu que as respostas fossem aprofundadas e os pontos mais relevantes destacados, considerando a saturação empírica dos dados que ocorreu a partir da 35ª entrevista, assim, observou-se que não foram encontrados mais elementos para aprofundar a temática estudada, todavia, foram realizadas mais cinco entrevistas para garantir a percepção dessa saturação.

4.5 Análise dos dados

As respostas resultantes da Técnica de Evocações Livres foram submetidas separadamente ao processamento estatístico com o auxílio do *software* de análise evocações EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations*) - versão 2005 proposto por Pierre Vergès (Santos, 2019). Após a coleta, foi iniciado o preparo do *corpus* com a padronização das evocações através de correção ortográfica, retiradas as pontuações e espaços em excesso. Os termos sob a mesma designação e com significação semelhante foram agrupados, formando o dicionário de campo semântico.

Deste modo, após a organização e elaboração do *corpus*, o arquivo foi salvo em formato de texto sem formatação para ser processado no *software* e, assim, foi realizada a análise prototípica que possibilita organizar as evocações de acordo com a frequência e a ordem de evocação. O processamento dos dados no *software* gerou o quadro de quatro casas, constituído pelos elementos centrais, de primeira e segunda periferias e os de contraste (Sá, 2002).

Em continuidade à análise dos dados, a partir das palavras dispostas no quadro de quatro casas foi possível realizar a análise de similitude por coocorrência, realizada a partir do cálculo do índice de similitude que detecta o grau de conexão dos elementos da representação (Sá, 2002). Inicialmente foram selecionados todos os participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas, a partir dessa seleção, foi realizado o cálculo do índice de similitude, dividindo o número de coocorrência dos pares de palavras pelo número de participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas (Pecora; Sá, 2008).

Com base nos índices de similitude foi possível construir a árvore máxima de similitude, tendo como ponto de partida as mais fortes conexões (Pecora; Sá, 2008; Sá, 2002). A partir das coocorrências das palavras, 77 participantes evocaram dois ou mais elementos presentes no quadro de quatro casas.

Os dados provenientes das entrevistas foram processados pelo *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). As entrevistas foram transcritas em documento do *Microsoft Word* com supressão dos questionamentos da pesquisadora salvo em formato de texto sem formatação para análise lexical com auxílio do *software* IRAMUTEQ que se ancora no *software* R e permite diferentes análises sobre o *corpus* textual tabelas, indivíduos e palavras, dentre eles, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), interface que foi utilizada para análise textual nesta pesquisa (Camargo; Justo, 2013; Souza *et al.*, 2018).

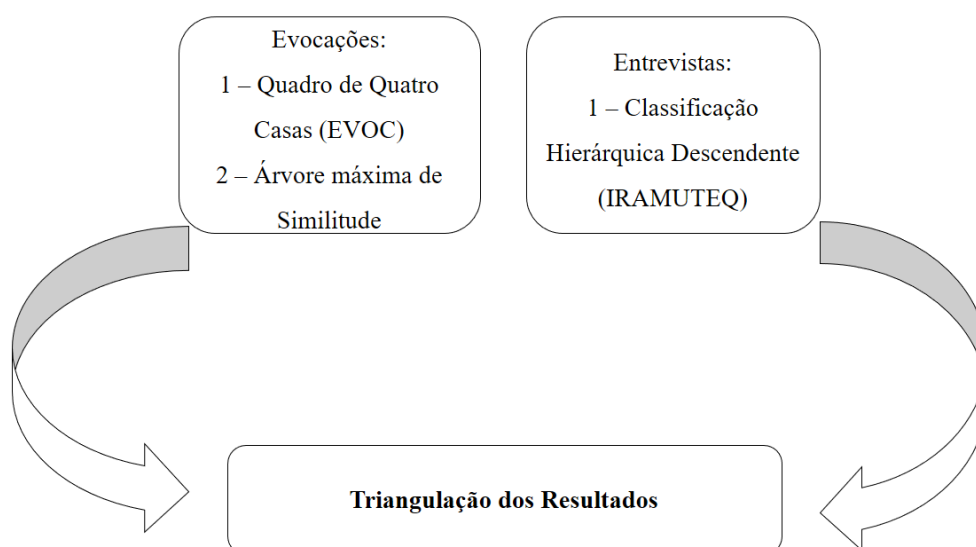
A CHD tem como objetivo, organizar classes de segmentos de texto (STs) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos STs das outras classes. A partir dessas análises, o *software* organizou a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes. Em pesquisas sobre representações sociais, estas classes podem auxiliar na compreensão dos conhecimentos do senso comum sobre um determinado objeto, ou ainda apenas aspectos de uma mesma representação (Camargo; Justo, 2013).

Os dados obtidos pelo questionário sociodemográfico dos participantes foram analisados a partir da estatística descritiva simples. A partir dos dados obtidos através das entrevistas, foram realizadas interpretações da pesquisadora que foram discutidas à luz do referencial teórico da TRS e dos achados da literatura sobre assistência à mulher em situação de violência doméstica, no intuito de compreender as representações dos profissionais de saúde.

Cada método de análise empregado neste estudo constituiu o objeto de uma maneira particular, permitindo uma perspectiva específica. Nesse sentido, foi utilizada a triangulação dos resultados como um elemento de enriquecimento para a compreensão do fenômeno (Spink, 2013). Ao combinar diferentes abordagens analíticas, foi possível obter uma visão mais abrangente e detalhada da complexidade do tema estudado, ampliando assim o conhecimento sobre a representação social dos profissionais de saúde sobre a assistência a mulher que vivencia a violência.

Portanto, a triangulação ilustrada na Figura 1, permitiu a interação entre diversas técnicas de coleta e análise de dados, bem como fontes provenientes da literatura, esclarecendo aspectos antes não tão evidentes e contribuindo para o estabelecimento de novos conhecimentos. Essa abordagem integrada enriqueceu a compreensão do fenômeno estudado, oferecendo uma visão mais abrangente e aprofundada por meio da associação de diferentes perspectivas e métodos.

Figura 1- Percurso metodológico para triangulação dos dados, Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos preconizados na Resolução 466/2012 e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo aos referenciais bioéticos como a beneficência, não maleficência, liberdade, dignidade e autonomia da pessoa humana. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e enviado para análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié.

Os dados foram coletados após emissão do parecer favorável do CEP/UESB, conforme CAAE 59897822.9.0000.0055 e parecer consubstanciado 5.695.262 de 10 de outubro de 2022 (ANEXO B). Após parecer favorável do CEP, foi encaminhado ofício (ANEXO C) para o diretor clínico do hospital solicitando autorização para a coleta dos dados com os profissionais de saúde do setor de urgência e emergência do HBLEM. Após a autorização do referido CEP/UESB e do órgão competente iniciou-se a coleta de dados em janeiro de 2023.

Todos os participantes assinaram TCLE sendo garantido o anonimato e proteção da identidade dos participantes. Para proteção das identidades, na entrevista foi utilizada a palavra Participante seguido de número de 1 a 40, referente à ordem da realização das entrevistas, como também a identificação da categoria profissional.

Este estudo apresentou riscos relacionados com o possível desconforto dos participantes em responder a algum questionamento. Para reduzir os riscos, os profissionais foram informados previamente sobre a possibilidade de não responder a alguma questão ou de interromper a Técnica de Evocações Livres ou a entrevista a qualquer momento.

Os benefícios deste estudo consistem em promover maior visibilidade à questão da VDCM, a fim de que possam se desenvolver políticas públicas. Além disso, a pesquisa revela a importância de falar sobre violência, especialmente aquela no ambiente doméstico, criando espaços de discussão, sensibilização e empoderamento, de modo a reduzir as práticas violentas contra mulheres, não só nas residências, mas também em outros cenários sociais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo são apresentados em dois manuscritos científicos que foram elaborados conforme normas dos periódicos selecionados.

Segue abaixo, o título dos manuscritos, o periódico que será submetido e *link* das diretrizes aos autores.

Manuscrito 1: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica

Revista: *Ciência & Saúde Coletiva*

Normas aos autores: <https://www.scielo.br/journal/csc/about/#instructions>

Manuscrito 2: Práticas assistenciais de profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica: Estudo de Representações Sociais

Revista: *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*

Normas aos autores:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/submissionguidelines>

5.1 Manuscrito 1

Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica

Social Representations of Health Professionals on Assistance to Women in Situations of Domestic Violence

RESUMO

Objetivo: Aprender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica.

Método: Estudo qualitativo realizado com 100 profissionais de saúde do setor de urgência e emergência de um hospital público localizado em um município do interior baiano, entre janeiro e maio de 2023. Os dados foram coletados através da técnica de evocações livres de palavras, processados no *software* EVOC e, posteriormente, foi calculado o índice de similitude.

Resultados: Por meio da análise prototípica, verifica-se que as representações sociais dos profissionais de saúde estão organizadas através de três termos: *acolhimento*, *cuidado* e *agressão*. Estes elementos apontam sensibilização destes para realização de práticas de acolhimento frente à mulher que vivencia uma agressão física e trazem a dimensão prática e afetiva da representação sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica.

Conclusão: Conclui-se que foi possível identificar que a representação está organizada em torno dos elementos agressão, cuidado e acolhimento, presentes no núcleo central. Compreende-se que os profissionais de saúde, por meio desses elementos, trazem a dimensão

prática e afetiva da representação sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica.

Palavras-chave: representação social; serviço hospitalar de emergência; violência doméstica.

ABSTRACT

Objective: To apprehend understand the structure of social representations of health professionals regarding assistance to women in situations of domestic violence.

Method: Qualitative study carried out with 100 health professionals from the urgency and emergency sector of a public hospital located in a city in the interior of Bahia, between January and May 2023. The data was found using the technique of evoking word books, processed in the EVOC software and, subsequently, the similarity index was calculated.

Results: Through the prototypical analysis, it is verified that the social representations of health professionals are organized through three terms: reception, care and aggression. These elements point to their awareness of carrying out welcoming practices towards women who experience physical aggression and bring the practical and affective dimension of the representation of assistance to women in situations of domestic violence.

Conclusion: It is concluded that it was possible to identify that the representation is organized around the elements of aggression, care and reception, present in the central nucleus. It is understood that health professionals, through these elements, bring the practical and affective dimension of the representation of assistance to women in situations of domestic violence.

Keywords: social representation; emergency service; domestic violence.

Introdução

A Violência Doméstica Contra Mulher (VDCM) é resultante das relações de gênero, classe, raça e as suas respectivas relações de poder que são reforçados por culturas machistas e patriarcais, estabelecem relações de violência entre homens e mulheres, atingindo a integridade feminina de forma irreversível no âmbito mental, físico e sexual^(1,2).

No Brasil, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2023) evidenciou um crescimento da VDCM no ano de 2022. Observou-se um aumento de 2,9% das agressões contra mulheres no contexto da violência doméstica, totalizando 245.713 mulheres agredidas, ademais, também foi constatado um aumento de 6,1% do crime de feminicídio, totalizando 1.437 mortes de mulheres por sua condição de gênero⁽³⁾.

Dados da literatura evidenciam que as mulheres em situação de violência doméstica cursam com mais problemas de saúde ao longo da vida e procuram, com frequência, os serviços hospitalares e de urgência⁽⁴⁾. No Brasil, o atendimento na urgência e emergência é considerado o de maior complexidade entre os serviços ofertados⁽⁵⁾.

No entanto, a urgência e emergência é conhecida pela superlotação, alta demanda de usuários com diferentes problemas de saúde, rotina de trabalho exaustiva, além disso, falhas na infraestrutura, falta de material e a quantidade reduzida de profissionais influenciam diretamente no processo de trabalho da equipe e na assistência prestada pelos profissionais de saúde⁽⁴⁾.

Ao chegar nas referidas unidades, abre-se a oportunidade para a mulher em situação de violência ter garantido o que está disposto legalmente e a criação de uma rede de amparo para que ela se sinta assistida em suas necessidades de saúde⁽⁵⁾.

Por se tratar de um fenômeno histórico-cultural, a assistência à saúde de mulheres em situação de violência doméstica pode ser influenciada por preconceitos, rotulações e experiências pessoais que interferem na assistência prestada pelo profissional de saúde⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência às mulheres em situação de violência doméstica?

Escolheu-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) para embasar esse estudo considerando a necessidade de compreender como os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência representam a VDCM e como essas representações influenciam a assistência prestada.

Além disso, a teoria possibilita a análise do pensamento dos participantes em relação às crenças, experiências, valores e percepções sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica⁽⁷⁾. Assim, o estudo teve como objetivo apreender a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa fundamentado teoricamente na abordagem estrutural da TRS, proposta por Jean-Claude Abric. Essa abordagem foi a única a se formalizar como uma teoria, a chamada Teoria do Núcleo Central (TNC) que procura entender a estrutura de uma representação social e propõe que toda representação social é constituída diante de um núcleo central e um sistema periférico⁽⁸⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital público regional de média e alta complexidade localizado no sul da Bahia. Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde do setor de urgência e emergência. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, através de contato pessoal dentro do setor.

Dentre os critérios de elegibilidade, foram incluídos os profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência com vínculo efetivo ou contrato que realizaram atendimento a mulheres em situação de violência doméstica, e excluídos os profissionais que estavam afastados das suas atividades do setor por férias, licença sem vencimento ou licença médica.

A coleta de dados ocorreu presencialmente no período de janeiro a maio de 2023 em um local reservado no hospital. Com relação ao número de participantes, 100 profissionais de saúde preencheram de forma individual um questionário sociodemográfico e um instrumento contendo a Técnica de Evocações Livres. A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos participantes que falassem prontamente até cinco palavras ou expressões que viessem à sua mente ao ouvir o termo indutor: assistência à mulher em situação de violência doméstica.

No que se refere às respostas resultantes da Técnica de Evocações Livres, inicialmente foi realizado um preparo com a padronização das evocações, após a organização e elaboração do *corpus* utilizou-se o *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations*) - versão 2005 para realizar a análise prototípica que possibilita organizar as evocações de acordo com a frequência e a ordem de evocação. O processamento dos dados no *software* gerou o quadro de quatro casas, constituído pelos elementos centrais, de primeira e segunda periferias e os elementos da zona de contraste⁽⁹⁾.

Em continuidade à análise dos dados, a partir das palavras dispostas no quadro de quatro casas realizou-se a análise de similitude por coocorrência, a partir do cálculo do índice de similitude. Inicialmente foram selecionados todos os participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas, a partir dessa seleção calculou-se o índice de similitude, dividindo o número de coocorrência dos pares de palavras pelo número de participantes que evocaram dois ou mais elementos do quadro de quatro casas⁽⁹⁾.

Com base nos índices de similitude construiu-se a árvore máxima de similitude, tendo como ponto de partida as mais fortes conexões^(9,10). A partir das coocorrências das palavras, 77 participantes evocaram dois ou mais elementos presentes no quadro de quatro casas.

A pesquisa é um recorte de dissertação de mestrado intitulada Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais e obedeceu às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde,

sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB conforme CAAE 59897822.9.0000.0055 e parecer consubstanciado 5.695.262/2022.

Resultados

Considerando o grupo estudado, composto por 100 profissionais de saúde, 46 eram técnicos de enfermagem, 29 enfermeiros, 14 médicos, seis assistentes sociais, quatro fisioterapeutas e um psicólogo, sendo que o número de mulheres foi maior, representando 70 participantes.

A idade dos profissionais de saúde variou entre 22 e 76 anos, predominando a faixa etária entre 30-49 anos (73). Com relação à autodeclaração da cor, 65 profissionais se autodeclararam pardos. Sobre a religião, a maior parte dos participantes (55) são católicos e no que tange ao estado civil, 39 afirmaram ser casados.

Em relação ao tempo de formação, a maioria tinha mais de 10 anos (46). Considerando a realização de pós-graduação, 52 participantes tinham especialização. No que concerne à capacitação para assistir mulheres em situação de violência doméstica, 85 profissionais não participaram de curso ou palestra relacionado à violência doméstica.

Como resultado da Técnica de Evocações Livres, o *corpus* formado a partir dos elementos evocados pelos participantes ao pensar no termo indutor assistência à mulher em situação de violência doméstica totalizou 432 palavras, sendo 61 diferentes. O *rang* ou ordem média das evocações (OME), calculado com auxílio do *software* EVOC, foi de 2,80, a frequência mínima nove e a frequência média 23. A análise dos dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 1).

Quadro 1 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde para o termo indutor “assistência à mulher em situação de violência doméstica”. Itabuna, Bahia, 2023. (n = 100)

Rang < 2,80				Rang ≥ 2,80			
Núcleo Central				Primeira Periferia			
Freq. Méd. ≥ 23		Freq.	O.M.E		Freq.	O.M.E	
	Acolhimento	34	2,235	Assistência	25	2,840	
	Agressão	50	2,460	Empatia	36	3,111	
	Cuidado	41	2,756				
Zona de Contraste				Segunda Periferia			
Freq. Méd. < 22		Freq.	O.M.E		Freq.	O.M.E	
	Apoio	21	2,667	Desrespeito	10	3,400	
	Denunciar	09	2,333	Direitos	13	3,000	
	Indignação	18	2,056	Orientar	11	3,545	
	Medo	12	2,500				
	Raiva	21	2,095				
	Sufrimento	20	2,800				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais significativos, constituindo possivelmente o núcleo central da representação dos profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica. Verifica-se que as palavras *acolhimento*, *agressão* e *cuidado* foram as mais frequentes e prontamente evocadas justificando estarem presentes no núcleo central.

Nos quadrantes superior e inferior direitos estão localizados os elementos da primeira e segunda periferia. A primeira periferia é constituída pelas palavras *assistência* e *empatia*, esses elementos protegem o núcleo central de mudanças, são termos com alta frequência de evocação e que foram evocados mais tardiamente.

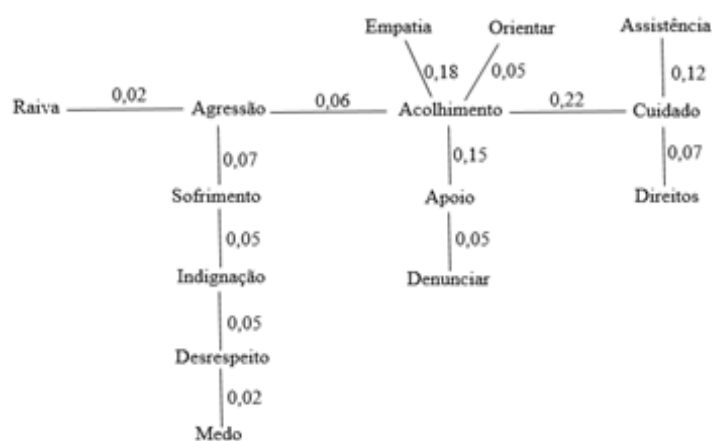
A segunda periferia engloba as palavras *desrespeito*, *direitos* e *orientar*. Esses elementos referem-se aos termos evocados com menor frequência e com a taxa de ordem média de evocações elevada, ou seja, foram evocados mais tardiamente; são elementos instáveis às mudanças e apresentam relação ao contexto de vida e aos fatores sociais.

Já o quadrante inferior esquerdo constitui a zona de contraste, composta pelos elementos: *apoio*, *denunciar*, *indignação*, *medo*, *raiva* e *sofrimento*, estes foram termos prontamente evocados, mas que apresentaram baixa frequência; são elementos que podem

discutir e complementar o núcleo central, reforçar as ideias da primeira periferia ou ainda revelar a existência de um subgrupo que possui uma representação diferente.

Por meio do cálculo de similitude foi possível elaborar a árvore máxima de similitude por coocorrência dos termos que compõem o quadro de quatro casas (Figura 1) que possibilita apresentar a conexidade entre os elementos que configuram como está organizada a estrutura da representação dos profissionais de saúde.

Figura 1 – Árvore Máxima de Similitude das evocações dos profissionais de saúde frente ao termo indutor assistência à mulher em situação de violência doméstica. Itabuna, Bahia, Brasil, 2023. (n = 77).



Fonte: Dados da Pesquisa, 2023.

A partir da árvore máxima de similitude apresentada na Figura 1, destaca-se o termo *acolhimento*, situado no núcleo central do quadro de quatro casas, que na árvore máxima de similitude assume um elemento organizador da representação dos profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência.

A partir da análise, observa-se que o acolhimento apresentou cinco conexões e as ligações mais fortes, com o maior índice de similitude da árvore conectado ao termo cuidado (0,22). Outros elementos que apresentaram três conexões foram agressão e cuidado.

Observa-se que o termo *empatia* apresenta o segundo maior índice de similitude com o termo *acolhimento* (0,18) que também se conecta fortemente a *apoio* (0,15), tendo em vista que *empatia* se encontra na primeira periferia do quadro de quatro casas e *apoio* se encontra na zona de contraste.

Discussão

O grupo de pertença estudado, mostra-se com um número significativo de mulheres representando 70% dos profissionais, 75% são profissionais da Enfermagem e em sua maioria adultos autodeclarados pardos. A presença majoritária de mulheres na área da emergência hospitalar destaca o papel crucial que essas profissionais desempenham nesse ambiente. Isso pode refletir a tradicional associação entre mulheres e profissões de cuidado.

A predominância de profissionais da área de Enfermagem destaca a importância fundamental dessas trabalhadoras no atendimento de emergência. A equipe de Enfermagem exerce um papel essencial ao oferecer cuidados e monitorar pacientes, ressaltando assim a relevância da sua contribuição para o funcionamento dos serviços de urgência e emergência.

Compreender a estrutura das representações sociais desse grupo de pertença possibilita investigar como as práticas sociais interferem nos processos de pensamento e tomada de decisão, a partir do reconhecimento e ordenação de estrutura dos relacionamentos entre o grupo⁽¹¹⁾.

Verifica-se a partir da análise do quadro de quatro casas e da árvore máxima de similitude, que as representações sociais dos profissionais de saúde estão organizadas através de três termos: *acolhimento*, *cuidado* e *agressão*. Estes elementos apontam sensibilização dos profissionais para realização de práticas de acolhimento frente à mulher que vivencia uma agressão física.

O termo *agressão* integrou o núcleo central do quadro de quatro casas de outros estudos realizados com profissionais de saúde sobre a VDCM^(12,13,14) e denota uma percepção

aguçada frente aos sinais de violência física. Estudos apontam que a agressão física é mais fácil de ser identificada pelos profissionais de saúde quando as mulheres procuram os serviços, pois deixa marcas que são visíveis e podem trazer consequências à saúde, levando as mulheres até os serviços de urgência, no entanto, a visão centrada da equipe nas lesões físicas pode limitar a assistência prestada^(6,14).

Pois, é comum entre as mulheres que vivenciam a violência doméstica o uso constante de medicamentos como uma estratégia de reduzir a dor e sofrimento proveniente dos conflitos⁽¹⁵⁾. Para além, as principais repercussões da violência doméstica à saúde da mulher estão relacionadas a raiva, baixa autoestima, tristeza, solidão, falta de motivação, problemas no trabalho, dificuldades de relacionamento com familiares⁽¹⁶⁾.

O núcleo central de uma representação apresenta os elementos normativos e funcionais, sendo assim, é conferido uma função avaliativa e pragmática⁽⁹⁾. Dessa forma, evidencia-se que as representações sociais dos profissionais estão organizadas em uma dimensão prática através dos termos *cuidado* que apresenta forte ligação com *assistência*, e *acolhimento* que possui forte conexão com *empatia* e *apoio*, estes elementos apresentam o pensamento prático dos profissionais, em especial os da Enfermagem.

Nesse contexto, é notório que a assistência à mulher que vivencia a violência doméstica supera as habilidades técnico-científicas da equipe multiprofissional envolvida com o atendimento⁽¹⁵⁾. Além disso, é importante que o profissional mostre empatia durante a assistência à mulher que vivenciou a violência doméstica, com a finalidade de que a mulher se sinta importante e acolhida pelo serviço⁽¹⁷⁾.

Nesse ínterim, o acolhimento é considerado de extrema importância no contato inicial do profissional com o paciente na unidade hospitalar⁽¹⁸⁾, mesmo em situações de emergência. Essa prática se destaca como uma ferramenta essencial para o cuidado à mulher que vivencia

a violência, além de possibilitar uma aproximação entre o profissional que cuida e o sujeito que é objeto do cuidado⁽¹⁹⁾.

Durante o acolhimento, o profissional pode fornecer apoio, escuta qualificada, incentivar o relato da violência, orientar sobre a importância da denúncia para superar a VDCM e os direitos da mulher que vivenciou uma agressão, abrindo um leque de possibilidades para o enfrentamento da violência. Ressalta-se que por serem estigmatizadas pela sociedade, pelo temor da reincidência das agressões e por vergonha de expor a violência, as mulheres podem desistir da denúncia e da assistência no serviço de saúde⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada na Suécia em unidades de emergência, constatou que é essencial que a equipe forneça apoio à mulher, mostrando que os profissionais envolvidos na assistência estão disponíveis para ouvir, orientar e encaminhar para outros serviços de assistência no intuito de que seus direitos sejam garantidos, visto que as mulheres que vivenciam a violência necessitam de apoio e cuidados que ultrapassam a assistência às lesões físicas da agressão⁽²¹⁾.

Além disso, observa-se na árvore máxima de similitude que o termo *agressão* faz referência a um elemento conceitual que direciona o olhar dos profissionais frente à assistência à mulher em situação de violência doméstica. Nessa perspectiva, é importante aguçar o olhar destes para além da violência física⁽¹⁷⁾.

Diante desse contexto, destaca-se que uma representação social não é um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos, mas uma estrutura que passa por diversas dimensões estruturantes, sendo uma dessas dimensões, o componente afetivo, ou seja, o pensamento social também é mediado por uma dimensão afetiva⁽²²⁾.

Dessa forma, evidencia-se a dimensão afetiva através dos termos *raiva, sofrimento, indignação e medo*. Os atos de violência podem ocasionar nos profissionais, em especial os do sexo feminino, sentimento de medo, indignação, revolta, frustração, insegurança e

angústia. No contexto da VDCM, o medo pode trazer vários sentimentos para os profissionais envolvidos na assistência e para as mulheres; com relação aos profissionais, o medo é proveniente da preocupação em sofrer represálias do agressor e do despreparo para agir frente ao agravo^(6,23).

Estudos mostram que o sentimento de medo da mulher se refere ao receio em realizar a denúncia, à insegurança de perder a família e sofrer as consequências de novas e mais intensas agressões^(6,20). Além disso, o medo colabora na permanência da mulher no domicílio contribuindo na recorrência de agressões⁽²⁾.

O contexto da violência doméstica é propício para que o profissional demonstre sentimentos de raiva, indignação e sofrimento, essas emoções evidenciam que a VDCM é um evento doloroso para as mulheres e para os profissionais que prestam assistência. Verifica-se que a raiva está presente por toda a influência dos papéis sociais impostos ao homem e à mulher naturalizados na sociedade e a ausência de tomada de decisão da mulher para sair da situação de violência⁽⁶⁾.

Por sua vez, o termo *desrespeito* na dimensão afetiva representada pelos profissionais constitui um elemento normativo e estabelece um julgamento sobre a VDCM. Compreende-se que para os participantes, o desrespeito pode ser entendido como uma atitude do agressor que potencializa a ocorrência da violência contra a mulher no domicílio.

Nessa direção, a VDCM configura-se como um desrespeito que ocorre na residência da mulher, local que deveria ser seguro, mas passa a ser perigoso pela presença do agressor. Dessa forma, o desrespeito está ancorado em preceitos perpetuados pela sociedade e nesse cenário, as relações de poder entre homens e mulheres motivam comportamentos de desrespeito e intolerância que funcionam como base para violência⁽⁶⁾.

Desse modo, ressalta-se a complexidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica, portanto, a equipe multiprofissional precisa estar capacitada para atender

as mulheres que vivenciam essa problemática. Diferente de outros agravos à saúde, a VDCM não é resolvida de forma prática e rápida, apenas com conhecimento científico adquirido durante o curso de graduação e a profissão, por vezes, é um fenômeno difícil de ser descoberto, visto que não é fácil para mulher que vivencia a violência relatar a situação para os profissionais envolvidos na assistência.

Contribuições para a enfermagem

Abordar a violência doméstica junto aos profissionais dos serviços de urgência e emergência oferece a oportunidade de uma reflexão mais profunda sobre essa problemática e a qualidade da assistência oferecida. Este estudo desempenha um papel significativo no contexto da enfermagem, ao destacar a relevância desse tema entre os profissionais de saúde.

Ao identificar como os trabalhadores representam essa problemática, a pesquisa proporciona uma visão mais próxima da realidade e dos possíveis impactos na vida das mulheres que enfrentam essa forma de violência. Esse estudo visa não apenas sensibilizar, mas também promover uma compreensão mais aprofundada e empática por parte dos profissionais, visando aprimorar a assistência oferecida a essas mulheres que vivenciam a violência doméstica.

Limitações do Estudo

No que se refere às limitações deste estudo, é importante destacar que alguns aspectos do processo de trabalho dos profissionais trouxeram obstáculos significativos para a condução da pesquisa. Dentre esses desafios, incluem-se a superlotação de pacientes, o subdimensionamento de profissionais e a carga excessiva de trabalho. Esses fatores impactaram diretamente no tempo que os participantes possuíam para participar da pesquisa impactando diretamente no desenvolvimento do estudo, posto que alguns aspectos da prática assistencial podem não ter sido desvelados.

Considerações Finais

Esse estudo desvelou a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica. A partir da análise prototípica foi possível identificar que a representação está organizada em torno dos elementos agressão, cuidado e acolhimento, presentes no núcleo central.

Compreende-se que os profissionais de saúde, por meio desses elementos, trazem a dimensão prática mostrando o olhar treinado dos participantes para sinais e marcas da violência física e afetiva com a percepção de que a rede deve acolhê-la da representação sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica. A agressão organiza a estrutura da representação a partir de uma situação de violência que deixa marcas no corpo e direciona a mulher a procurar assistência na emergência; o acolhimento e o cuidado denotam as práticas desses profissionais, por meio de suas experiências no contexto da VDCM.

Ademais, afirma-se que o objeto de estudo abrange o cotidiano dos profissionais de saúde, uma vez que debatem sobre o tema e atuam de forma assistencial a mulheres que chegam ao hospital em busca de atendimento. Acredita-se que o entendimento da organização da representação social dos profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica possibilita a problematização entre a equipe multiprofissional sobre a temática, assim como a criação de estratégias para prevenção e enfrentamento à situação de qualquer forma de violência contra a mulher, incluindo a violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.

Referências

1. Campos BB, Tchalekian B, Paiva VSF. Violência contra a mulher: Vulnerabilidade Programática em tempos de Sars-Cov-2/ Covid-19 em São Paulo. *Psicol Soc.* 2020;32(1):1–20.

2. Moazen B, Salehi A, Soroush M, Vardanjani HM, Zarrinhaghighi A. Domestic violence against women in Shiraz, Southwestern Iran. *J Inj Violence Res.* 2019;11(2):243–54.
3. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública.* São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP); 2023.
4. Altenbernd B, Macedo MK. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. *Psicol Conoc Soc.* 2020;10(1):9–32.
5. Oliveira MCB de, Zocche DADA, Rohden J. Atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica em um serviço de urgência e emergência. *Braz J Surg Clin Res.* 2018;21(3):43–8.
6. Machado JC, Santos CS, Gomes AMT, Boery RNS de O, Rodrigues VP, Vilela ABA. Estrutura de pensamento social de agentes comunitárias de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. *Cien Saude Colet.* 2023;28(6):1663–73.
7. Moscovici S. *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social.* 11^o ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
8. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: *Representações sociais e práticas educativas.* Goiânia: UCG; 2003. p. 37–57.
9. Sá CP. *Núcleo Central das Representações Sociais.* 2^o ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
10. Pecora AR, Sá CP. Memórias e representações sociais da cidade de Cuiabá, ao longo de três gerações. *Psicol Reflex Crit.* 2008;21(2):319–25.
11. Wolter R. The Structural Approach to Social Representations: Bridges between Theory and Methods. *Psico-USF.* 2018;23(4):621–31.
12. Amarijo CL, Gomes VL de O, Gomes MT, Fonseca AD da, Silva CD. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. *Rev enferm UERJ.* 2017;25(1):e23648.

13. Broch D, Silva CD, Acosta DF, Mattos Marina Bisio, Amarijo CL, Gomes VL de O. Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. *R Enferm Cent O Min.* 2017;7(1):1–10.
14. Acosta DF, Gomes VL de O, Oliveira DC, Fonseca AD da. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39(1):1–8.
15. Santos DS dos, Magalhães JM, Cêelho MCVS, Almeida CAPL, Viana MRP, Carvalho CMS d, Pereira, AAM. Violência doméstica contra a mulher: visão de enfermeiros pós-graduandos em obstetrícia no Piauí. *J nurs health.* 2019;9(3):1–11.
16. Albuquerque Netto L de, Pereira ER, Tavares JMAB, Ferreira D de C, Broca PV. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. *Rev Min Enferm.* 2018;22(1):1–8.
17. Franco M, Martines GF, Carpinteri G, Trovato G, Catalano D. Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: the value of the WHO questionnaire in emergency medicine. *QJM: An Intern Jour of Med.* 2020;114(4):637–41.
18. Serra HHN, Santana T da S, Sousa AR de, Santos JS, Paz JS da. Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento. *REVISA.* 2019;8(4):484–95.
19. Mota AR, Machado CJ, Santos N de A, Simões AV, Pires VMMM, Rodrigues VP. Práticas de cuidado da(o) enfermeira(o) à mulher em situação de violência conjugal. *R pesq: cuid fundam.* 2020;12(1):840–9.
20. Wali R, Khalil A, Alatas 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. *BMC Public Health.* 2020;20(239):1–9.
21. Rahmqvist J, Benzein E, Erlingsson C. Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. *Int Emerg Nurs.* 2019;42(1):2–6.
22. Campos PHF, Rouquette ML. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. *Psicol Reflex Crit.* 2003;16(3):435–45.

23. Silva CD, Mota MS, Acosta DF, Ribeiro JP. O cuidado às vítimas de violência doméstica: representação social de profissionais da saúde. *Rev Baiana Saúde Pú.* 2020;44(4):160–73.

5.2 Manuscrito 2

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

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

Resumo

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

1 INTRODUÇÃO

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

Historicamente, ao homem é destinado à tomada de decisões com relação à família, dessa forma, papéis socialmente construídos com influência da cultura e religião trazem a concepção de que o homem mantém o poder sobre a mulher, com o direito de dominá-la e oprimi-la, violentando-a de diversas maneiras (Souza; Martins, 2021).

Com o objetivo de contribuir para o enfrentamento deste agravo foi criada no Brasil a Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, considerada um marco jurídico importante para a prevenção e enfrentamento da violência doméstica, a partir dessa lei, foram criados mecanismos legais para coibir os atos de VDCM no Brasil (Brasil, 2006).

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

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

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

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

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

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

A inquietação desse estudo foi embasada na seguinte questão norteadora: Como profissionais de saúde representam a assistência à mulher em situação de violência doméstica? Assim, objetivou-se compreender os conteúdos das representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica; e, discutir a assistência prestada por profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica.

2 MÉTODOS

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

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

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

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

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

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

As 40 entrevistas foram transcritas com supressão dos questionamentos da pesquisadora e originou o *corpus* constituído pelas entrevistas unificadas, separadas por linha de comando em arquivo *OpenOffice*. Para análise lexicográfica utilizou-se o *software* gratuito IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que se ancora no *software* R e permite diferentes análises estatísticas sobre o *corpus* textual tabelas, indivíduos e palavras (Souza *et al.*, 2018).

Nesse estudo, utilizou-se para tratamento dos dados a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert, por permitir o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados. Este método permite a obtenção de Segmentos de Texto (STs) que são agrupados em diferentes classes a partir da semelhança entre si. A associação do ST com cada classe é estabelecida pelo teste de qui-quadrado, quanto mais baixo o valor, menor é a associação (Souza *et al.*, 2018).

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

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

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

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa e seus objetivos, bem como da sua participação voluntária e garantia do sigilo e anonimato mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o objetivo de garantir o anonimato, as falas dos profissionais foram identificadas pela palavra Participante seguido por número de 1 a 40 referente à ordem das entrevistas e da categoria profissional.

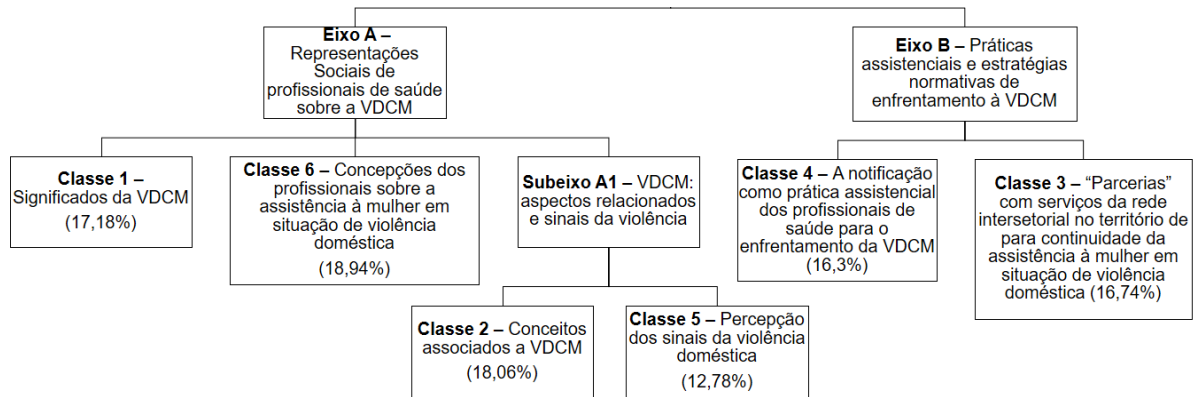
3 RESULTADOS

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

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

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

Figura 1 – Distribuição das classes temáticas em eixos de acordo com a CHD. Itabuna, Bahia, Brasil, 2023.



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

O eixo B foi o organizador da categoria de análise nomeada de Práticas assistenciais e estratégias normativas de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher, a partir dos elementos que compõem a classe 3 (“Parcerias” com serviços da rede intersetorial no território para continuidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica) e a classe 4 (A notificação como prática assistencial dos profissionais de saúde para o enfrentamento da VDCM).

Categoria analítica – Práticas assistenciais e estratégias normativas de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher

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

A análise do eixo evidenciou que os profissionais de saúde, durante a assistência à mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência, exercem uma importante função no enfrentamento e prevenção da VDCM pois, fornecem orientações e encaminhamentos para que a mulher supere a situação de violência vivenciada.

Subcategoria 1 – “Parcerias” com serviços da rede intersetorial no território para continuidade da assistência à mulher em situação de violência doméstica

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

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

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

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

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

Eu sempre encaminho para a Delegacia da Mulher, para o CERPAT [Centro de Referência em Prevenção, Assistência e Tratamento à

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

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

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

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

Subcategoria 2 - A notificação como prática assistencial dos profissionais de saúde para o enfrentamento da VDCM

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

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

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

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

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

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

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

Sei que existe a ficha de notificação compulsória para casos de violência doméstica, nunca parei para ler, nem peguei na ficha, mas sei que tem aqui no hospital porque tem uma enfermeira que passa todos os dias perguntando se tem algum caso de violência, eu sei que essa ficha é importante, mas essa parte é mais voltada para enfermagem, eu acho que só a enfermeira pode preencher (Participante 6, Fisioterapeuta; Score: 316.24).

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

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

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

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

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

4 DISCUSSÃO

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

A prática dos profissionais de saúde é importante para identificar os possíveis casos de violência doméstica entre as mulheres que procuram atendimento no serviço. Apesar da magnitude da VDCM, não há relatos dos profissionais que participaram desse estudo sobre estratégias de prevenção à violência, apenas cuidados à mulher que sofreu alguma forma de agressão (Silva *et al.*, 2020).

Esse fato pode ser atribuído à rotina intensa de trabalho dos profissionais que atuam no setor de urgência e emergência, em virtude da superlotação de pacientes nas unidades, déficit na infraestrutura, além de situações estressoras e subdimensionamento inadequado de profissionais (Altenbernd; Macedo, 2020).

Observa-se em um dos relatos que durante a assistência, são tratadas apenas as lesões físicas causadas pela violência doméstica, corroborando com os achados de outros estudos que referem a assistência no pronto-socorro à mulher

que sofreu violência como um atendimento que deve priorizar o tratamento das lesões com a implementação de cuidados restritos à resolução dos traumas (Bakon *et al.*, 2019).

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

As concepções de parte dos profissionais sobre a rede de atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica estão relacionadas com a articulação de um amplo conjunto de serviços de caráter intersetorial. Dentre esses serviços existem as Secretarias de Saúde, Unidades Básicas, Secretaria de Assistência Social, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e Casas de Apoio (Aguiar *et al.*, 2023).

Dessa forma, a articulação entre os serviços da rede de assistência à mulher em situação de violência precisa ser mediada pela comunicação e contato com os profissionais de forma coletiva, incluindo as definições institucionais sobre os papéis que cada serviço pode desempenhar durante a assistência (Aguiar *et al.*, 2023).

Além disso, é possível notar na fala dos profissionais que alguns encaminhamentos são realizados a partir do desejo da mulher em realizar a denúncia ou procurar ajuda. Um estudo realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), evidenciou que a assistência dos profissionais é orientada pela vontade da mulher e nas situações em que a mulher não queira denunciar ou opte por desistir da denúncia, os profissionais consideram sua atividade encerrada (Silva *et al.*, 2020).

Todavia, verifica-se que alguns profissionais não conhecem os serviços da rede no município para encaminhar a mulher que vivenciou a violência, o que requer a necessidade de capacitar e sensibilizar toda equipe multidisciplinar para prestar uma assistência adequada às mulheres em situação de violência, não limitando o atendimento ao tratamento das lesões físicas, sem os encaminhamentos necessários à situação apresentada (Bakon *et al.*, 2019).

As unidades de saúde são essenciais para a identificação da VDCM por apresentarem em tese, uma assistência e cuidado com as mulheres, podendo identificar e notificar o evento antes que ocorram consequências mais graves. Mesmo com a rotina agitada dos serviços de saúde, os profissionais envolvidos na assistência precisam estar em alerta para notificar a suspeita ou casos confirmados de violência (Leite *et al.*, 2023).

Nesse contexto, desde 2003, a Lei 10.778 traz a obrigatoriedade da notificação compulsória da violência doméstica e reafirma a relevância dos registros na assistência prestada pelos profissionais de saúde às mulheres que adentram os serviços públicos e privados de saúde mediante essa problemática complexa (Brasil, 2003). Além disso, os profissionais de saúde devem notificar a violência independente do consentimento da mulher ou seus familiares (Brasil, 2019).

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

Entretanto, também se observa que alguns profissionais desconhecem a VDCM como agravo de notificação compulsória, não conhecem a ficha de notificação, possuem dúvidas quanto ao preenchimento ou qual profissional deve notificar, o que contribui para a subnotificação da VDCM. Além disso, há que se reconhecer que existe o medo do profissional de sofrer represálias por parte do agressor pode levar à ausência de preenchimento da ficha de notificação (Machado *et al.*, 2023).

Diante disso, a subnotificação parece contribuir para a relativa invisibilidade da VDCM, portanto, é necessário que sejam realizados treinamentos e capacitações durante o curso técnico e graduação, além de atividades de educação permanente em saúde para o aperfeiçoamento da prática dos profissionais de saúde (Leite; Fontanella, 2019).

Nesse contexto, um estudo realizado na Turquia também discute sobre a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atuar com mulheres que vivenciaram a violência doméstica, evidenciando que os profissionais possuem dificuldade para notificar os casos e realizar os encaminhamentos necessários (Taskiran; Ozsahin; Edirne, 2019).

A partir dos elementos representacionais, verifica-se que em suas práticas assistenciais parte dos profissionais não conhecem a ficha de notificação e, apesar de entenderem a necessidade de encaminhar a mulher para um serviço de proteção, também desconhecem os serviços disponíveis da rede no município. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de treinamento dos profissionais com relação a importância da notificação e ao conhecimento dos serviços da rede de enfrentamento a violência para garantir os direitos das mulheres que buscam a unidade de urgência e emergência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**: Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

STÖCKL, Heidi; SARDINHA, Lynnmarie; MAHEU-GIROUX, Mathieu; MEYER, Sarah; GARCÍA-MORENO, Claudia. Physical, sexual and psychological intimate partner violence and non-partner sexual violence against women and girls: a systematic review protocol for producing global, regional and country estimates. **BMJ Open**, United Kingdom, v.11, n.8, p. 1-6, Aug. 2021.

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

6 TRIANGULAÇÃO DOS RESULTADOS

Diversos métodos podem ser empregados para explorar e compreender uma variedade de fenômenos, cada um demandando abordagens metodológicas e técnicas adaptadas às características específicas do objeto de estudo. No presente trabalho, optou-se pela aplicação da técnica de triangulação dos resultados. Esta abordagem representa um procedimento essencial na condução da pesquisa, assegurando a confiabilidade e consistência dos resultados por meio da combinação estratégica de diferentes métodos e fontes de informação (Zappellini; Feuerschütte, 2015).

Nesse sentido, a triangulação dos resultados trata-se de uma opção qualitativa para validar uma pesquisa que empregou diversos métodos, visando aprofundar e garantir uma compreensão abrangente do fenômeno investigado, além disso, envolve a utilização de múltiplos métodos de pesquisa para analisar e interpretar as complexidades de um fenômeno social. Ao empregar diferentes métodos, a análise dos dados deve ser realizada de maneira integrada, permitindo a formulação de conclusões que se baseiem na totalidade das informações obtidas, em vez de depender exclusivamente de métodos individuais (Flick, 2009; Zappellini; Feuerschütte, 2015).

Portanto, neste estudo, a triangulação foi efetuada inicialmente por meio da aplicação da técnica de evocação livre de palavras para todo o grupo de participantes, seguido por uma entrevista semiestruturada realizada com um subgrupo. Ao considerar as três possibilidades de abordar a triangulação conhecidas como: complementação, convergência e divergência, verifica-se com base nos resultados que nesse estudo ocorreu a complementação e a convergência (Flick, 2013).

Nessa perspectiva, a complementação mostrou que os resultados se concentraram em diferentes aspectos da questão de pesquisa e, por serem complementares, proporcionaram uma visão mais abrangente e abarcadora da realidade investigada, enquanto a convergência ocorre quando os resultados produzidos por diferentes técnicas confirmaram uns aos outros de forma parcial ou total (Flick, 2013).

Nesse sentido, a partir da triangulação dos resultados, observou-se a partir da técnica de evocação que teve sua análise à luz da abordagem estrutural e a partir dos dados provenientes das entrevistas analisados a partir da abordagem processual que os profissionais possuem um olhar sensível para a identificação da violência física, trazendo de forma clara a dimensão prática das suas representações nas duas abordagens a partir de ações de cuidado e

acolhimento à mulher, fornecem orientações sobre os direitos, a importância da denúncia, encaminhamentos para os serviços da rede e fazem a notificação deste agravo.

Além disso, observa-se também a dimensão afetiva a partir dos sentimentos evocados pelos profissionais, com destaque ao sentimento de medo que traz referência ao medo que a mulher sente das consequências da violência e o medo que o profissional tem de sofrer represálias por parte do agressor.

Nesse sentido, observa-se nos resultados que um dos motivos para que o profissional não preencha a ficha de notificação e realize os encaminhamentos é o sentimento de medo. A partir da triangulação dos resultados, verificou-se a complexidade da assistência à mulher que vivencia a violência.

Diante da questão de pesquisa que orientou este estudo: Como profissionais de saúde representam a assistência à mulher em situação de violência doméstica?, os procedimentos de triangulação de resultados indicam que a análise lexical possibilitou complementar os resultados obtidos pela análise estrutural, sem identificar divergências ou contradições.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa possibilitou analisar as representações sociais de profissionais de saúde do setor de urgência e emergência sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica. A análise mostrou que, de acordo com os profissionais, a assistência precisa ser acolhedora para que a mulher se sinta à vontade para falar sobre a violência. Compreende-se que essa é uma temática que está inserida na rotina dos profissionais, no entanto, necessita ser amplamente discutida entre estes.

Verificou-se que a TRS como referencial teórico possibilitou a compreensão do grupo de pertença sobre o objeto. Esse estudo mostrou que os profissionais representam a assistência a partir de práticas acolhedoras que são realizadas pelos profissionais frente à mulher que vivencia uma agressão. Além disso, as condutas dos profissionais perpassam o ambiente hospitalar com os encaminhamentos para que a mulher supere a situação vivenciada.

No Manuscrito 1 intitulado: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre a Assistência à Mulher em Situação de Violência Doméstica, abordou a estrutura da representação dos profissionais sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica, foi utilizado a Técnica de Evocações Livres com o objetivo de identificar os elementos mais significativos e que refletem o pensamento dos participantes. A partir da análise prototípica, os termos agressão, acolhimento e cuidado se apresentaram como possível núcleo central.

Os elementos assistência e empatia se localizaram na primeira periferia do quadro de quatro casas; desrespeito, direitos e orientar na segunda periferia; enquanto apoio, denunciar, indignação, medo, raiva e sofrimento fizeram parte da zona de contraste. Na análise de similitude por cocorrência, observa-se que esses elementos estão estruturados na dimensão prática e afetiva, o que mostra a complexidade de prestar assistência à mulher em situação de violência doméstica.

No manuscrito 2 intitulado: Práticas Assistenciais de Profissionais de Saúde à Mulher em Situação de Violência Doméstica: Estudo de Representações Sociais, apresentou os conteúdos das representações sociais dos profissionais; o pensamento social está pautado na assistência a partir do tratamento das lesões físicas visíveis, o preenchimento da ficha de notificação e encaminhamentos para os serviços da rede de proteção à mulher. Nessa perspectiva, os profissionais compreendem a necessidade de prosseguir a outros serviços de proteção para superar a situação de violência vivenciada.

A abordagem processual contribuiu para a apreensão do entendimento de como ocorre a assistência à mulher que vivencia a violência doméstica sob a ótica da equipe multiprofissional. Dessa forma, os conteúdos representacionais dos participantes sob a problemática foram analisados a partir da CHD e apresentaram a dimensão prática das representações sociais dos profissionais que atuam no setor de urgência e emergência.

No que concerne à capacitação profissional para assistir mulheres em situação de violência doméstica, observou-se que a maioria dos profissionais relatou nunca ter participado de treinamento ou capacitação sobre a temática, dessa forma, verifica-se que as representações sociais ancoram-se em atendimentos inespecíficos relacionados ao tratamento das lesões e, no caso dos profissionais que têm conhecimento dos serviços da rede, são feitos os encaminhamentos que na maioria das vezes é apenas para a Delegacia da Mulher, além disso, destaca-se nas falas o preenchimento da ficha de notificação como estratégia de enfrentamento a violência, porém observa-se que alguns profissionais não conhecem ou não entendem a importância da notificação.

Deste modo, reitera-se a necessidade de desenvolver ações educativas com os profissionais da unidade, destacando as particularidades da assistência à mulher em situação de violência doméstica, os serviços da rede disponíveis no município, além de sensibilizar toda equipe multiprofissional sobre a importância da notificação compulsória da VDCM.

Frente ao exposto, é importante priorizar discussões sobre a temática entre os serviços de proteção à mulher no município, com o objetivo de consolidar as políticas de prevenção e enfrentamento a violência doméstica. Além disso, destaca-se a necessidade de fortalecer o apoio e a comunicação entre os serviços a fim de elaborar um fluxograma para a assistência e seguimento da mulher nos serviços da rede.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean-Claude. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In*: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva (org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.
- ABRIC, Jean-Claude. **Prácticas sociales y representaciones**. México: Coyoacán, 2001.
- ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Giovana Calcagno; FONSECA, Adriana Dora da. Aspectos éticos e legais no cuidado de Enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-9, ago. 2017a.
- ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sergio Corrêa; GOMES, Giovana Calcagno. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras(os) hospitalares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, p. 1-19, set. 2017b.
- ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sergio Corrêa; FONSECA, Adriana Dora da. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8, jan./dez. 2018.
- AGUIAR, Janaina Marques de; SCHRAIBER, Lilia Blima; PEREIRA, Stephanie; GRAGLI, Cecilia Guida Vieira; KALICHMANA, Beatriz Diniz; REIS, Marina Silva dos; LIMA, Nayara Portilho; AZEREDO, Yuri Nishijima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.32, n.1, p. 1-12, jan./mar. 2023.
- ALBUQUERQUE-NETTO, Leônidas; PEREIRA, Eric Rosa; TAVARES, Joyce Martins Arimatea Branco; FERREIRA, Dennis de Carvalho; BROCA, Priscilla Valladares. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Revista Mineira de Enfermagem - REME**, Minas Gerais, v. 22, p. 1-8, fev./out. 2018.
- ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. Abordagem Societal das Representações Sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 713-737, set./dez. 2009.
- ALTENBERND, Bibiana; MACEDO, Mônica Kother. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 10, n. 1, p. 9-32, jun. 2020.
- AMARIJO, Cristiane Lopes; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; FONSECA, Adriana Dora da; SILVA, Camila Daiane. 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, p. 1-6, jan./dez. 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento e Gestão, Bahia, 2015.

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

BRASIL. 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.

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.

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

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**: Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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.

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

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.

BROCH, Daiane; SILVA, Camila Daiane; ACOSTA, Daniele Ferreira; MATTOS, Marina Bisio; AMARIJO, Cristiane Lopes; GOMES, Vera Lúcia de Oliveira. 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, n. 1, p. 1-10, jan./dez. 2017.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CAMPOS, Brisa; TCHALEKIAN, Bruna; PAIVA, Vera. Violência contra a mulher: Vulnerabilidade Programática em tempos de Sars-Cov-2/ Covid-19 Em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 32, p. 1-20, jan./dez. 2020.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; ROUQUETTE, Michel-Louis. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435-445, set./dez., 2003.

CARNEIRO, Jordana Brock; GOMES, Nadirlene Pereira; ESTRELA; Fernanda Matheus; SANTANA, Jéssica Damasceno de; MOTA, Rosana Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-7, set./dez. 2017.

CRUZ, Suzyelaine Tamarindo Marques da; ESPÍNDULA, Daniel Henrique Pereira; TRINDADE, Zeidi Araújo. 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.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; BÚ, Emerson do. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software Tri-Deux-Mots (Version 5.2). **Revista Campo do Saber**, Cabedelo, v.3, n.1, p.219-243, jan./jun. 2017.

EINHARDT, Amália; SAMPAIO, Simone Sobral. Violência doméstica contra a mulher - com a fala, eles, os homens autores da violência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 138, p. 359-378, maio/ago. 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 248 p. 2013.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 405 p. 2009.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, São Paulo, 2023.

FRANCO, Matthew; MARTINES, Giuseppe Fabio; CARPINTERI, Giuseppe; TROVATO, Guglielmo; CATALANO, Daniela. Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: the value of the WHO questionnaire in emergency medicine. **QJM: An International Journal of Medicine**, Catania, v.114, n. 9, p. 637-641, nov. 2020.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira; SOUSA, Viviane Benício de; CRUZ E COSTA, Tathiane da Silva; FEITOSA, Rúbia Mara Maia; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo; MOURA, Natana Abreu de. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **Hu Revista - UFJF**, Juiz de Fora, v. 43, n. 2, p. 91-97, abr./jun. 2017.

GARCIA, Leila Posenato; SILVA, Gabriela Drummond Marques da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviço de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.1-12, abr. 2018.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro; BIONDO, Chrisne Santana; MAIA, Ana Carolina Del-Sarto Azevedo; RODRIGUES, Vanda Palmarella; VILELA, Alba Benemerita Alves. Representações sociais de mulheres sobre a violência doméstica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, n.1, p. 1-12, jan/dez. 2021.

GOMES, Nadirlene Pereira; CARNEIRO, Jordana Brock; ALMEIDA, Lilian Conceição Guimarães de; COSTA, Dália Sousa Gonçalves da; CAMPOS, Luana Moura; VIRGENS, Ionara da Rocha; WEBLER, Natália. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 27, p. 1-10, jan./dez. 2022.

HBLEM. Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães. Prefeitura de Itabuna. Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães. **Sobre o Hospital**. Itabuna – BA, 2021. Disponível em: <http://hospitaldebaseitabuna.ba.gov.br/pagina/ver/id/6>

HINSLIFF-SMITH, Kathryn.; MCGARRY, Julie. Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: a systematic literature review from 2000-2015. **Journal Of Clinical Nursing**, Nova Jersey, v. 26, n. 24, p. 4013-4027, set. 2017.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cíntia Liara Engel. **A violência contra a mulher**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020.

JODELET, Denise. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, abr./jun. 2018.

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

LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.14, n. 41, p. 2059-2059, fev. 2019.

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

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; COSTA, Anna Paula Serejo da; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. A face vitimada: morbidade entre mulheres atendidas em serviços sentinelas no Brasil. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 9, n.1, jan./mar. 2023.

MACHADO, Juliana Costa; SANTOS, Charles Souza; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; RODRIGUES, Vanda Palmarella; VILELA, Alba Benemerita Alves. Estrutura de pensamento social de agentes comunitárias de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1663-1673, jun. 2023.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psicologia da Educação**, São Paulo, v.14, n.15, p. 17-37, jan./jun. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Campo Grande, v. 40, n. 40, p. 139-153, abr./jun.2018.

MOAZEN, Bahareh; SALEHI, Alireza; SOROUSH, Maryam; VARDANJANI, Hossein Molavi; ZARRINHAGHIGHI, Amir. Domestic violence against women in Shiraz, South-western Iran. **Journal Of Injury And Violence Research**, Los Angeles, v. 2, n. 11, p. 243-254, jul. 2019.

MORERA, Jaime Alonso Caravaca; PADILHA, Maria Itayra; SILVA Denise Guerreiro Vieira da; SAPAG, Jaime. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165, out./dez. 2015.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOTA, Andréia Ribeiro; MACHADO, Juliana Costa; SANTOS, Ninalva de Andrade; SIMÕES, Aline Vieira; PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes; RODRIGUES, Vanda Palmarella. Práticas de cuidado da(o) enfermeira(o) à mulher em situação de violência conjugal. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 840-849, jan./dez. 2020.

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

OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sergio Correia; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Cristina Trigueiro Veloz. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa, PB: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência** - OPAS/OMS, mar. 2021 | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>>.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Violência contra as mulheres**. Atualizado em nov. de 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>.

PASINATO, Wania. **Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos da pandemia da Covid-19**. Brasília, DF: ONU Mulheres, 29 p. 2020.

PECORA, Ana Rafaela; SÁ, Celso Pereira de. 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, 2008.

RAHMQUIST, Josefin; BENZEIN, Eva; ERLINGSSON, Christen. Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. **International Emergency Nursing**, United Kingdom, v. 42, n. 1, p. 2-6, jan./mar. 2019.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SANTOS, Charles Souza. **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.

SANTOS, Denise Silva dos; MAGALHÃES, Juliana Macêdo; CÔELHO, Magda Coeli Vitorino Sales; ALMEIDA, Camila Aparecida Pinheiro Landim; VIANA, Magda Rogéria PEREIRA; Carvalho, Claudia Maria Sousa de; PEREIRA, Antônio Adeilson Mendes. Violência doméstica contra a mulher: visão de enfermeiros pós-graduandos em obstetrícia no Piauí. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n.3, set./dez. 2019.

SANTOS, Ebe Campinha dos. Políticas públicas e cidadania para as mulheres no Brasil. *In*: MEDEIROS, Luciene (org.). **Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher** - 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018. p. 47-62.

SANTOS, Maria de Fátima Souza. A teoria das representações sociais. *In*: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria de (org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE, 2005.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos; OLIVEIRA, Patrícia Peres de; VIEGAS, Selma Maira da Fonseca; RAMOS, Thiago Magela; POLICARPO, Aryanne Gabrielle; SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo da. Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da atenção primária. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 770-777, jun./set. 2018.

SERRA, Herberte Henrique Nascimento; SANTANA, Thiago da Silva; SOUSA, Anderson Reis de; SANTOS, Joilton Souza; PAZ, Junilho Santos da. Implementação do acolhimento com classificação de risco em uma unidade de pronto atendimento. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 4, n. 8, p. 484-495, out./dez. 2019.

SILVA, Allan Jones Andreza; NOGUEIRA, Daniele de Araújo. O assistente social e o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul. n. 56, p. 44-67, jan./jun.2020.

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

SILVA, Dayane Elcyfrania Souza da; SILVA, Kenmilly da Silva e; MELO, Lana Cristina Goes Cruz de; SANTOS, Ligia da Silva dos; SOUZA, Priscilla da Silva; FIGUEIREDO, Silvana Nunes; SANTOS, Maria Leila Fabar dos; SANTOS, Enock Barroso dos; COELHO, Prisca Dara Lunieres Pêgas. Violência doméstica contra a mulher: relato de mulheres atendidas na atenção básica nas zonas leste e centro-sul na cidade de Manaus. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 7, p. 3787-3797, jul. 2023.

SILVA, Karlos Eduardo Alves; SANTOS, José Ismair de Oliveira dos; BEZERRA, Waldez Cavalcante. O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 1-25, jan./mar. 2022.

SILVA, Silvio Eder Dias da; SANTOS, Arielle Lima dos; COSTA, Joel Lobato da; CUNHA, Natacha Mariana Farias da; ARAÚJO, Jeferson Santos; MOURA, Adriana Alaíde Alves. A teoria das representações sociais sob a ótica das pesquisas de enfermagem no Brasil. **Journal Of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 5, n. 3, p. 272-276, abr./jun. 2017.

SOARES, Cecília Teixeira. Dos S.O.S aos Centros de Referência: uma defesa dos espaços feministas de reflexão e ação. In: MEDEIROS, L. (org.). **Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018. p. 108-117.

SOUZA, Angela Alves Correia, CINTRA, Raquel Barbosa. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, Brasília, n. 26, v. 1, p. 77-86, jan./abr. 2018.

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

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

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, ago. 2018.

SPINK, Mary Jane. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2013

SZALACHA, Laura; HUGHES, Tonda; MCNAIR, Ruth; LOXTON, Deborah. Mental health, sexual identity, and interpersonal violence: Findings from the Australian longitudinal Women's health study. **BMC Women's Health**, New York, v. 17, n. 94, p. 1-11, set. 2017.

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

VIEIRA, Elisabeth Meloni; HASSE, Mariana. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 51-62, jan./mar. 2017.

WACHELKE, João. 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.

WALI, Razaz; KALIL, A.; ALATAS, 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**, United Kingdom, v. 20, n. 239, fev. 2020.

WOLTER, Rafael. The Structural Approach to Social Representations: Bridges between Theory and Methods. **Psico-USF**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 621-631, out./dez. 2018.

ZAPPELLINI, Marcello Beckert; FEUERSCHÜTTE, Simone Ghisi. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 16, n 2, p. 241–273, abr./jun. 2015.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE – PPGES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE



ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

APÊNDICE A - Roteiro da Técnica de Evocações Livres

Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

1	
2	
3	
4	
5	



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE – PPGES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE



ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista semiestruturada

Caracterização Sociodemográfica

Data: ____/____/____

Iniciais: _____

Idade: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça/cor (autodeclarada):

() Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena () Não sabe

Religião:

() Católica () Evangélica () Espírita () Não tem religião () Ateu () Outros

Situação conjugal:

() Casada(o) () solteira(o) () união consensual () viúva(o) () divorciada(o)

Profissão: _____

Tempo de formação:

() <1ano () 1-5 anos () 5-10 () > 10 anos

Formação complementar de mais alto nível:

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Não possui

Você já foi capacitado para assistir mulheres em situação de violência doméstica contra a mulher? () Sim () Não

Questões Norteadoras

1. Para você, o que é a violência doméstica contra a mulher e quais as formas de violência que a mulher pode vivenciar?
2. Durante o seu atendimento, como você identifica que a mulher está vivenciando uma situação de violência doméstica?
3. A partir da sua vivência, comente sobre a sua assistência à mulher em situação de violência doméstica.
4. Como profissional qual a sua conduta frente à mulher em situação de violência doméstica?
5. Você conhece a ficha de notificação compulsória para notificar os casos de violência doméstica? Qual profissional realiza esta notificação no seu ambiente de trabalho?
6. Você conhece os serviços disponíveis no seu município para encaminhar a mulher em situação de violência doméstica?
7. Existe alguma articulação do seu local de trabalho com a rede intersetorial de assistência à mulher em situação de violência doméstica?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE – PPGES
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA
LINHA DE PESQUISA: POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE



APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Prezado(a),

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais”. Neste estudo, tem-se como objetivo geral: analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência à mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é propiciar um entendimento acerca das tomadas de decisão dos grupos envolvidos na assistência à mulher em situação de violência doméstica. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: O estudo tem como local de pesquisa o setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte do município de Itabuna, contará como participantes da pesquisa os profissionais de saúde alocados neste setor. Serão utilizadas como técnicas de coletas de dados a técnica de associação livre de palavras e a entrevista semiestruturada, será utilizado um gravador para a gravar a entrevista, caso você autorize, posteriormente será realizado a transcrição na íntegra para elaboração dos resultados da pesquisa e você não será identificado em nenhuma publicação. A sua participação é voluntária, você não terá nenhum custo com a pesquisa, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar, mesmo depois de ter assinado este documento, e não será, por isso, penalizado(a) de nenhuma forma. Caso desista, basta informar a pesquisadora e este termo de consentimento será devolvido, bem como todas as informações dadas por você serão destruídas. Este estudo apresenta risco mínimo, pois o/a senhor(a) terá que responder a uma entrevista, o que pode causar certo grau de desconforto, mas para diminuí-los, a entrevista será realizada em local reservado e com garantia da confidencialidade. Os benefícios deste estudo são promover maior visibilidade à questão da assistência à mulher em situação de violência doméstica, a fim de que possam se desenvolver políticas públicas. No entanto, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição após o fim da pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados. 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 que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados confidencialmente. 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.

Itabuna-BA, _____ de _____ de 2023

Assinatura do(a) participante

Declaro estar ciente de todos os deveres que me competem e de todos os direitos assegurados aos participantes, previstos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016. Asseguro ter feito todos os esclarecimentos pertinentes aos voluntários de forma prévia a sua participação e ratifico que o início da coleta dar-se-á após prestadas as assinaturas no presente documento e aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, competente.

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisadora Responsável: Jéssica dos Santos Simões

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequezinho/ Jequié-Bahia - CEP: 45206-190, na Sala de Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPGES)

E-mail: jessica-b7@hotmail.com **Fone:** (073)98838-7874

Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB)

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

ANEXOS

Anexo A - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

No	Item	Guide questions/description <i>Guia de questões/descrição</i>
Domain 1: Research team and reflexivity <i>Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade</i>		
Personal Characteristics <i>Características pessoais</i>		
1.	Interviewer/facilitator <i>Entrevistador / facilitador</i>	Which author/s conducted the interview or focus group? <i>Qual / i s autor (es) conduziu a entrevista ou o grupo focal?</i>
2.	Credentials <i>Credenciais</i>	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i> <i>O que eram as credenciais do pesquisador? Por exemplo PhD, MD</i>
3.	Occupation <i>Ocupação</i>	What was their occupation at the time of the study? <i>Qual era a sua ocupação no momento do estudo?</i>
4.	Gender <i>Sexo</i>	Was the researcher male or female? <i>O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?</i>
5.	Experience and training <i>Experiência e formação</i>	What experience or training did the researcher have? <i>Que experiência ou treinamento tem o pesquisador?</i>
Relationship with participants <i>Relacionamento com os participantes</i>		
6.	Relationship established <i>Relação estabelecida</i>	Was a relationship established prior to study commencement? <i>Foi uma relação estabelecida antes do início do estudo?</i>
7.	Participant knowledge of the interviewer <i>Conhecimento do Participante sobre o entrevistador</i>	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i> <i>O que os participantes sabem sobre o pesquisador? Por exemplo objetivos pessoais, razões para fazer a pesquisa</i>
8.	Interviewer characteristics <i>Características do entrevistador</i>	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i> <i>Que características foram relatadas sobre o entrevistador / facilitador? Por exemplo Bias, pressupostos, razões e interesses no tema de pesquisa</i>
Domain 2: study design <i>Domínio 2: Desenho do estudo</i>		
Theoretical framework <i>Arcabouço teórico</i>		
9.	Methodological orientation and Theory <i>Orientação metodológica e Teoria</i>	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i> <i>Que orientação metodológica foi indicado para apoiar o estudo? Por exemplo teoria fundamentada nos dados, a análise do discurso, a etnografia, a fenomenologia, a análise de conteúdo.</i>
Participant selection <i>Seleção dos participantes</i>		

10.	Sampling <i>Amostragem</i>	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i> <i>Como foram selecionados os participantes? Por exemplo intencional, de conveniência, consecutivo, snowball</i>
11.	Method of approach <i>Método de abordagem</i>	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i> <i>Como foi a abordagem dos participantes? Por exemplo cara-a-cara, telefone, correio, e-mail.</i>
12.	Sample size <i>O tamanho da amostra</i>	How many participants were in the study? <i>Quantos participantes participam do estudo?</i>
13.	Non-participation <i>Não participação</i>	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? <i>Quantas pessoas se recusaram a participar ou caíram fora? Razões?</i>

Setting*Definição*

14.	Setting of data collection <i>Configuração da coleta de dados</i>	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i> <i>Onde os dados foram coletados? Por exemplo: casa, clínica, local de trabalho.</i>
15.	Presence of non-participants <i>Presença de não participantes</i>	Was anyone else present besides the participants and researchers? <i>Ninguém mais estava presente, além dos participantes e pesquisadores?</i>
16.	Description of sample <i>Descrição da amostra</i>	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i> <i>Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo dados demográficos, data.</i>

Data collection*Coleta de dados*

17.	Interview guide <i>Instrumento de entrevista</i>	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? <i>Foram as perguntas, instruções, guias fornecidas pelos autores? Houve um teste piloto?</i>
18.	Repeat interviews <i>Entrevistas repetidas</i>	Were repeat interviews carried out? If yes, how many? <i>Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?</i>
19.	Audio/visual recording <i>Audio/registo sonoro, visual</i>	Did the research use audio or visual recording to collect the data? A pesquisa usou gravação áudio ou visual para coletar os dados?
20.	Field notes <i>Notas de campo</i>	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? <i>Notas de campo foram feitas durante e / ou após o entrevista ou grupo focal?</i>
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?

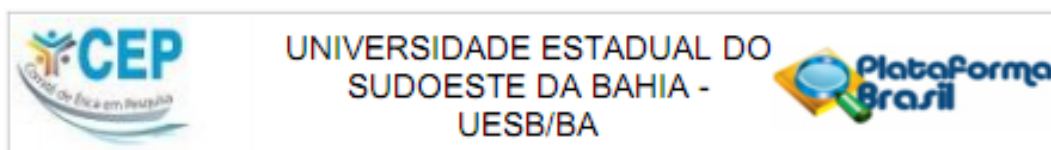
No	Item	Guide questions/description <i>Guia de questões/descrição</i>
	<i>Duração</i>	Qual foi a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22.	Data saturation <i>Saturação dos dados</i>	Was data saturation discussed? <i>A saturação dos dados foi discutida?</i>
23.	Transcripts returned <i>Retorno das transcrições</i>	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? <i>Transcrições foram devolvidos aos participantes para comentários e / ou correção?</i>

Domain 3: analysis and findings *Domínio 3:**análise e resultados***Data analysis***Análise dos dados*

24.	Number of data coders <i>Número de codificadores de dados</i>	How many data coders coded the data? <i>Quantos dados codificadores codificaram os dados?</i>
25.	Description of the coding tree <i>Descrição da árvore de</i>	Did authors provide a description of the coding tree? <i>Os autores fornecem uma descrição da árvore de codificação?</i>

	<i>codificação</i>	
26.	Derivation of themes <i>Derivação de temas</i>	Were themes identified in advance or derived from the data? <i>Os temas foram identificados antecipadamente ou derivaram dos dados?</i>
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data? <i>O software, se for o caso, foi usado para gerenciar os dados?</i>
28.	Participant checking <i>Verificação participante</i>	Did participants provide feedback on the findings? <i>Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?</i>
Reporting		
Relatórios		
29.	Quotations presented <i>Apresentação de citações</i>	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. <i>participant number</i> <i>Foram apresentadas citações dos participantes para ilustrar os temas / resultados? Cada citação foi identificada? Por exemplo número do participante.</i>
30.	Data and findings consistent <i>Dados e resultados consistentes</i>	Was there consistency between the data presented and the findings? <i>Houve coerência entre os dados apresentados e as conclusões?</i>
31.	Clarity of major themes <i>Clareza dos grandes temas</i>	Were major themes clearly presented in the findings? <i>Foram os principais temas apresentados de forma clara nos resultados?</i>
32.	Clarity of minor themes <i>Clareza dos temas menores</i>	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? <i>Existe uma descrição de diversos casos ou discussão de temas menores?</i>

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO EM REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisador: JESSICA DOS SANTOS SIMOES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59897822.9.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

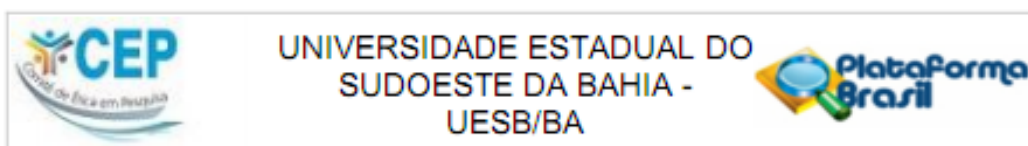
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.695.262

Apresentação do Projeto:

Segundo a proponente: "Os atos de violência doméstica contra a mulher são cada vez mais frequentes e representam um sério problema de saúde pública. A violência doméstica traz repercussões imediatas na saúde das mulheres e as levam às unidades de urgência e emergência, esses serviços são essenciais na identificação dos casos de violência doméstica e geralmente é o primeiro contato da mulher com um serviço assistencial. Tem como objetivo geral, analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência a mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência. O estudo apresenta relevância, pois possibilita um entendimento do pensamento social dos profissionais de saúde que trabalham em um serviço de urgência e emergência acerca da violência doméstica contra a mulher, ademais, este estudo pode trazer reflexões sobre as práticas que podem ser modificadas para que a assistência seja resolutive na prevenção e enfrentamento da violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa com coleta, análise e divulgação dos dados, embasada na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa será realizada no setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte situado no município de Itabuna, na região do sul da Bahia. Os participantes serão profissionais de saúde escolhidos mediante critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Para coleta de dados serão utilizados: a observação participante, a Técnica de Associação Livre de Palavras e a entrevista semiestruturada contendo questões disparadoras. Os dados obtidos através da Técnica de Associação Livre de Palavras serão

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-610
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3528-6727 Fax: (73)3525-6663 E-mail: cep@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5695.262

submetidos separadamente ao processamento estatístico com o auxílio do software EVOC, versão 2005. Os dados decorrentes das entrevistas serão processados pelo software IRAMUTEQ para melhor tratamento dos dados. A pesquisa atenderá aos aspectos éticos preconizados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a resolução 510/2016, será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e somente após aprovação do estudo pelo comitê, deverá ser iniciada a coleta de dados com os profissionais que aceitarem participar.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência a mulher em situação de violência doméstica no setor de urgência e emergência.

Objetivo Secundário:

- Apreender as representações sociais de profissionais de saúde da urgência e emergência sobre a mulher em situação de violência doméstica;
- Discutir a assistência prestada por profissionais de saúde à mulher em situação de violência doméstica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que a pesquisa pode oferecer estão relacionados com o possível desconforto dos participantes no momento da entrevista. Para reduzir os riscos, os profissionais serão informados previamente sobre a possibilidade de não responder a alguma questão ou de interromper a entrevista a qualquer momento. Benefícios:

Os benefícios decorrentes da realização desta pesquisa são promover maior visibilidade à questão da violência doméstica contra a mulher, a fim de que possam se desenvolver políticas públicas.

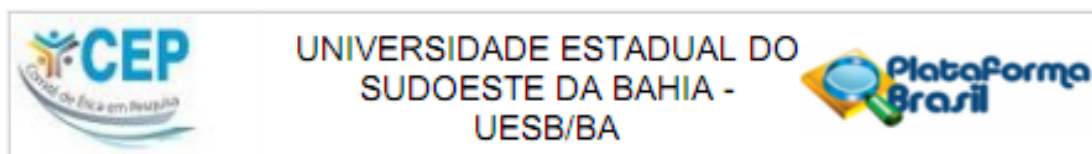
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Alteração de título, objetivo e retirado do contexto da pandemia da pesquisa, sugerido pela banca na qualificação do projeto, retirado perguntas da entrevista que envolviam o contexto de pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2023302_E1.pdf 23/09/2022 15:54:04 OK

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)			
Bairro: Jequiezinho		CEP: 45.205-610	
UF: BA	Município: JEQUIE		
Telefone: (73)3525-6727	Fax: (73)3525-6663	E-mail: cep@uesb.edu.br	



Continuação do Parecer: 6606.262

Autorizacao_Coleta_Jessica.pdf 23/09/2022 15:52:16 OK
 Compromisso_Geral_Jessica_Simoes_.pdf 23/09/2022 15:48:39 OK
 Projeto_Jessica_Simoes_CEP.docx 23/09/2022 15:47:09 Ok
 CRONOGRAMA_Jessica_Simoes.pdf 23/09/2022 15:45:29 OK
 TCLE_Jessica_Simoes.pdf 23/09/2022 15:37:01 OK
 folhaDeRosto_JessicaSimoes.pdf 23/09/2022 14:46:27 OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram evidenciados elementos que se constituam em óbice ético para aprovação da emenda solicitada.

Relatórios:

- Durante a execução do projeto e ao seu final, anexar na Plataforma Brasil os respectivos relatórios parciais e final, de acordo com o que consta na Resolução CNS 466/12 (itens II.19, II.20, XI.2, alínea d) e Resolução CNS 510/16 (artigo 28, inciso V).

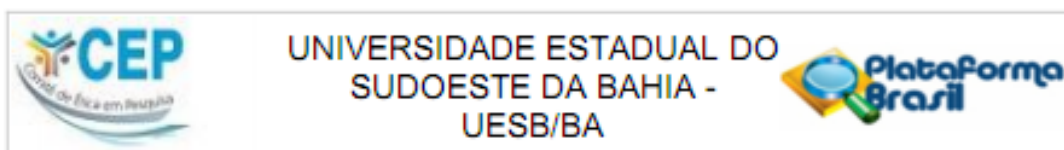
Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião realizada no dia 07/10/2022, por videoconferência, autorizada pela CONEP, a plenária deste CEP/UESB acatou 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_BASICAS_2023302_E1_.pdf	23/09/2022 15:54:04		Aceito
Outros	Autorizacao_Coleta_Jessica.pdf	23/09/2022 15:52:16	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Geral_Jessica_Simoes_.pdf	23/09/2022 15:48:39	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Jessica_Simoes_CEP.docx	23/09/2022 15:47:09	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_Jessica_Simoes.pdf	23/09/2022 15:45:29	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Jessica_Simoes.pdf	23/09/2022 15:37:01	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jaquezzinho CEP: 45.205-610
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3525-6727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepjo@uesb.edu.br



Continuação do Parecer: 5925.262

Folha de Rosto	folhaDeRosto_JessicaSimo.es.pdf	23/09/2022 14:46:27	JESSICA DOS SANTOS SIMOES	Acelto
----------------	---------------------------------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 10 de Outubro de 2022

Assinado por:
Leandra Eugenia Gomes de Oliveira
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Módulo CAP, 1º andar (UESB)
 Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-810
 UF: BA Município: JEQUIE
 Telefone: (73)3525-6727 Fax: (73)3525-6883 E-mail: cep@uesb.edu.br

ANEXO C - Autorização para coleta de dados



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



Ofício s/n

Jequié, 18 de outubro 2022.


Ao Dr Fernando Alves Pereira Júnior
Diretor Clínico do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães

Prezado Senhor,

Solicitamos autorização para que a pesquisadora Jéssica dos Santos Simões, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, possa iniciar a coleta de dados com os profissionais de saúde do Pronto Socorro do Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, Itabuna, para realização da pesquisa intitulada: “Assistência à mulher em situação de violência doméstica na urgência e emergência: um estudo em representações sociais”, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Vanda Palmarella Rodrigues. Esta pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, CAAE 59897822.9.0000.0055, na data 10/10/2022, sob parecer de número 5.695.262.

Caso precise de quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora pelo telefone (73) 9 8838-7874

Agradecemos sua cooperação,


Jéssica dos Santos Simões
Pesquisadora Responsável


Vanda Palmarella Rodrigues
Pesquisadora


Dr. Fernando Alves P. Júnior
Clínico Cardiocirculatório
CREMESP 100.012.721/1