

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU**
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

Rafaela Zago de Mello

**Representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica
contra as mulheres em um município de fronteira**

**FOZ DO IGUAÇU
2025**

RAFAELA ZAGO DE MELLO

**Representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica
contra as mulheres em um município de fronteira**

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADORA: Dra. Ana Paula Contiero

**Foz do Iguaçu
2025**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Mello, Rafaela Zago de

Representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres em um município de fronteira / Rafaela Zago de Mello; orientadora Ana Paula Contiero. -- Foz do Iguaçu, 2025.

83 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu)
-- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2025.

1. violência contra a mulher. 2. agentes comunitários de saúde. 3. representação social. 4. atenção primária a saúde.
I. Contiero, Ana Paula, orient. II. Título.

MELLO, R. Z. Representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres em um município de fronteira. 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Aprovado em 02/09/2025

Banca Examinadora

Prof. Dra. Ana Paula Contiero

Instituição Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Julgamento: Aprovado

Prof. Dra. Adriana Zilly

Instituição Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Julgamento: Aprovado

Prof. Dra. Marcelle Paiano

Instituição Universidade Estadual de Maringá

Julgamento: Aprovado

RESUMO

MELLO, R. Z. **Representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres em um município de fronteira.** 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública e sua discussão tem sido proeminente nos últimos anos. A fronteira é um local de grande tráfego de pessoas, onde a vulnerabilidade à violência é aumentada, demandando uma resposta emergente dos serviços de saúde. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde pode estabelecer uma relação estreita com as mulheres para a identificação da violência, com auxílio dos agentes comunitários de saúde, profissionais que estão mais próximos da população, inseridos no território, e confrontados diariamente com as demandas de violência doméstica contra as mulheres. A presente pesquisa teve como objetivo descrever as representações sociais dos agentes comunitários de saúde de um município de fronteira sobre a violência doméstica contra a mulher. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em duas etapas e fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A primeira etapa, contou com a participação de 52 ACS, entre novembro de 2024 a março de 2025 e consistiu na evocação livre de palavras, através do preenchimento de um formulário on-line, para evocar as cinco principais palavras, diante do termo gerador “violência doméstica contra a mulher”, além da coleta de dados sociodemográficos. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas on-line, utilizando um roteiro semiestruturado entre maio e julho de 2025 com sete agentes comunitários que haviam participado da primeira etapa. Para análise de dados da primeira etapa, empregou-se a análise prototípica das evocações livres com o aplicativo *OpenEvoce* análise descritiva dos dados sociodemográficos com cálculo de frequência absoluta e relativa. Para a segunda etapa, realizou-se a análise temática de conteúdo de Minayo das entrevistas, após a transcrição na íntegra. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste, sob o Parecer 7.049.576. Observou-se que o Núcleo Central das evocações, constituiu-se principalmente por termos relacionados à violência física, com destaque para agressão, medo, dor, abuso, ao passo que na periferia aparecem os termos: insegurança; dependência; impunidade; injustiça e morte. Emergiram quatro categorias após a análise temática: Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra a mulher; Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à violência doméstica contra a mulher; A fronteira e a diversidade étnico-racial no contexto da atuação dos agentes comunitários de saúde no atendimento à violência doméstica contra a mulher; Rede de atendimento à mulher vítima de violência doméstica. Os entrevistados identificaram o machismo; a violência intergeracional e comportamentos individuais como causas da violência doméstica contra a mulher. A atuação dos agentes comunitários de saúde é pautada no encaminhamento para a equipe de referência. Conclui-se que os agentes comunitários de saúde reconhecem a violência doméstica como um problema de saúde a ser identificado na Atenção Primária, mas percebem seu papel de forma restrita, como auxiliares no processo de encaminhamento. Os achados reforçam a necessidade de maior capacitação e integração da rede de atendimento, de modo a ampliar o protagonismo dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, especialmente na região de fronteira, pelas dificuldades encontradas no atendimento da população migrante em situação de violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Agentes Comunitários de Saúde; Representação Social; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

MELLO, R. Z. **Social representations of community health workers on domestic violence against women in a border municipality.** 2025. Thesis (Master's Degree in Public Health in the Border Region) - Center for Education, Literature, and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Violence against women is a public health issue and has been the subject of prominent debate in recent years. The border is a place of intense foot trafficking, where vulnerability to violence is higher, requiring an urgent response from health services. In this regard, primary health care can establish a close relationship with women to get to identify the violence, with the help of community health workers, professionals who are closer to the population, integrated into the territory, and who face the demands of domestic violence against women on a daily basis. The objective of this research was to describe the social representations of community health workers in a border municipality regarding domestic violence against women. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted in two stages and based on the Social Representation Theory. The first stage involved the participation of 52 CHWs between November 2024 and March 2025 and consisted of free word association, using an online form, to evoke the five main words associated with the term "domestic violence against women", in addition to the collection of sociodemographic data. In the second stage, online interviews took place using a semi-structured script between May and July 2025 with seven community agents who had participated in the first stage. For the analysis of the data from the first stage, prototypical analysis of free evocations was used with the *OpenEvoc* application and descriptive analysis of sociodemographic data with absolute and relative frequency calculations. For the second stage, a thematic analysis of the Minayo content of the interviews was carried out after full transcription. The Unioeste Research Ethics Committee, under Decision 7.049.576, approved the research. It was observed that the core of the evocations consisted mainly of terms related to physical violence, highlighting aggression, fear, pain, and abuse, while the suburbs included terms such as insecurity, dependence, impunity, injustice, and death. After thematic analysis, four categories emerged: community health workers' perceptions of domestic violence against women; community health workers' actions in response to domestic violence against women; the border and ethnic-racial diversity in the context of community health workers' actions in responding to domestic violence against women; and the network of care for women victims of domestic violence. The interviewees identified sexism, intergenerational violence, and individual behaviors as causes of domestic violence against women. The actions of the community health workers is to refer the population to the designated referral team. The research concluded that community health workers recognize domestic violence as a health problem that should be identified in primary care, but they perceive their role as limited, as assistants in the referral process. The findings reinforce the need for greater training and integration of the care network in order to expand the role of community health workers in the fight against violence against women, especially in the border region, due to the difficulties encountered in caring for the migrant population in situations of violence against women.

Keywords: violence against women; community health workers; social representation; primary health care.

RESÚMEN

MELLO, R. Z. Representaciones sociales de los agentes comunitarios de salud sobre la violencia doméstica contra las mujeres en un municipio fronterizo. 2025. Tesis (Máster en Salud Pública en la Región Fronteriza) - Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad Estatal del Oeste del Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública y su debate ha sido prominente en los últimos años. La frontera es un lugar de gran tráfico de personas, donde la vulnerabilidad a la violencia es mayor, lo que exige una respuesta urgente por parte de los servicios de salud. En este sentido, la Atención Primaria de Salud puede establecer una relación estrecha con las mujeres para identificar la violencia, con la ayuda de los agentes comunitarios de salud, profesionales que están más cerca de la población, integrados en el territorio y que se enfrentan diariamente a las demandas de violencia doméstica contra las mujeres. La presente investigación tuvo como objetivo describir las representaciones sociales de los agentes comunitarios de salud de un municipio fronterizo sobre la violencia doméstica contra la mujer. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa, exploratoria y descriptiva, realizada en dos etapas y basada en la Teoría de las Representaciones Sociales. La primera etapa contó con la participación de 52 ACS, entre noviembre de 2024 y marzo de 2025, y consistió en la evocación libre de palabras, mediante el llenado de un formulario en línea, para evocar las cinco palabras principales, ante el término generador “violencia doméstica contra las mujeres”, además de la recopilación de datos sociodemográficos. En la segunda etapa, se realizaron entrevistas en línea, utilizando un guion semiestructurado entre mayo y julio de 2025 con siete agentes comunitarios que habían participado en la primera etapa. Para el análisis de los datos de la primera etapa, se utilizó el análisis prototípico de evocaciones libres con la aplicación OpenEvoc y el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos con cálculo de frecuencia absoluta y relativa. Para la segunda etapa, se realizó el análisis temático del contenido de Minayo de las entrevistas, tras la transcripción íntegra. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de Unioeste, bajo el Dictamen 7.049.576. Se observó que el núcleo central de las evocaciones se constituyó principalmente por términos relacionados con la violencia física, destacando agresión, miedo, dolor y abuso, mientras que en la periferia aparecen los términos: inseguridad, dependencia, impunidad, injusticia y muerte. Tras el análisis temático surgieron cuatro categorías: las percepciones de los agentes comunitarios de salud sobre la violencia doméstica contra la mujer; la actuación de los agentes comunitarios de salud frente a la violencia doméstica contra la mujer; la frontera y la diversidad étnico-racial en el contexto de la actuación de los agentes comunitarios de salud en la atención a la violencia doméstica contra la mujer; la red de atención a la mujer víctima de violencia doméstica. Los entrevistados identificaron el machismo, la violencia intergeneracional y los comportamientos individuales como causas de la violencia doméstica contra la mujer. La actuación de los agentes comunitarios de salud consiste en derivar a la población al equipo de referencia encargado. Se concluye que los agentes comunitarios de salud reconocen la violencia doméstica como un problema de salud que debe identificarse en la atención primaria, pero perciben su papel de forma restringida, como auxiliares en el proceso de derivación. Los hallazgos refuerzan la necesidad de una mayor capacitación e integración de la red de atención, a fin de ampliar el protagonismo de los agentes comunitarios de salud en la lucha contra la violencia contra las mujeres, especialmente en la región fronteriza, debido a las dificultades encontradas en la atención a la población migrante en situación de violencia contra las mujeres.

Palabras clave: violencia contra la mujer; agentes comunitarios de salud; representación social; atención primaria de salud.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CONFAD	Conflitos Familiares Difíceis
CRAM	Centro de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
LMP	Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006)
LOS	Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Básica
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Representações Sociais
SPM	Secretaria de Políticas Para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VDCM	Violência Doméstica Contra a Mulher

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos ACS contactados para a segunda etapa da pesquisa	31
Quadro 2 - Organização da análise prototípica a partir do quadro de quatro casas	33
Quadro 3 – Processo de Lematização das Evocações Livres realizadas pelos participantes.....	33
Quadro 4 - Quadro de Quatro Casas, possível Núcleo Central e Sistema periférico das representações sociais dos ACS a respeito da VDCM	38
Quadro 5 - Categorias da análise temática de conteúdo.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Composição das Equipes da PNAB.....	22
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde.....	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Justificativa	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1. Objetivo Geral.....	15
2.2. Objetivos Específicos.....	15
3. QUADRO TEÓRICO.....	16
3.1. Políticas Públicas para o Combate à Violência contra as Mulheres.....	15
3.2. Violência Contra a Mulher.....	19
3.3. Atenção Primária à Saúde.....	21
3.3.1 <i>Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.....</i>	24
3.3.2. <i>APS e as Práticas de Cuidado.....</i>	25
3.4. Teoria das Representações Sociais.....	26
4. ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO.....	29
4.1. Desenho do Estudo.....	29
4.2. Cenário do Estudo	29
4.3. Participantes	30
4.4. Coleta de Dados.....	30
4.5. Análise de Dados.....	32
4.6. Aspectos Éticos.....	35
5. RESULTADOS	36
5.1. Evocação Livre de Palavras e Análise Prototípica	36
5.2. Entrevista Semiestruturada e Análise Temática de Conteúdo	39
5.2.1. <i>Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.....</i>	40
5.2.2. <i>Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à violência doméstica contra a mulher</i>	43
5.2.3. <i>A fronteira e a diversidade étnico-cultural no contexto da atuação dos agentes comunitários de saúde no atendimento à violência doméstica contra a mulher.....</i>	49
5.2.4. <i>Rede de atendimento e encaminhamentos</i>	50
6. DISCUSSÃO.....	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE I	72
APÊNDICE II	74

APENDICE III	76
ANEXO I	80

1. INTRODUÇÃO

A violência é um conceito amplo, e culturalmente determinado, adquirindo muitas facetas nas mais diversas populações. Ela pode ser compreendida em dois aspectos, o do senso comum e de uma forma mais intelectualizada. O senso comum atribui uma ideia voltada à violência como um crime, já a intelectualizada, ou erudita, interpreta a violência a partir da negação do direito de outrem. Dentre as diversas conceituações, uma delas é o uso intencional da força ou poder, que causa danos físicos ou psicológicos, impedindo o desenvolvimento pleno de quem sofre a violência (MINAYO, 2006).

A violência de gênero está imbricada na relação de poder e dominação do homem sobre a mulher, já a violência doméstica é aquela que acontece no ambiente domiciliar, e/ou na relação entre pessoas da família. A violência doméstica contra a mulher (VDCM) acontece no entrelaçamento da violência de gênero e da violência doméstica (MINAYO, 2006; WHO, 2021).

No Brasil, a violência doméstica é tipificada pela Lei Maria da Penha 11.340/2006, sendo classificada em: física, moral, patrimonial, sexual, psicológica. No entanto, autores e outras normativas como a do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Governo Federal (Lei 14.321/2022) apontam para outros tipos de violência de gênero como a simbólica (BOURDIEU, 1989), a obstétrica (CNS, 2019; KATZ *et al.*, 2020), e institucional (Lei 14.321/2022). Apesar da tipificação, o registro dessas ocorrências ainda é precarizado, não existindo uma comunicação padronizada e informatizada entre os serviços de segurança, saúde e assistência social, que são os serviços que compõe a Rede de Atendimento à Mulheres em Situação de Violência (BRASIL, 2011).

Como consequência da VDCM pode-se contabilizar demandas por atendimentos psicológicos e voltados à saúde mental, atendimentos de urgência e emergência, atendimento para uso problemático de substâncias, mortes, tentativas de suicídio, dentre outros. Um outro fenômeno observado em decorrência da VDCM é a demanda de saúde em relação a mulheres “poliqueixosas”, ou seja, mulheres que sempre buscam atendimento em saúde, mas nunca se encontra uma etiologia para a patologia relatada, ou que muitas vezes nem conseguem verbalizar o que sentem (WHO, 2021).

A VDCM, também gera consequências sociais como: o isolamento social, impossibilidade de trabalho e ausências a compromissos, dificuldade de exercer o autocuidado e cuidado com os outros (WHO, 2021). Considerando a estrutura patriarcal da sociedade, essas mazelas acabam repercutindo nos filhos, uma vez que diante dessa

organização social, as crianças e adolescentes ficam majoritariamente sob os cuidados da mulher (ZANELLO, 2022).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que uma em cada 3 mulheres no mundo irão sofrer algum tipo de violência de gênero ao longo de sua vida. Os dados relacionados às amérias não são diferentes, a instituição aponta que 23% das mulheres sofrerão algum tipo de violência doméstica causada por parceiros, enquanto 11% sofrerão alguma violência de gênero não-doméstica (OMS, 2021).

No Brasil, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública demonstra que o país possui maiores índices de VDCM do que quando comparado com outros países do mundo, os 23% levantados pela OMS (2021) são 33,4% no Brasil. A instituição revela um aumento dos registros de violência em 2022, como uma possível consequência da dificuldade de busca de atendimento, e diminuição da abrangência das políticas públicas em decorrência da pandemia de COVID-19 (BUENO *et al*, 2023).

No tocante a assistência à saúde da mulher, a Atenção Primária à Saúde (APS), é compreendida como uma porta de entrada para relatos e atendimentos iniciais às mulheres em situação de violência. A APS para Starfield (2002) pode ser definida como a atenção que promove o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, supõe-se a visão biopsicossocial do ser humano, assim como o cuidado longitudinal, independente da presença ou ausência de doenças. Para a autora, a APS possui ainda cinco atributos que são compartilhados com outros níveis de atenção, a saber: acessibilidade, integralidade, coordenação do cuidado, continuidade e responsabilidade.

Parte da APS é composta pelas equipes de Saúde da Família (eSF) que são as equipes de saúde com maior proximidade da população e suas demandas de saúde. A eSF é multidisciplinar, sendo composta por obrigatoriamente um médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2017).

No que tange a acessibilidade, os ACSs possuem um papel significativo em atender as pessoas que possuem alguma dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde(UBSs) e Unidades de Saúde da Família (USFs) (SOUZA; ALMEIDA, 2023), por isso, pensar a prática e as representações sociais dos ACS a respeito da VDCM se torna extremamente importante.

Uma revisão sistemática realizada em 2022, encontrou apenas nove estudos sobre a violência contra mulheres no contexto da APS, destes, apenas 5 foram realizadas no Brasil. A revisão apontou para a importância do vínculo entre usuárias e equipe de saúde, para que a mulher relate eventuais situações de violência, indicando para uma falta de capacitação e preparo para as profissionais da APS abordarem a temática. A revisão demonstrou ainda que a

maior parte das pesquisas foram realizadas com enfermeiras, e poucas abrangiam outros membros da equipe da APS (CONCEIÇÃO; MADEIRO, 2022).

Estudos ainda apontam que dentre os critérios que facilitam a identificação das situações de violência doméstica estão a visita domiciliar e a escuta ativa, que principalmente na relação próxima entre profissional e mulher as violências costumam ser relatadas. Os ACSs possuem então as melhores ferramentas dentre os profissionais da APS, incluindo a proximidade com a população para a identificação e promoção de atenção e encaminhamento dos casos de VDCM (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020).

Esse contexto de violência é agravado em regiões de fronteira, encontrando-se mais elevada em virtude da dificuldade do estado em dar uma resposta efetiva à essa demanda (MARMO, 2023). Um estudo realizado em municípios de fronteira brasileiros apontou maior número de casos de feminicídios quando comparados a outros municípios não fronteiriços, especialmente nas cidades mais populosas (MENEGHEL *et al*, 2022).

O feminicídio é concebido como expressão máxima da violência contra as mulheres (BARROS *et al*, 2016), e dados estatísticos sobre outros tipos de violência são escassos. Outro estudo realizado em Foz do Iguaçu, demonstrou que a violência psicológica, é considerada o primeiro tipo de violência praticado no contexto familiar, evoluindo para os demais tipos de violência tipificados pela Lei Maria da Penha (SILVA, 2021).

Para além do envolvimento da APS na temática da violência, a especificidade da fronteira traz desafios para a execução dos serviços. Iniciativas federais para cofinanciamento considerando a população flutuante em regiões de fronteira, não foram profícias, apresentando ainda gargalos que precisam ser solucionados (HAUM; OLIVEIRA, 2021). O atendimento de mulheres brasileiras que residem do Paraguai (brasiguaias) também é um desafio, principalmente no que tange a VDCM, uma vez que identificada a violência, essas famílias possuem maior facilidade para mobilidade internacional. A migração também é considerada um fator de risco para a incidência da VDCM (MAKUCH *et al*, 2021; MARMO, 2023).

Tendo em vista o exposto, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as representações sociais dos agentes comunitários de saúde de um município de fronteira sobre a violência doméstica contra a mulher? Dessa forma o presente estudo tem por objetivo descrever as representações sociais dos agentes comunitários de saúde de um município de fronteira sobre a violência doméstica contra a mulher.

1.1.JUSTIFICATIVA

A fronteira já não é mais considerada apenas um limite físico entre dois espaços, assim como território não é apenas uma demarcação espacial com características físicas e sociais específicas. As relações entre fronteira e territórios se modificam de acordo com condições políticas e socioeconômicas vigentes (RODRIGUES, 2015).

É na fronteira, que algumas das expressões da violência contra a mulher se perpetuam e se mascaram diante da complexidade territorial. Ao abordar a violência contra a mulher em região de fronteira, deve-se observar as especificidades dessas regiões, da população atendida, principalmente diante do fenômeno da migração, da diversidade étnica e da linguagem. Um fenômeno que não pode ser descartado, observado como fruto do encontro de culturas é a transculturação (ROLDAN, 2023). É mister atuar na integração e na compreensão de um movimento dialético entre o encontro de culturas, das circulações transfronteiriças (AIKES; RIZZOTTO, 2018) e migração pendular (ZAVSLAVSKY; GOULART, 2017).

Existe uma preocupação com o contexto de violência contra as mulheres na fronteira trinacional – Brasil, Paraguai e Argentina – no que se refere às dificuldades que os municípios - Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazu, respectivamente - apresentam no que tange a rede de atendimento a esse público, e à uma resposta efetiva do Estado frente as denúncias realizadas às autoridades competentes (WEBBER, 2021).

Nesse cenário, múltiplo e diverso, a atuação dos profissionais da APS na prevenção de doenças e promoção de saúde através de intervenções individuais/familiares ou coletivas é de extrema relevância. As especificidades da fronteira no atendimento dos profissionais da APS à população desse território, podem evidenciar algumas dificuldades dessas trabalhadoras no que se refere ao atendimento às mulheres migrantes, ou não, que não falam português, que possuem vulnerabilidades diversas, ou eventualmente, que possuem características culturais onde a violência pode ser compreendida como algo natural. Um desafio posto ainda é o atendimento às mulheres, que diante da condição de migração, não possuem documentação, ou cadastro na Unidade de Saúde de Referência, que pode implicar numa restrição do acesso à essas mulheres pelos profissionais da APS (RODRIGUES; FONSECA, 2021).

Outro ponto característico à fronteira é a existência de famílias “binacionais” compostas por cônjuges de nacionalidades diferentes, o que contribui frequentemente para a migração pendular. Existem ainda dificuldades inerentes à responsabilização do autor de violência, uma vez que o local de ocorrência da violência, testemunhas, e a própria mulher podem sofrer alternância de países que protelam a assistência dessa mulher aos serviços de

saúde, assistência e jurídicos necessários (FIGUEIREDO, 2015). Nesse contexto a proximidade dos profissionais da APS ao público-alvo desta pesquisa pode auxiliar na identificação e encaminhamento desses casos de forma efetiva.

A própria APS que é tão próxima da população, ainda possui em sua estrutura, profissionais que estão inseridos no cotidiano dos usuários, que são as Agentes Comunitárias de Saúde. Dentre as atribuições dos ACSs está a visita domiciliar, que permite muitas vezes que essas profissionais tenham um acesso privilegiado à população, em especial às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2017). Desvendar quais são as representações sociais dessas profissionais permite compreender se as profissionais conseguem identificar situações de violência nesse contexto, seja de visita domiciliar ou na condução de grupos, e realizar um encaminhamento exitoso dessa mulher para que ela receba o cuidado devido diante da sua necessidade, compreendendo que identificar e registrar situações que interfiram no curso de doenças e encaminhá-las para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2017).

O atendimento às mulheres em situação de violência doméstica nesses contextos deve ter um olhar humanizado, buscando desburocratizar o acesso e de fato se atentar para a prática de cuidados dessa população mais vulnerável. A prática baseada em evidências (PBE) também surge como uma atuação que considera as especificidades culturais, percepções do que é violência pelas mulheres inseridas no território, sem desconsiderar as próprias profissionais mulheres como pessoas inseridas nesse contexto; as evidências científicas a respeito da atuação com esse público; e a escolha da atendida para a intervenção proposta (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2020).

Conhecer as representações sociais desses profissionais, contribui para uma melhor compreensão das práticas desenvolvidas por estes ao se deparar com uma mulher que verbaliza, ou que dá sinais de que possa estar em situação de violência. Diversos autores têm refletido sobre a atuação da APS no combate e enfrentamento às situações de violência (D'OLIVEIRA *et al*, 2009; SCHRAIBER *et al*, 2005; AGUIAR *et al*, 2020; AGUIAR *et al* 2023), e no contexto de fronteira, a APS possui ainda mais especificidades. A investigação acerca dos olhares e das práticas pode contribuir com a formulação de estratégias para os profissionais abordarem a temática de maneira eficiente, diminuindo a rota crítica que essas mulheres percorrem (BRUHN; LARA, 2016; ARBOIT; PADOIN; PAULA, 2018).

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as representações sociais dos agentes comunitários de saúde de um município de fronteira sobre a violência doméstica contra a mulher.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a percepção dos agentes comunitários de saúde em relação a violência contra as mulheres no âmbito doméstico.

Descrever as práticas de cuidado realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

3. QUADRO TEÓRICO

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

A luta por direitos equitativos entre homens e mulheres data da década de 60 com os movimentos feministas, no entanto, essa luta já era travada por mulheres no passado. Esse passado ficou apagado ao consultar os livros de história, escritos até então por homens, que retratavam o feminino e as mulheres segundo suas representações (COLLING, 2013). Pesquisas recentes realizadas por antropólogas feministas questionam as principais teorias sobre os papéis de gênero nas sociedades antigas. Esses papéis eram diferentes, mas longe de serem considerados determinantes de poder, eram vistos como complementares (LERNER, 2013).

Após as sociedades gregas, e mais marcadamente pela lógica judaico-cristã, o papel do feminino, e consequentemente da mulher na sociedade foi se subalternizando. Eva como a responsável por trazer o “pecado original”; a falta de estudos sobre o sistema reprodutor feminino; e a atribuição de patologias à existência de um útero (a histeria na psicanálise); foram determinantes para um local social determinado às mulheres e visto como inferior (COLLING, 2013; LERNER, 2013). Essa “inferioridade” atribuída às mulheres, foi reforçada através de legislações, como por exemplo a brasileira que só permitiu o voto feminino em 1932 no Brasil.

Essa expressão da desigualdade entre homens e mulheres está na dicotomia entre o espaço público e privado designados social e historicamente aos gêneros. Às mulheres, o espaço do privado, nas atividades domésticas, sem vida pública. Aos homens o espaço do público, e consequentemente o de legislar (COLLING, 2013; LERNER, 2013; SAFFIOTI, 2015).

Até 1917 o Código Civil Brasileiro atribuía à mulher um status de posse do marido, reproduzindo um ideal que se perpetuava em outros países judaico-cristãos, concebendo a mulher como um ser colocado na Terra apenas para servir os homens. Em 1922 uma pesquisadora feminista, Bertha Lutz criou a Federação Brasileira para o Progresso Feminino que lutou acirradamente para que em 1932 o voto feminino fosse permitido (TOSCANO; GOLDEMBERG, 2003).

Com o voto, veio a participação das mulheres, ainda que de forma tímida, na vida pública. Diversos questionamentos foram, e ainda são feitos em respeito da participação feminina na vida pública e em espaços de poder (TOSCANO; GOLDENBERG, 2003). A

ocupação desses espaços permitiu que aos poucos as necessidades das mulheres fossem vistas e atendidas através da criação de políticas públicas (AMORIM *et al*, 2022; BLAY, 2003).

Um dos marcos da luta feminista foi o segundo julgamento e condenação de Doca Street, acusado do assassinato de Angela Diniz no Rio de Janeiro, que fora inicialmente inocentado. O caso anunciou a falta de políticas públicas, e iniciou um movimento até hoje observado quando se fala do fenômeno da violência contra a mulher: responsabilizar a vítima pelo crime cometido (BLAY, 2003).

O esboço de uma sistematização de políticas públicas para as mulheres aconteceu em 1983 com o Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo, que levou à criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher em 1985 (AMORIM *et al*, 2022; BLAY, 2003). Até então, as políticas públicas surgiam no contexto jurídico e de responsabilização dos autores de violência, com o feminismo crescendo a nível mundial, alguns documentos internacionais foram criados, dentre eles (COELHO *et al*, 2014):

-Conferência de Viena (1993) que reconheceu os direitos das mulheres como uma forma de direitos humanos, nomeando a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos;

-Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (1993);

-Conferência sobre População e Desenvolvimento (1994) reconhecimento da diversidade humana e inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos;

-Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), essa convenção ficou conhecida também como “Convenção de Belém do Pará” que ampliou o conceito de violência contra a mulher para os âmbitos públicos e particular, conceituando amplamente a violência doméstica e intrafamiliar;

- IV Conferência da Mulher em Beijing e a Plataforma de Ação Mundial da Mulher (1995) que apresentou um enfoque nos direitos das mulheres considerando o conceito de “gênero”.

Em decorrência dessas convenções, o Brasil cria em 2003 a Secretaria de Políticas Para Mulheres (SPM) que teve uma atuação forte até 2010 (COELHO *et al*, 2014). Fruto da atuação da SPM em 2004 o Governo Federal lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que previa ações no âmbito da saúde de forma integral, ou seja, a questão da violência contra a mulher já era apontada como uma demanda de saúde, apesar do documento evidenciar a questão da violência sexual (BRASIL, 2004). Em 2011, a

PNAISM foi atualizada através de um documento que elenca seus princípios e diretrizes, abarcando a VDCM de forma mais explícita (BRASIL, 2011)

Apesar do aparente avanço, e das diversas convenções internacionais, apenas em 2006 o Brasil criou uma legislação federal para coibir a violência contra a mulher (COELHO *et al*, 2014; BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Pena (Lei 11.340/2006) é considerada referência internacional e discorre sobre mecanismos para coibir e punir a violência contra a mulher. Apesar de ter sido elaborada pelo governo federal, não foi criada sem a luta da mulher a qual a lei leva o nome (FERNANDES, 2014). Em 1998, após diversas agressões e uma tentativa de feminicídio, Maria da Penha junto ao Centro para Justiça e o Direito Internacional (CEJIL), e ao Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), levaram uma denúncia acerca do Estado Brasileiro para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA). Essa denúncia apontava o Brasil como um violador dos direitos humanos ao não garantir medidas efetivas de combate à violência contra a mulher (FERNANDES, 2014).

Após o acolhimento da denúncia, o Brasil foi condenado a pagar multas e sofrer sanções internacionais caso medidas para erradicar a violência contra a mulher não fossem criadas. Se passaram 8 anos entre a denúncia e a criação da Lei 11.340/2006 (FERNANDES, 2014). A Lei Maria da Penha (LMP) tipifica cinco tipos de violência doméstica a saber: violência física, sexual, patrimonial, moral e psicológica (BRASIL, 2006).

A violência física é compreendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. A violência sexual é qualquer conduta que constranja ou obrigue a mulher a realizar práticas sexuais indesejadas, impedir ou obrigar a mulher utilizar métodos contraceptivos, que a force ao matrimônio, à prostituição e ao aborto. A violência patrimonial é tipificada como a conduta de reter os ganhos financeiros da mulher, a impedir de trabalhar, destruir objetos pessoais, reter documentos, incluindo agressão à animais de estimação. A violência moral é concebida como a prática de difamar, caluniar, ou buscar sujar a imagem da mulher no convívio social. A violência psicológica, é conceituada como qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima ou que lhe impeça o pleno desenvolvimento ou que objetive degradar ou controlar as ações da mulher, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização ou qualquer meio que lhe cause prejuízo à sua saúde mental ou autonomia de decisão (BRASIL, 2006).

Além de tipificar as violências, a lei reiterou a necessidade de articulação intersetorial para atendimento às mulheres que já estava em vigor a partir do PAISM (BRASIL, 2006). Essa articulação foi vista como uma forma de mitigar os gastos com políticas públicas solidificadas (AMORIM *et al*, 2022). O trabalho em rede é uma forma na qual diversos atores e políticas governamentais se articulam para encaminhar uma demanda específica, no entanto, o que se observa é que muitas vezes os profissionais trabalham na “lógica do encaminhamento”, não ofertando uma resolutividade para a problemática. A lógica do encaminhamento mencionada, reforça a rota crítica percorrida por mulheres em busca de uma solução para a demanda da violência (AGUIAR *et al*, 2020; BRUHN; LARA, 2016).

O conceito de rota crítica foi estabelecido para descrever as negativas, dificuldades de respostas do Estado, e possíveis violências institucionais vivenciadas por mulheres em situação de violência. A simples existência dessa rota faz com que muitas mulheres desistam de buscar apoio, por não serem acolhidas, escutadas, ouvidas (BRUHN; LARA, 2016; ARBOIT; PADOIN; PAULA, 2018).

Dentre as políticas que fazem parte da rede intersetorial, está a política de saúde, muitas vezes, é a política “porta de entrada” para os relatos de violência, uma vez que as consequências da violência são manifestadas inicialmente através de sintomas. Impera-se então a lógica biomédica de cuidado, a qual trata apenas o sintoma, deixando o cuidado a nível relacional em segundo plano (AGUIAR *et al*, 2020; CARNEIRO *et al*, 2021, LEITE *et al*, 2022).

3.2. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Para se discutir a violência contra a mulher, é necessário compreender a historicidade do conceito gênero e sua importância para a compreensão do fenômeno. Diversos autores pontuam a multifatorialidade das violências (MINAYO, 2006; HOOKS, 2019), no entanto, a interseccionalidade é o carro chefe para se compreender as violências estruturais que atingem a categoria “mulher” (HOOKS, 2019). Simone de Beauvoir (1980) cunhou a frase “não se nasce mulher, torna-se” para discutir as imposições sociais que fazem com que uma pessoa se torne “mulher”.

Essas visões, ou imposições sociais, estão alinhadas, muitas vezes, aos papéis de cuidado, e as atividades ligadas à vida privada, como cuidar da casa, organizar a alimentação da família,etc. (COLLING, 2014). A não-conformidade com esses papéis sociais, são considerados um dos propulsores para a violência contra as mulheres, ou seja, a violência é

vista como uma forma de disciplinar as mulheres que se recusam a cumprir um papel socialmente determinado (COLLING, 2014; SCHRAIBER, 2015).

Ao afirmar a interseccionalidade como carro chefe para compreender essas violências, busca-se apontar que as violências são manifestadas na interseccionalidade entre gênero, raça, orientação sexual, deficiências. Ou seja, mulheres negras além de sofrerem os processos de exclusão pela cor da pele, sofrem por serem mulheres em uma sociedade patriarcal. Da mesma forma mulheres homossexuais vivenciam a violência de gênero de forma diversa que as mulheres heterossexuais (HOOKS, 2019). Nas fronteiras, as violências de gênero são exacerbadas, considerando as especificidades do território, para além da violência de gênero, presente na sociedade de forma democrática (MAKUCH *et al*, 2021; MARMO, 2023; SILVA *et al*, 2021).

Compreendendo as especificidades da violência de gênero, caminha-se para uma compreensão da violência doméstica contra a mulher (VDCM). A VDCM é uma das expressões da violência de gênero que acontece no âmbito familiar, compreende-se por família não apenas pessoas com laços consanguíneos, mas sim toda relação que envolve vínculo de afeto, quer as pessoas residam na mesma casa ou não (SAFFIOTI, 2015). Ao se abordar a questão de gênero como categoria para a compreensão da VDCM, compreende-se que a violência nesse ambiente não é fortuita, ou mero resultado de desacordos, mas sim que ela é fruto de construções sociais, que ela é a expressão de uma representação social do que se espera de uma mulher, ou do que se espera que uma mulher deva suportar (SAFFIOTI, 2015).

Ao abordar a questão do que uma mulher deve suportar, é necessária a compreensão do processo de naturalização das violências, ou seja, o processo pelo qual a violência é vista como normal, ou como um comportamento “masculino”. Processo esse que desprende os processos históricos de construção das masculinidades (SAFFIOTI, 2015; D’OLIVEIRA *et al*, 2020).

Nesse sentido, a violência doméstica precisa ser compreendida através da multifatorialidade, interseccionalidade, e com a especificidade de sua ocorrência no âmbito privado, como já mencionado, o lugar e destino das mulheres na sociedade patriarcal (HOOKS, 2019; SAFFIOTI, 2015). Por acontecer no âmbito privado, muitas vezes não possui testemunhas, o que leva a uma problemática para o seu diagnóstico e intervenção caso não seja verbalizada espontaneamente pela mulher em algum espaço de acolhimento. Aqui defende-se a ideia, que um, se não o principal local, que essas violências podem ser observadas e relatadas é na APS, não sob a responsabilidade de um profissional em específico, mas em uma visita domiciliar, uma marca no exame ginecológico, um dente

quebrado sem explicação, um relato de violência psicológica (ACIOLI *et al*, 2015, AGUIAR 2020; CONCEIÇÃO; MADEIRO, 2022).

A “não escuta” nesses espaços, pode deixar passar uma situação de violência, acarretar maiores agravos de saúde, ou até reforçar a crença de que não existe saída para a situação de violência. Entende-se por “não escuta” o comportamento de negligenciar sinais de violência, assim como não acolher a mulher em sua demanda, praticando o que se chama de lógica do encaminhamento e que é considerada violência institucional (MENEGHEL *et al*, 2021; SCHRAIBER *et al*, 2015; VIEIRA *et al*, 2023).

Importante salientar que a percepção da violência doméstica está intimamente ligada à ênfase que a sociedade dá a determinados tipos de violência em detrimento de outros. Geralmente as violências com consequências visíveis, e do âmbito público, ideologicamente são mais percebidas e abordadas do que as violências que acontecem no âmbito privado (MINAYO, 2006).

3.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi um marco para os direitos sociais no país e foi o que permitiu a criação do Sistema Único de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi um avanço nos direitos à saúde da população brasileira. Criado pela Lei Federal 8.080 de 19 de setembro de 1990, ele possui como princípios a universalização, a equidade e a integralidade do cuidado com os usuários. A universalização está relacionada com o acesso à saúde como um direito de todos, a equidade versa sobre a diminuição das desigualdades, e a integralidade busca atender o usuário como um todo, com todas as suas demandas (BRASIL, 2017). A integralidade é um ponto importante para se pensar a atuação dos serviços de saúde diante da questão da VDCM.

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) discorre ainda sobre a questão da integralidade, apresentando a importância da participação dos usuários na construção dos projetos de promoção à saúde. A Integralidade também prevê a identificação dos determinantes e condicionantes através dos serviços de saúde, e a atuação da saúde na articulação intersetorial para a resolutividade das demandas (BRASIL, 2017).

A PNPS ainda versa sobre os Temas Prioritários para a promoção de saúde, dentre eles está a promoção de uma cultura de paz e de direitos humanos. Esse eixo aborda a importância do desenvolvimento de tecnologias sociais que facilitem a mediação de conflitos, assim como objetiva a produção de informação, e uma atuação voltada para as pessoas e para as

coletividades, com o objetivo de redução das violências e a promoção de uma cultura de paz (BRASIL, 2017).

As diretrizes do SUS, e reforçadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), devem estar alinhadas à:

- a) regionalização e hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)
 - b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)
 - c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)
 - d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)
 - e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)
 - f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)
 - g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)
 - h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)
 - i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)
- (BRASIL, 2017).

A questão dos princípios e diretrizes do SUS precisam ser analisados à luz de suas complexidades, uma vez que podem se confundir. A própria Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (LOS) não é clara em relação a sua diferenciação. Mas pode-se compreender que os princípios são os elementos estruturantes e as diretrizes os elementos organizativos da política (MATTA, 2007).

A APS possui dois tipos de estabelecimentos, sendo elas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF). Esses são os locais onde a população pode acessar os serviços da APS, a diferença entre eles é que nas UBSs não existe uma Equipe de Saúde da Família (eSF) completa. Dentre as equipes possíveis para o cuidado com a população estão Equipes de Saúde da Família (eSF), as Equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Bucal (eSB), Núcleos Ampliados de Saúde da Família na Atenção Básica (NASF-AB), Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), outras equipes são previstas pela PNAB que atendem a populações específicas, como populações ribeirinhas, quilombolas e pessoas em situação de rua (BRASIL, 2017).

As equipes da PNAB são compostas de acordo com os profissionais que nela atuam, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Composição das Equipes da PNAB

Tipo de Equipe	Composição Mínima
Saúde da Família	Médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou

	técnico em saúde bucal.
Atenção Primária	Médicos preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde.
Saúde Bucal	cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	Enfermeiro e agentes comunitários de saúde definidos com base na população do território.
Núcleo Ampliado de Saúde na Atenção Básica	não são previstas equipes mínimas, mas sim uma preconização de profissionais que atuem de forma interdisciplinar para dar suporte às eSF e eAP. Esses profissionais podem ser: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente

Fonte: Organizado pela autora com informações da PNAB (BRASIL, 2017)

A PNAB prevê ainda o conhecimento e identificação dos determinantes sociais de saúde (DSS) da população adscrita ao território. Nesse sentido, a VDCM é um determinante social, que leva muitas mulheres a buscarem atendimento em saúde. Estudos apontam que, embora as mulheres busquem os serviços da APS, e relatam os episódios de violência, existe um processo de medicalização da violência, no qual a violência é vista através de uma perspectiva biomédica de saúde-doença (SOARES; LOPES, 2018; VIEIRA *et al*, 2023).

O processo de medicalização envolve a prescrição de medicação psicotrópica para tratamento de mulheres em sofrimento psíquico em decorrência da VDCM (SOARES; LOPES, 2018). Este não é a única problemática encontrada nos atendimentos às mulheres em situação de violência, relatos e manifestações físicas de violências podem ser negligenciadas durante exames ginecológicos de rotina (MENEGHEL, 2021). Alguns autores ainda apontam para um “não lugar” da mulher na APS, indicando uma lógica de encaminhamentos às mulheres em situação de sofrimento mental, realizando pouca ou nenhuma escuta e acolhimento (VIEIRA *et al*, 2023).

Em relação a atuação da enfermagem, estudos apontam para o reconhecimento da violência por esses profissionais, no entanto, uma dificuldade em relação à notificação, cuidado e resolutividade à essa demanda (SILVA; RIBEIRO, 2020). A notificação é frequentemente apontada como uma dificuldade nos casos de VDCM, a existência de dados divergentes em relação à segurança pública e saúde é um dificultador de elaboração de políticas públicas efetivas para uma resposta à demanda apresentada (ACOSTA *et al*, 2017; SEBALDELI *et al*, 2021).

Um ponto evidenciado por estudos na área é a predominância de reconhecimento e encaminhamento para as situações de VDCM que envolvem violência física (CAVALCANTI *et al*, 2021; SEBALDELI *et al*, 2021; SILVA; RIBEIRO, 2020). Isso pode sugerir que as violências psicológicas e verbais podem estar sendo negligenciadas (MENEGHEL, 2021; SOARES; LOPES, 2018; VIEIRA *et al*, 2023). Para além, o processo de naturalização da violência também é evidenciado por profissionais da APS, reproduzindo-se um discurso de “em briga de marido e mulher não se mete a colher” (SANTOS *et al*, 2018).

Alguns autores ainda apontam o despreparo, falta de capacitação e de condições psicológicas dos profissionais de saúde para encaminhamentos das demandas de VDCM (AUTIERO *et al*, 2020). Estudos em região de fronteira apontam que a dificuldade de abordar a demanda não é diferente (GOFF *et al*, 2001; NASCIMENTO; 2023)

O contexto de fronteira apresenta ainda mais especificidades em relação às notificações e encaminhamentos. Visto que diante da movimentação pendular, a ocorrência da violência no outro lado da fronteira, e a facilidade em relação a mobilidade para territórios não-brasileiros, dificulta a identificação e acompanhamento de situações (WEBBER, 2021). Sabe-se que o vínculo estabelecido pela mulher com os serviços de saúde é um fator facilitador da revelação da violência, no entanto, se a mulher, diante da característica de mudança de domicílio, não cria vínculos com os serviços de saúde, ela pode não relatar essa especificidade durante o atendimento em saúde (SILVA; RIBEIRO, 2020).

3.3.1 Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde

Os ACS são uma categoria profissional da APS que possuem particularidades que os aproximam da população atendida nos territórios. Um dos principais fatores é que os ACSs precisam residir próximo ao seu local de atuação, o que garante um conhecimento mais profícuo dos processos de saúde-doença de determinado local (LOSCO; GEMMA, 2019).

A PNAB prevê a atuação dos ACS na identificação e encaminhamento de agravos de saúde, planejamento de ações que busquem aproximar a população à eSF do território,

realização de visitas domiciliares, dentre outras atividades que garantem a essas profissionais um local de inserção na vida da população adscrita à uma eSF (BRASIL, 2017). Essa proximidade pode ao mesmo tempo um facilitador como um dificultador na identificação e encaminhamentos de casos de VDCM.

A vicinalidade dessa relação é o que permite que esses profissionais identifiquem as situações antes mesmo delas aparecerem no atendimento dos demais profissionais da APS. No entanto, justamente por estarem tão próximas do contexto de violência nos territórios, o lidar com a situação, se torna um desafio, principalmente permeado por medo de uma possível reação do autor de violência contra o ACS, assim como quebra de vínculo entre o ACS e a mulher atendida e a presença do autor de violência no momento do atendimento (ARBOIT; PANDOIN; VIEIRA, 2020).

3.3.2 APS e as práticas de cuidado

As práticas de cuidado podem ser concebidas como as atividades e intervenções dos profissionais de saúde frente às demandas apresentadas. Nas palavras de Ayres (2004) o cuidado pode ser compreendido como:

uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (AYRES, 2004, p.74).

O acolhimento é uma das práticas concebidas como tecnologias leves na atenção à saúde (MERHY, 2002), e apontado como primordial no atendimento das demandas de VDCM (SILVA; RIBEIRO, 2020). No entanto, estudos têm apontado uma deficiência e ineficiência nas práticas de cuidado para mulheres em situação de violência (HEGARTY; TAZIA, 2019).

Estudos apontam para uma dificuldade de enfermeiros definirem suas práticas como cuidado (ACIOLI *et al*, 2015). Apesar dessa dificuldade, as principais práticas envolvidas no cuidado às mulheres em situação de violência, são a notificação e a prática de visitas domiciliares, outras atividades são realizadas, mas sem uma padronização específica, sendo elas: orientações, acolhimento, grupo de mulheres (MAIA *et al*, 2020).

A concepção de cuidado é discutida por diversos autores, mas é na interface do cuidado como valor que essa pesquisa se fundamenta (PINHEIRO, 2007). A prática do cuidado como valor está alinhada à integralidade do cuidado, concebendo este não apenas

como a técnica exercida no atendimento, mas sim o olhar para questões históricas e sociais, e perpassando a compreensão de diversos modos de existir e de ser (PINHEIRO, 2007).

O cuidado integral é imprescindível no atendimento a mulheres em situação de violência. No entanto, muitas vezes os profissionais de saúde se deparam com diversas dificuldades, desde a falta de treinamento, identificação com a demanda, sentimento de impotência diante dos casos até o medo de ofender a mulher ao perguntar sobre o assunto (SCHRAIBER *et al*, 2005, AGUIAR *et al*, 2023).

Um grupo de pesquisa sobre violências da Universidade de São Paulo (USP), desenvolveu um modelo interventivo para o que chamam de Conflitos Familiares Difíceis (CONFAD). O uso do termo é estratégico, uma vez que as pesquisadoras observaram que o uso do termo violência gerava uma resistência por parte tanto de trabalhadores da saúde quanto das pessoas atendidas (D'OLIVEIRA, 2009). O CONFAD pode ser utilizado para a intervenção em qualquer situação de violência, não apenas a VDCM. Ela envolve treinamento, identificação de sinais para investigação em VDCM e práticas interventivas em relação à violência (D'OLIVEIRA, 2009).

3.4. Teoria das Representações Sociais

Não existe ciência neutra, a pesquisa sempre está a serviço da manutenção ou reorganização de estruturas de poder historicamente criadas (MINAYO, 2016; MINAYO, 2014). Por isso, a pesquisa em tela utilizará da Teoria Feminista (HOOKS, 2019; SAFFIOTI, 2015) e da Teoria das Representações Sociais (SPINK, 1995; MOSCOVICI, 2007; OLIVEIRA, 2000; SÁ, 1998, JODELET, 2001) como estruturas interpretativas. A escolha das teorias mencionadas não se trata de uma miscelânea fortuita de teorias, mas sim o uso de teorias complementares que auxiliam na explicação e interpretação dos dados a serem coletados. A utilização de mais de uma teoria explicativa é preconizada pela pesquisa em representações sociais (SPINK, 1995; SÁ, 1998).

A teoria das representações sociais (TRS) foi inicialmente postulada por Serge Moscovici, um psicólogo social romeno, insatisfeito com as explicações individualistas da psicologia. Sua teoria buscou romper com a dicotomia indivíduo/sociedade, buscando preencher uma lacuna da Psicologia Social, que possuía duas vertentes, uma sociopsicológica e outra psicossociológica. As representações sociais (RS) são construídas na relação do sujeito com a sociedade, e reforçadas pela ação deste na sua *práxis* (SPINK, 1995; SÁ, 1996; SÁ, 1998).

Nesse sentido, as RS não são estáticas, elas estão relacionadas a produção de conhecimento, e intimamente ligadas a quem fala, de que local essa pessoa fala, a qual grupo ela pertence, ou seja, representa também uma ideologia de determinada área. As RS podem ser definidas como “um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e de informações referente a um objeto ou a uma situação” (ABRIC, 2001, p. 156).

Apesar de Moscovici ter sido o precursor na alcunha do termo, pesquisadores posteriores como Jodelet (2001), Spink (1995) e Abric (2001) aprimoraram a metodologia de pesquisa em RS. A pesquisa em RS trouxe um avanço na busca de um novo paradigma em pesquisa social, permitindo a identificação e observação de conceitos formulados a partir da interação do sujeito com o meio social, e a ressignificação de ambos a partir das experiências e práticas pessoais. As RS devem sempre levar em consideração o momento histórico assim como as relações sociais nas quais ela está inserida (JODELET, 2001; SPINK, 1995; ABRIC, 1993).

A pesquisa em TRS proporciona um aporte teórico-metodológico para a explicação de diversos componentes dos significantes humanos, que estão implicados diretamente em seu comportamento cotidiano (ABRIC, 2001). A TRS tal qual proposta por Moscovici (2007) é vista como os autores chamam de uma “grande teoria das representações sociais”, que sofreu vários desdobramentos metodológicos para abarcar a complexidade do conceito (ABRIC, 2001, SÁ, 1998). Uma delas é a da Teoria do Núcleo Central (TNC), proposta por Jean-Claude Abric com influências de Heider e Asch (SÁ, 1996).

A TNC postula que as RS possuem dois elementos contraditórios relacionados ao fato de que as RS são ao mesmo tempo, estáveis e móveis, assim como rígidas e flexíveis; são consensuais, mas também marcadas pela diferença interindividual (ABRIC, 1993; SÁ, 1996). Além do Núcleo Central, que possui uma rigidez em sua estrutura, estando ligado aos constructos e conceitos construídos de forma histórica na sociedade, existe o sistema periférico. O sistema periférico possui uma organização mais contraditória e flexível, e é o que permite a heterogeneidade dentro de determinado grupo (ABRIC, 1993).

A partir do conceito de RS e das definições de sua constituição a partir do sistema central e periférico, entende-se que o comportamento das pessoas não é dependente das relações objetivas, mas sim da representação que essas pessoas possuem acerca da situação apresentada. Essa concepção se torna mister para a pesquisa que se pretende empreender, considerando que, os ACSs e possuem determinadas representações acerca da VDCM, tanto centrais quanto periféricas. E, considerando que essas representações impactam diretamente na estratégia de atendimento e encaminhamentos propostos pelos ACSs para aquela

determinada situação. As mulheres que vivem situações de violência em seus lares podem ter o acesso aos serviços de atendimento especializado facilitado ou prejudicado.

Considerando os participantes a serem inseridos na pesquisa, pode-se afirmar que, ao buscar levantar as RS a respeito da VDCM, falar da prática, ou das técnicas de cuidado é de extrema valia. O cuidado, considerado como valor, exercido por qualquer profissional está intimamente ligado à representação social que este tem em relação a determinado fenômeno (PINHEIRO, 2007; ABRIC, 2001).

4. ENCaminhamento metodológico

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, utilizando-se do Referencial Teórico da Representações Sociais (TRS). A pesquisa qualitativa pode ser definida como um conjunto de práticas interpretativas que auxiliam na compreensão da realidade objetiva. Utiliza-se de processos e teorias para elaborar seus questionamentos e investigar a compreensão que determinado grupo ou indivíduos possuem sobre determinados processos sociais e humanos. De uma maneira geral, a pesquisa qualitativa é uma forma de pesquisa aplicada, que estuda os fenômenos inseridos no seu contexto social e natural. Ao utilizar dessas ferramentas, a pesquisa qualitativa permite um aprofundamento para a melhor compreensão de determinado fenômeno, sendo o pesquisador o principal instrumento nesse tipo de estudo (CRESWELL, 2014).

A TRS como método implica em um dos processos pelos quais a pesquisa qualitativa permite se aprofundar nas representações sociais que determinado grupo possui sobre um conceito ou fenômeno. As representações sociais estão diretamente relacionadas aos processos ideológicos de construção de conhecimento, e manifestam a relação que categorias sociais e concepções ideológicas estão permeadas pelas relações de poder (ABRIC, 2001). Ou seja, como o nível social interage e é manifestado a nível subjetivo, cognitivo e consequentemente comportamental das pessoas. Aqui nesta pesquisa, quais as RS da VDCM são manifestadas pelos ACSs.

4.2 Cenário do Estudo

Foz do Iguaçu/PR, é um município localizado no oeste paranaense, atualmente possui 285.415 habitantes (INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022), e possui mais de 70 etnias (KLAUCK; SZEKUT, 2013). Para além da diversidade étnica, o município faz fronteira com Ciudad del Este/PY e Puerto Iguazú/AR, sendo um município brasileiro localizado na tríplice fronteira internacional.

Apesar da característica de fronteira, o município possui serviços estruturados como em outros municípios sem essa peculiaridade. A rede de saúde está organizada conforme as complexidades de cuidado, de acordo com o preconizado pelo SUS. A APS, é considerada a porta de entrada dos serviços em saúde, e não é diferente para os casos de VDCM. A APS faz parte da rede de atendimento não-especializada de atendimento às mulheres em situação de violência e possui um total de 28 UBS.

O município possui 81 ESF, e conta com um total de 288 ACS distribuídos em cinco distritos sanitários (norte, sul, leste, oeste, nordeste) apresentando uma cobertura de 55,26% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025). Possui diversos serviços especializados de atendimento às mulheres que atuam na rede de atendimento. Um dos equipamentos é o Centro de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (CRAM), criado em 2009, e com sede própria desde 2013, a partir do programa nacional “Mulher Viver sem Violência”. Esse programa contemplou especificamente alguns municípios de fronteira, considerando a complexidade do contexto de violência de gênero nesses espaços (HERTZOG, 2017; HICKMANN; FREITAS, 2019).

Em relação ao atendimento especializado, o município também conta com o Juizado de Violência Contra as Mulheres, Patrulha Maria da Penha e Delegacia da Mulher. A Patrulha Maria da Penha é um serviço executado pela Guarda Municipal de Foz do Iguaçu e objetiva o acompanhamento domiciliar de mulheres com medidas de proteção judiciais. Dados apontam para um aprimoramento desse serviço, que foi implantado em 2016, e em 2023 acompanhava cerca de 1.500 mulheres (CONCEIÇÃO SEGUNDO, 2023).

4.3. PARTICIPANTES

Participaram desse estudo ACS que atuam nas ESF no município de Foz do Iguaçu, e foram incluídos aqueles profissionais que já tenham sido aprovados no estágio probatório, lotados no município de Foz do Iguaçu/PR. Não houve recorte de idade ou de sexo para a inclusão dos participantes na pesquisa. Atualmente Foz do Iguaçu/PR conta com 288 ACS divididas entre os 5 Distritos Sanitários e 29 UBSs.

Os critérios de exclusão foram ACSs que estejam afastados de suas atividades seja por licença, férias ou questões de saúde. Apesar da existência dos critérios de exclusão, nenhum participante foi excluído por esse critério.

4.4. COLETA DE DADOS

Partindo da metodologia da pesquisa em TRS, a coleta de dados foi constituída em duas etapas. Na primeira etapa, os 288 ACSs pertencentes aos 5 distritos sanitários, foram convidados para o preenchimento de um instrumento de evocação livre de palavras.

A etapa da evocação livre de palavras foi realizada através de um formulário *online* (Apêndice I), a saber, o *Google Forms*. Após aprovação da pesquisa pela Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu e do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste, a Coordenação

do Programa de Atenção Básica foi contatada para a divulgação do link para acesso à pesquisa que foi encaminhado via mensagens de *WhatsApp* em grupos específicos de ACSs.

Também foram contactados profissionais atuantes nas unidades de saúde, para divulgação da pesquisa. Foram ainda elaborados cartazes (Apêndice II), os quais foram afixados nas unidades de saúde pela pesquisadora. Os cartazes possuíam *QR code* que direcionava os ACS para o link do *Google Forms*.

No momento que a pesquisadora realizou a distribuição dos cartazes, os ACSs presentes nas Unidades de Saúde foram abordados pessoalmente. Nessa abordagem, a pesquisadora se apresentou, apresentou os objetivos de pesquisa, assim como solicitou que os presentes respondessem e colaborassem na divulgação da pesquisa para os demais colegas. Os cartazes foram alocados nas salas de uso comum dos ACSs, e nas unidades nas quais essa sala não existia, foram dispersos ao lado do computador de uso coletivos desses profissionais. Essa etapa da coleta de dados aconteceu entre novembro de 2024 a março de 2025 e participaram 52 ACS.

Os participantes tiveram seus e-mails coletados no momento da resposta, prevenindo respostas em duplicidade. Apenas a pesquisadora teve acesso a esse formulário, garantindo assim o sigilo das informações prestadas pelos participantes. No link para a pesquisa, após a coleta de alguns dados demográficos sobre os ACS, foi solicitado aos participantes que elencassem as cinco primeiras palavras que lhe viessem à mente, ao serem apresentados a uma palavra indutora, “violência doméstica contra as mulheres”. A evocação livre de palavras é uma estratégia de pesquisa em RS, mais especificamente alinhada à abordagem estrutural das RS que permite a identificação de um núcleo central e do sistema periférico (ABRIC, 1993; SÁ, 1996; WACHALKE; WOLTER, 2011).

Durante a primeira etapa da pesquisa, os 52 participantes foram convidados a informar seu contato de *WhatsApp* e e-mail, para participar da segunda etapa da pesquisa. Destes, 29 informaram o contato (e-mail ou número de *WhatsApp*) e demonstraram interesse em continuar participando da pesquisa. Estes, foram então contactados, resultando em sete participantes que compuseram a segunda etapa da pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 1. A quantidade de participantes se deu por conveniência diante da disponibilidade e interesse da população entrevistada.

Quadro 1 – Resumo dos ACS contactados para a segunda etapa da pesquisa

ACS contactados	N
Participantes entrevistados	07

Desistências por falta de resposta (solicitações enviadas mais de três vezes sem resposta)	20
Desistências por não estar mais atuando como ACS	1
Desistência por afirmar que não existe VDCM no seu território	1
Total:	29

Fonte: Elaborado pela autora, Foz do Iguaçu, 2025.

Essa etapa buscou compreender as representações sociais, cuidados e encaminhamentos realizados pelos ACS acerca da VDCM. Para tanto, foram realizadas entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado, nos meses de maio, junho e julho de 2025. O roteiro da entrevista (Apêndice III) foi organizado a partir dos dados encontrados na análise prototípica, e buscou aprofundar-se nas RS já apresentadas pelos ACS, durante as evocações livres.

As entrevistas tiveram uma duração entre 30minutos e 1 hora, e foram realizadas através de aplicativo de videochamada *Google Meet*. O encontro foi agendado com antecedência de no mínimo três dias para a organização da pesquisadora e dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas após autorização explícita dos participantes. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra para o seu uso na análise de dados. O material gerado pela pesquisa é de uso exclusivo para esta, ficará sob responsabilidade da pesquisadora, e será armazenado de maneira sigilosa durante 5 anos conforme previsão nas Resoluções CNS 466/2012 e CFP 08/2019.

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Para analisar o conteúdo gerado na primeira etapa, as respostas do formulário, foram baixadas em planilhas do Excel. As respostas foram conferidas e excluídas em caso de duplicidade. Os dados referentes a caracterização dos participantes, foram analisados descritivamente, por meio do cálculo de frequências absoluta e relativa.

A análise das evocações foi feita através do aplicativo *OpenEvoc*, para a construção da análise prototípica. A análise prototípica envolve a análise de ordem de evocação e frequência. Segundo a abordagem estrutural das RS, a análise prototípica é realizada para a elaboração de um quadro de quatro casas, esse quadro é o que permite a possível identificação do Núcleo Central e dos Sistemas Periféricos das RS (WACHELKE; WOLTER, 2011).

A análise prototípica tem sido utilizada por autores (WACHELKE; WOLTER, 2011; WOLTER; WACHELKE; 2016) para a identificação do Núcleo Central e Sistemas Periféricos das RS através do quadro de quatro casas. Sendo o primeiro quadrante referente ao possível núcleo central, o segundo quadrante representante da primeira periferia, o terceiro

quadrante seriam a segunda periferia, e o quarto quadrante é referente à zona de contraste (WACHELKE; WOLTER, 2011). Um quadro representando a organização do núcleo central e suas periferias será apresentado a seguir:

Quadro 2 – Organização da análise prototípica a partir do quadro de quatro casas.

Quadrante 1 – possíveis elementos constituintes do núcleo central. Elementos de baixa ordem de evocação (apresentados por primeiro), e alta frequência.	Quadrante 2 – Primeira periferia. Estima-se que alguns elementos dessa periferia podem ser constituintes do núcleo central. Elementos com alta frequência e alta ordem de evocação.
Quadrante 3 – Segunda periferia. Elementos com baixa ordem de evocação e baixa frequência.	Quadrante 4 – Zona de Contraste. Elementos com baixa frequência e alta ordem de evocação.

Fonte: elaborado pela autora com base nos estudos de Wachalke e Wolter (2011) e Sá (1996)

A uma ordem média de evocação (OME) a 3 e uma frequência de corte de 4, e o corte de 10% das respostas menos evocadas, o foi realizada a análise prototípica apresentada nos resultados. A OME é calculada a partir da ordem de evocação das palavras pelos participantes, já a frequência mínima está relacionada a quantidade de vezes que o termo foi evocado pelos participantes. O corte dos 10% das respostas menos evocadas, permite uma limpeza de termos que não são relevantes para a análise prototípica (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Na etapa de evocação livre foram evocadas 260 palavras, sendo 142 diferentes entre si. Foram realizadas as lematizações das palavras que possuem os mesmos radicais, o que permitiu a identificação de 131 evocações diferentes. A lematização é um processo que busca identificar as evocações a partir de seus radicais, apesar da análise das evocações e da abordagem estrutural das representações sociais permitirem a sua categorização, optou-se pela lematização visando garantir maior fidedignidade às respostas, visto que, podem surgir questionamentos a respeito da categorização semântica das respostas, assim como, a lematização permite uma maior replicabilidade da pesquisa (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Quadro 3– Processo de Lematização das Evocações Livres realizadas pelos participantes

Lematização	Termos Lematizados e <i>n</i>
Agress*	Agressão (11), agressão física (7), agressão moral (1), agressão psicológica (2), agressão verbal (1), agressividade (1), agressões (1)
Angústia*	Angústia (2), angústias (1)
Coward*	Covarde (1), Covardia (5)
Cruel*	Cruel (1), crueldade (1)
Dano*	Danos (1), danoso (1)
Dependencia*	Dependência (1), dependência emocional (1), dependência financeira (1)
Grit*	Grito (1), gritos (1)
Lei*	Lei (1), lei maria da penha (1), leis severas (1)
Isolament*	Isolamento (2), isolamento social (1)
Possessiv*	Possessividade (1), possessivo (1)
Psicologic*	Psicológica (1), Psicológico (2)

Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do *OpenEvoc* (Foz do Iguaçu, 2025)

Na segunda etapa da pesquisa, os dados coletados nas entrevistas foram transcritos na íntegra, e analisados através da Análise Temática de Minayo (MINAYO, 2014), para chegar às representações sociais que os ACS possuem, a respeito da violência doméstica contra a mulher, as principais práticas de cuidado realizadas, assim como os encaminhamentos que essas profissionais realizam a partir de identificação de situações de violência doméstica observadas no cotidiano do trabalho.

Para a realização da análise temática de conteúdo, foi inicialmente realizada uma leitura exaustiva do material coletado. A análise de avaliação prevê a organização do material em relação a atitudes a determinado conteúdo, nesse caso o posicionamento do participante sendo favorável/desfavorável em relação a determinado assunto, ou no caso da pesquisa abordando a VDCM como algo a ser erradicado ou como algo naturalizado (BARDIN, 2022; MINAYO, 2014).

A análise temática prevê a organização do conteúdo em temas e envolve a etapa de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Na pré-análise realiza-se a leitura flutuante, constituição do corpus de pesquisa e possíveis formulações e reformulações de hipóteses. A exploração do material permite a criação das categorias, ou unidades de registro, que podem ser desde palavras até frases, essa etapa está intimamente ligada com a etapa da pré-análise. A etapa de tratamento dos resultados e interpretação é a que irá permitir que o pesquisador correlacionar o material encontrado com a fundamentação

teórica, no caso, extrair as representações sociais dos ACS em relação a VDCM e demais informações alcançando assim os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2022; MINAYO, 2014).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu todos os critérios éticos propostos pela Resolução CNS 466/2012, garantiu o sigilo e confidencialidade de todos os participantes. Para a sistematização, análise e utilização dos dados no decorrer da pesquisa, foram atribuídos nomes de flores para a identificação dos participantes.

O projeto foi submetido para apreciação da Secretaria Municipal de Saúde, e, após a autorização da instituição, o projeto foi submetido para o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Com CAAE nº 81851924.9.0000.0107 Sendo aprovado através do Parecer 7.049.576 (Anexo I).

A seleção dos participantes aconteceu entre novembro de 2024 e março de 2025, salienta-se que os participantes foram convidados a participar da pesquisa, não havendo nenhum tipo de constrangimento para sua participação. Os participantes só participaram no processo de coleta de dados, seja em qualquer etapa, após a leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS

5.1. EVOCAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS E ANÁLISE PROTOTÍPICA

Participaram da etapa de evocação livre 52 ACS, sendo 49 (94%) participantes do sexo feminino e 3 (6%) do sexo masculino, a faixa etária variou dos 25 aos 66 anos, com tempo de atuação entre 5 e 22 anos, a maior parte dos participantes era de religião católica 21(40%). No tocante à região de atuação dos participantes, observou-se uma maior participação de ACSs do Distrito Sanitário Norte 19 (31%).

Constatou-se também que maior parte dos participantes possui entre 16 e 20 anos de atuação como ACS, e quanto à formação acadêmica, 31 (59%) dos participantes possuem Ensino Superior Completo, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas e de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2025. (n=52)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	49	94%
Masculino	3	6%
Idade		
25-30	6	12%
31-35	1	2%
36-40	8	15%
41-45	7	13%
46-50	14	27%
51-60	14	27%
61-66	2	4%
Tempo de atuação		
05 a 10 anos	13	25%
11 a 15 anos	10	19%
16 a 20 anos	23	44%
21 a 25 anos	6	12%
Distrito Sanitário		
Norte	19	37%
Sul	13	25%

Leste	5	10%
Oeste	6	11%
Nordeste	9	17%
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	19	37%
Ensino Superior Completo	31	59%
Especialização	2	4%
Religião		
Católica	21	40%
Cristã	4	8%
Espírita	2	4%
Evangélica	14	27%
Não possui ou frequenta uma religião	10	19%
Umbanda	1	2%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Os ACS também foram questionados quanto a sua formação sobre VDCM, e apesar de todos afirmarem terem participado de formação a respeito da VDCM, apenas (19) 37% afirmam que conhecem suficientemente a Lei Maria da Penha.

O corpus levantado através da evocação livre de palavras através do termo indutor “violência doméstica contra a mulher” foi constituído por 260 palavras, sendo 142 diferentes entre si, após o processo de lematização, foram identificadas 131 evocações diferentes. Foi utilizada para a análise prototípica uma ordem média de evocação (OME) 3 e um corte de frequência de 4, nessas condições, 10% das evocações foram excluídas, permitindo assim, uma maior clareza do Núcleo Central e dos Sistemas Periféricos das RS.

Os termos que apareceram com maior frequência foram agressão¹ (n=24) e medo (n=15), seguido por machismo (n=9). Covardia, dor e insegurança apareceram com a mesma frequência (n=6), assim como abuso, dependência, impunidade, injustiça e morte (n=5). Com menor frequência, porém, ainda dentro da estrutura das RS estão os termos sofrimento, tristeza, violência, xingamentos (n=4), e os termos desrespeito, humilhação, psicologic*, angústia, isolamento, lei, preconceito, revolta e trauma apareceram com a frequência n=3. O

¹O termo agressão foi lematizado, conforme Quadro 3. O termo está utilizado dessa forma para uma maior fluidez na leitura.

quadro a seguir mostra a distribuição deles dentro da análise prototípica, ou, quadro de quatro casas.

Quadro 4 – Quadro de Quatro Casas, possível Núcleo Central e Sistema periférico das representações sociais dos ACS a respeito da VDCM, Foz do Iguaçu (2025).

		OME < 3			OME ≥ 3		
		F	OME	Termo	f	OME	Termo
f > 4	24	2,5	agress*	6	3	Insegurança	
	15	2,67	Medo	5	3	dependência*	
	9	2,44	Machismo	5	3,8	Impunidade	
	6	2,17	covard*	5	3,2	Injustiça	
	6	1,83	Dor	5	4,4	Morte	
	5	2,6	Abuso				
f ≤ 4	4	2,75	Sofrimento	3	3	angústia*	
	4	2,5	Tristeza	3	4	isolament*	
	4	1,25	Violência	3	3,33	lei*	
	4	2,25	Xingamentos	3	4,67	Preconceito	
	3	2,33	Desrespeito	3	4,33	Revolta	
	3	1,67	Humilhação	3	3	Trauma	
	3	2,33	psicologic*				

Fonte: Elaborado pela autora com o auxílio do *OpenEvoc*.

Observa-se que no Núcleo Central (Quadrante 1), estão termos relacionados diretamente à agressão, ou seja, comportamentos que são direcionados à vítima, assim como sentimentos que a vítima pode ter, no caso, dor. Foram observadas evocações de termos que remetem às questões culturais e estruturais relacionadas ao machismo. Outra evocação está relacionada diretamente à individualização do comportamento do autor de violência, indicando uma característica pessoal, a covardia, como algo relacionado à VDCM. Essas evocações, remetem a um conteúdo de maior valor simbólico para os participantes.

No Quadrante 2, relacionado à primeira periferia, podemos observar termos mais relacionados às consequências da VDCM como insegurança, dependência, impunidade, insegurança e morte. Essas são evocações que podem ser constituintes do Núcleo Central, sua variabilidade pode vir a complementar as RS do núcleo central, ou até indicar um subgrupo com RS distintas dentro do mesmo grupo. A presença da evocação "dependência" aponta para um dos principais obstáculos para o rompimento do ciclo de violência. Sua posição periférica, no entanto, pode indicar que este fator não é uniformemente reconhecido por todos os ACS, o que tem implicações diretas para a efetividade das intervenções realizadas por esses profissionais.

Ainda sobre a primeira periferia, a presença das evocações “impunidade” e “injustiça” demonstra uma criticidade em relação ao sistema judiciário, o que pode gerar atitudes ambivalentes, seja um engajamento na busca de garantia e defesa dos direitos das mulheres, assim como um sentimento de que sua atuação pode ser irrelevante ou contribuir pouco para a erradicação da VDCM. A existência da “morte” como um termo na primeira periferia, pode indicar uma percepção diminuída do risco de feminicídio atrelado à VDCM, o que pode implicar na segurança das mulheres atendidas.

A segunda periferia, representada no Quadrante 3, são elementos que apareceram com uma baixa ordem de evocação, e uma baixa frequência. As evocações presentes nesse quadrante parecem estar alinhadas com características psicológicas relacionadas à VDCM como sofrimento, tristeza, xingamentos, desrespeito, humilhação e os termos “violência” e “psicologic*” aparecem.

Já na zona de contraste foram observados termos e sentimentos que podem estar presentes tanto nas mulheres que sofrem violência, assim como na sociedade, ao se deparar com a existência e manutenção da VDCM. Evocações como angústia, isolamento, preconceito, lei, revolta e trauma surgiram.

5.2. ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA E ANÁLISE TEMÁTICA DE CONTEÚDO

Participaram dessa etapa sete ACS, dois atuavam no Distrito Sanitário Leste, dois no Sul, dois no Norte e um no Oeste. O tempo de atuação variou entre 20 anos, o participante com mais tempo de exercício de profissão, e de seis anos, o participante com menos tempo de atividade. Todos os participantes possuíam Ensino Médio Completo e pelo menos um curso técnico, variando entre Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico de Enfermagem, dois profissionais possuíam Nível Superior Completo, sendo ambos em Gestão Pública. Todos os participantes confirmaram ter tido algum tipo de capacitação sobre VDCM. Em relação ao gênero dos participantes, seis eram mulheres e um homem.

A partir das entrevistas organizadas e analisadas, emergiram quatro categorias através da análise temática de conteúdo (MINAYO, 2014) conforme quadro a seguir.

Quadro 5 –Categorias da análise temática de conteúdo.

Tema	Categoria
Tema 1	Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra a mulher
Tema 2	Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à violência doméstica contra a mulher
Tema 3	A fronteira e a diversidade étnico-racial no contexto da atuação dos agentes comunitários de saúde no atendimento à

	violência doméstica contra a mulher
Tema 4	Rede de atendimento à mulher vítima de violência doméstica

Fonte: Elaborado pela autora, Foz do Iguaçu, 2025.

5.2.1. Percepções dos ACS sobre a violência doméstica contra a mulher

Essa categoria contemplou as principais ideias, considerações e percepções que os ACS entrevistados, possuem acerca da VDCM. Perpassando a suas características, origem e valores, assim como fatores que levam à manutenção da VDCM nas usuárias atendidas.

No decorrer das entrevistas, foram identificadas falas que se relacionam à natureza da violência, muitas vezes caracterizando esta como um fenômeno psicológico.

BEGONIA: “a maioria das vezes ela não é visível, né? Então não, as pessoas acham que é só uma agressão e a gente como funcionária da saúde tem que ter esse feeling para perceber que não são, a violência doméstica não é só um tapa, não é só um empurrão, né? Hoje a gente convive com a violência, é, financeira, principalmente a violência terror psicológico, né? (...) o poder de manipulação de um agressor é gigante. Quando as pessoas conseguirem entender o que que é a psicologia, queridos, sabe? (...) É muito a ponto do agressor fazer com que a vítima se desculpe por ter feito um boletim de ocorrência de Maria da Penha”

CRAVO: “elas não são muito, né que eu pude notar assim que elas não são muito é, como é que fala assim? É, física, é, são mais psicológicas.”

GIRASSOL: “é que violência doméstica e eu para mim assim, é, não é só agredir fisicamente, porque assim, a gente às vezes vê nas casas os maridos tratando mal as mulheres ou vice-versa ou maltratando os filhos, sei lá, que eu acho que já é uma violência ali, né, só nas palavras, porque as palavras vez são mais pesadas do que um tapa, né?”

MANACÁ: “Quando entra já lá na, né, quando parte para pra pancada, aí acha que é violência, mas ela, ela começa numa sutileza né...”

SUCULENTA: “A violência doméstica ela, para mim ela já começa no olhar né, o psicológico, né, a violência psicológica, eu acho que é a que mais afeta as pessoas, né? Muitas vezes o a violência, tipo, agressão, ela vai deixar marcas visíveis né, mas a psicológica fica marcas escondidas”

Em relação às causas da VDCM, a violência intergeracional surgiu na fala dos participantes como uma das possíveis causas de sua ocorrência.

BEGONIA: “Acho que tanto na mulher que recebe essa violência, quanto na pessoa que pratica, o que gera isso são traumas e exemplos, né?”

GIRASSOL: “É, às vezes por pela própria criação da pessoa ou que não justifica, né? Porque, é, mas às vezes vem a essa pessoa já veio criada dessa forma, ela acha que aquilo tá certo. Outras vezes, não sei por que, é a índole da pessoa.”

JASMIM: “infelizmente é uma tradição para muita gente ainda não ter esse cuidado (com saúde mental), não ter a percepção do seu limite, do saber que, ah, porque meu pai fez isso com a minha mãe, eu também tenho que fazer.”

MANACÁ: “Às vezes a pessoa foi criada daquele jeito, ela já vinha de um relacionamento abusivo com pai e mãe. Aí ela entra num casamento com

relacionamento abusivo. Aí ela tem um filho com relacionamento abusivo. Aí ela tem um filho no relacionamento abusivo. Isso vira uma rotina na vida da pessoa e ela nem entende que ela tá presa naquilo ali. Ela nem percebe, né?"

Girassol, além de apontar a questão da violência intergeracional, comprehende também a violência como algo individual, ligado ao comportamento moral. Um outro fenômeno que é observado concomitante à violência intergeracional, é o processo de naturalização das violências.

GIRASSOL: "Mas para mim, eu acho que é o é o fim de tudo. Não tem mais o que fazer depois de uma que a pessoa que vem de uma agressão assim, ou psicológica ou física, cara, você para e siga o caminho, porque não dá para continuar nessa vida, mas tem gente que se acostuma, né? Tem mulher que se acostuma."

Outra causa apontada pelos participantes se refere à dependência da mulher em relação ao autor de violência, pautadas principalmente no contexto de dependência econômica.

BEGONIA: "a mulher tá presa dentro desse ciclo vicioso que é eu tenho que ficar dentro de casa com os meus filhos, porque pelo menos ele me sustenta. Eu nunca estudei, eu nunca trabalhei, eu não tenho renda. E aí, o que que vai acontecer? Entendeu? Então eu acho que é muito falho nessa questão."

CRAVO: "é dependência financeira, é falta de estudo, né? A pessoa acaba tendo a dependência da outra pessoa e não sabe que tá sendo, tá sofrendo uma violência, né? Porque não sabe o que que é violência psicológica. (...) eles perguntam para você, né? (...) É principalmente tem bastante mulher que não tem estudo, não sabe ler, né? (...)Pessoa que tem estudo, é, dificilmente, eu acredito que ela é cai em violência, né"

JASMIM: "eu acho que essas famílias compostas por muita gente, muita gente e de vulnerabilidade social até financeiramente, né, financeiramente instável, é, famílias homossexuais, principalmente mulher com mulher, eu acho que existe mais violência do que homem com homem."

ROSA: "eu vejo de várias formas a violência, é a mulher não ter estudo, não por opção dela, né, mas às vezes por opção do marido, da condição financeira, ela não ter um trabalho que ela goste, ela não ser valorizada. a questão é do racismo também, os preconceitos, é falar que é magra demais, que é gorda demais, que é burra, que é ignorante. Todas essas vertentes é um tipo de violência."

ROSA: "a mulher ser muito submissa, eu vejo como uma violência doméstica ela ser totalmente dependente do esposo, é, a forma que o homem fala, né, gritando, é, desvalorizando, a agressiva, o bater. (...)Tanto nós, a gente aqui é periferia, né, (...), mas na High Society tem muito disso, a gente sabe que tem, bastante."

Jasmim, além da questão de vulnerabilidade financeira, reflete sobre o contexto de violência em casais homoafetivos femininos, o contexto pode ser compreendido até como um ponto de inserir a mulher como naturalmente geradora de conflitos. Rosa também pondera sobre a vulnerabilidade social, e racismo demonstra que a VDCM não está circunscrita apenas à camada mais pobre da sociedade.

O participante continua exemplificando ainda a crença de que pessoas com baixa escolaridade estão mais propensas a sofrerem VDCM. Um participante pontuou a importância de se compreender o contexto cultural ao se abordar a temática.

JASMIM: “Eu acho que é uma realidade, é, além de ser a realidade individual, né? Ela é o que a gente tá vivendo, assim, é uma somatória de tudo que a gente tá vivendo, o que a gente traz, a cultura. Infelizmente eu percebo assim que muita gente começando pelo assédio moral, né, pela violência moral, assim, é muito do cultural.”

A questão do patriarcado e do machismo também surgiu na fala dos participantes como a causa da VDCM.

MANACÁ: “às vezes a pessoa trata a pessoa pela condição do sexo dela, né, por ela ser mulher, ela tem menos direitos, ela tem menos valia, acontece”

ROSA: “por falar de repente, né, que a gente é sexo frágil, daí pode tá fazendo o que bem quer e entende com a gente, tem ainda, tem muito disso né, aquela mulher que fica muito dentro casa.”

SUCULENTA: “Vejo que que seja a questão da, vamos dizer, da criação do homem, né? Porque quando o homem é muito machista, ele determina algumas regras, né? E dai vem a doença psicológica, do homem né, vem a neura: “Ai, você não pode isso, você não pode fazer aquilo, sua família”. Então assim, a gente vê muito caso assim de, é, na minha na minha área eu não tenho nessa base assim de que o marido não deixa estar lá, né?”

Assim como o uso de substâncias psicoativas como propulsoras da VDCM:

MANACÁ: “O que eu vejo algumas coisas de uso de drogas, de uso de substâncias, né, que altera a consciência. Às vezes não é uma droga ilegal, né, é o álcool, mas altera a consciência”

GIRASSOL: “hoje nós temos um grande, porém, né, que é a droga, a bebida ajuda isso muito na violência. É, os abusos, que às vezes essa pessoa que faz essa agressão já vem de abuso, de criança, então é, desde criança, né?”

Os entrevistados também defenderam a ideia de que as mulheres que vivem em situação de VDCM não denunciam por medo:

BEGONIA: “dificilmente elas falam, dificilmente, uma, porque algumas têm medo, outra porque outras têm vergonha, né? Então assim, dificilmente é relatado, dificilmente elas comentam. É mais a questão da percepção mesmo.”

JASMIM: “Então assim, eu acho que é cultura mesmo e o medo das pessoas de até pela não por não conhecer acaba faltando um pouco de confiança para elas para agir”

ROSA: “o medo de ficar só, medo de, de repente não dar conta, de pagar as contas ou de repente nunca trabalhou fora, esse medo, né, de sair.”

SUCULENTA: “Tanto o medo do parceiro quanto o medo de não dar conta, né. Tipo assim, medo do amanhã, e o que que eu vou fazer amanhã. Porque muitas nem tem rede de apoio né. Muitas a família não vai ajudar, né?”

Outras percepções permeiam ainda a responsabilização da mulher pela condição de violência vivenciada. Conforme os relatos a seguir:

JASMIM: “Mas sim, a mulher pode sim ser um personagem principal, talvez nessas brigas, porém eu acho que nada justifica, né? Mas sim.”

MANACÁ: “porque numa avaliação mais profunda a gente está onde a gente se coloca, então se eu tó em um relacionamento abusivo, é porque eu me coloquei ali, então eu sou responsável por sair dali. (...) Então assim, nesse sentido de responsabilidade, sim, mas ela não é uma questão de culpa, não foi, ela não causou isso diretamente. Mas por estar ali ela tem responsabilidade, porque se ela não tiver consciência dessa responsabilidade, ela não tem força para sair.”

Apesar de não pontuarem a questão da culpabilização da mulher, existe um discurso a respeito de quanto a pessoa pode ser responsável, no sentido de não tomar uma providência sobre a situação. No entanto, os participantes também apontaram para a questão do medo e dependência econômica como fatores preponderantes para as mulheres permanecerem em situação de VDCM.

Um último aspecto apresentado pelos ACS diz respeito à religiosidade que é mencionada como uma questão tanto das usuárias, quanto dos ACS.

BEGONIA: “E é pior ainda porque elas, é, a parte da religiosidade, que é outra questão que a gente coloca, que é muito complexo, muito difícil, é o que mais atrapalha assim na hora da gente tomar uma atitude e tentar ajudar, sabe?”

SUCULENTA: “eu falo que eu como cristã, hoje é mais difícil ainda para mim, porque antes eu falaria para essa mulher assim, “não, tem que separar” e hoje eu tenho que falar “não” se, né? Então assim, é, tem essa questão também, né, da religião, então tem muitas mulheres, muitos homens e mulheres que elas interpretam errado a submissão, então tem mulheres que acham que é obrigação dela, mesmo não querendo ter o ato sexual vamos dizer, se for uma violência sexual, porque até você estar casada e você não querer é uma violência né”

A religiosidade, tão forte no nosso país, apareceu atravessada em duas falas, uma sobre a dificuldade de as mulheres saírem do contexto de violência em decorrência de sua fé, ora como bússola moral que pode interferir na tomada de decisão em relação às possíveis orientações às atendidas.

5.2.2. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde frente à violência doméstica contra a mulher

Essa categoria buscou elencar as formas de atuação, e as crenças a respeito dos mecanismos de proteção às mulheres em situação de VDCM. Os respondentes dissertaram sobre a questão da identificação da VDCM, como uma forma de percepção, dependente do sentimento do ACS, esse sentimento muitas vezes que “algo está errado” pode auxiliar os profissionais na identificação de possíveis situações de violência.

BEGONIA: “Você tem que ter um feeling. Eu sempre digo isso pros internos que chegam ali no posto. Trabalhar em APS, você tem que ter um sensorzinho dentro de você que te avisa quando alguma coisa tá errado”

MANACÁ: "Eu bato o olho ali, eu sei que tem coisa errada. Às vezes eu não posso entrar, eu dou uma voltinha ali, eu vi que barrou, fechou, eu... a gente não... não... invade, cada um tem seu limite né, a gente não pode ultrapassar. Mas eu identifico, eu vejo fácil, que tem abuso, o olhar, a fala às vezes o marido tá dentro de casa, ele... o jeito dele tá sentado lá, olhando, escutando, ele pensa que eu não tô vendo que ele está escutando o que ela tá falando, eu vejo, não sei se todo ACS vê isso"

SUCULENTA: "Você percebe numa visita, por exemplo, tem pessoas que você olha e você vê, né? Que aquela pessoa ela sofre algum tipo de violência, né, e tem umas que você nunca imagina. Então assim, é bem difícil né, e as vezes você olha aquela família, a família perfeita e por trás ela não é."

Além da questão da identificação das situações de violência, surgiu no relato de um participante, a importância de atuar de forma preventiva, através de atividades educativas. Entretanto, outra participante, relata que como ACS não se sente capacitada para a realização dessa atividade.

BEGÔNIA: "eu trabalho com prevenção, sabe? Prevenção em saúde, educação em saúde, prevenção com violência. Porque antes que isso se torna um problema para eu ter que trabalhar de fato, né? Então é melhor eu ir cuidando agora, percebendo coisas agora, do que depois isso aí virar uma coisa muito maior, tomar uma proporção muito maior que eu não vou conseguir mais segurar com as minhas mãos e isso vai estourar"

JASMIM: "Eu, como profissional, eu poderia ir lá fazer uma palestra, mas não é que eu sou capacitada. As pessoas não vão honrar porque talvez não seja um doutor".

Ao abordar a temática relativa à LMP, os ACS falaram sobre o desconhecimento da lei na sua integralidade:

CRAVO "eu não sei te citar é, citar leis assim, mas eu o que eu conheço assim dá para ajudar muita gente, né, jeito que elas têm, né, é, que elas ... Então até sobre essa violência doméstica, né, desculpa, violência psicológica, né, que é que a gente, eu, eu mesmo não tinha conhecimento da violência psicológica, né? Chegar e a pessoa ser torturada psicologicamente, né? Então, o que eu conheço dá para ajudar, né? O que eu não conheço o que eu não sei, eu vou atrás, procuro, mas a gente sempre tá tendo curso lá em área da Maria da Penha, a gente sempre tá fazendo curso onde é procurar, com quem falar, né?"

GIRASSOL: "em relação à lei mesmo, eu não sei muita coisa assim, é, eu sei que ela existe, né, que a gente pode denunciar, que a gente deve denunciar, mas assim, mas como ela funciona certinho, eu não sei não."

JASMIM "Infelizmente eu não tenho propriedade total, assim, eu gostaria até de, não é que eu gostaria e não tenho oportunidade (...) É, só que acaba que como a gente não acaba não usando isso no dia a dia como profissional e como pessoa, é, acaba que a gente acaba não focando no tema"

MANACÁ "Eu sei que ela existe, que ela protege a mulher, e pode ser acionada, quando ela é acionada no caso de abuso e um ... um processo judicial vai sair pela Maria da Penha, ele sai mais rápido. A lei é mais penal, né? Ela é mais assertiva, até aí é o que eu sei."

ROSA: "Eu conheço um pouco, não conheço muito não, eu sei, eu sei de algumas, alguns direitos que a gente tem."

SUCULENTA: "Vou dizer que não muito né? Mas a gente lê, sempre fica alguma coisa"

O desconhecimento da LMP pode levar à crença de que ela é ineficaz, ou que ainda carece de melhorias. Conforme os relatos observados a seguir, que discorrem sobre a percepção dos ACSs a respeito da LMP:

BEGÔNIA: "eu percebo que hoje ainda é muito falha, sabe? Em teoria, em tese, é legal, é OK. Não vou nem dizer que é boa, porque não é, entendeu? Porque não é. Não dá cadeia, o indivíduo não fica preso, é, pinta a borda e tá tudo certo. Agora, o que mais me deixa surpresa e incrédula é que a vítima pode retirar o boletim de ocorrência hoje, sabe? Tipo, ela pode ir lá dizer: "Não, cancela a medida protetiva"

BEGÔNIA: "a abordagem do governo é errada, é tipo," aí você não tá sozinha, liga pro 180, a gente vai te ajudar". Vai lá, tira o cara de dentro da casa. Dali uma semana o caratá lá de novo, você liga pra polícia, eles não vão, eles não aparecem."

CRAVO: "É que ela vai confrontar o cara que já tá com raiva, né? E você não tem talvez o socorro não chega a tempo para ajudar ela, né"

GIRASSOL: "eu acho que é uma lei importante, mas ainda acho que é pouca ainda. Eu acho que é pouco ainda (...), porque assim, é, as mulheres hoje pedem medida protetiva. Beleza, ótimo. A medida protetiva funciona? Não, não, porque, cara, o cara atira de longe, chega, mata mulher ou entra dentro da casa, mata mulher e nada acontece. Então, o que que adiantou? A medida protetiva não resolve o problema. Então eu acho que tem que ser mais rígido ali, tem que ter alguma coisa que protege essas mulheres. Sim, com certeza. Eu não sei, tem que ser mais rigorosa, mas tem que achar um meio ali que eu não sei qual é, mas tem que achar um meio de proteger essas mulheres melhor. Porque quanta mulher que a gente vê que é assassinada com aí com protetiva"

MANACÁ: "Eu fico pensando se ela realmente funciona. Gente vê que alguém aciona e acaba acontecendo ainda né, a violência, não tenho casos assim na minha área, onde eu trabalho. Mas a gente fica sabendo na cidade, né, que foi feito, foi ação, foi colocada a medida protetiva, mas mesmo assim a pessoa conseguir ter acesso àquela mulher e ainda, às vezes até mata mesmo né, acaba matando a mulher, então não sei até onde ela funciona."

ROSA: "Ela vem fazendo um diferencial, ela vem para dar um suporte para nós, né? Claro, ainda não, não tá 100%, né? É para ter a delegacia das mulheres. A gente sabe que não funciona 100%, mas a gente sabe que, que eu tenho para onde correr, eu tenho para onde pedir suporte, eu tenho alguém que na hora que eu precisar vai tá apoiando. Tanto se for o meu esposo que me bater, namorado ou parceira, eu vou ter essa proteção."

SUCULENTA: "Que muitas vezes a mulher denuncia, a mulher continua ali com aquela restrição, mas acaba acontecendo, né, os feminicídios, que demora muito esse processo, ele é muito longo, e se o cara tem as ideias de cometer, ele vai cometer, ele não vai ficar falando, ele vai chegar e vai fazer né. Muitas mulheres não denunciam por isso, né? Porque você sabe que a lei é falha, assim, a segurança, ela não vai estar segura, então o medo, maioria das mulheres é isso, que não se sente segura né."

Uma participante apenas apresentou um contraponto a respeito da LMP, compreendendo a mesma como uma rede de apoio à mulher, a participante não fez apontamentos a respeito de falhas ou necessidades de melhorias.

JASMIM: “Teve momentos que eu fui ignorante de achar que não precisava. Eu acho que essa lei é totalmente necessária, porque tem muitos casos que não é só a mãe, não é só uma mulher, é uma mãe, é uma avó, (...) que já tá cuidando de netos, que as mães não estão por perto. É uma rede de apoio que precisa e que não tem.”

Além de apontarem a baixa efetividade da LMP, os ACS também compartilharam suas dificuldades quando no atendimento às situações de VDCM. Pautando a vulnerabilidade e baixa resolutividade dos casos, assim como pouco interesse de colegas de trabalho em relação à temática e limitações do SUS.

BEGONIA: “O que eu vejo hoje dentro dos serviços de saúde é uma questão de que tem muitos dinossauros trabalhando ainda, sabe? E aí essas pessoas elas, ah, eu não vou fazer tal coisa porque não adianta, eu não vou levar tal coisa porque não resolve. E daí, ah, mas eu vou lá levar esse papel pra mulher que apanha. E todo dia ela tá lá apanhando, ela continua apanhando. Então eu não vou porque não adianta, sabe? Então, a gente vê muito disso, infelizmente. E não é assim que funciona. É um trabalho árduo, constante e imparável, porque você tem que continuar”

ROSA: E a questão é que o pessoal também não dá muita importância, sabe? Às vezes a gente faz algum treinamento, daí quer passar, as pessoas meio que fazem cara de paisagem.”

CRAVO: “Que é meio complicado, né? Porque às vezes as pessoas acham que você vai ajudar ela e você não tá ali, você vai ajudar conforme o que o SUS pode oferecer, né”

A fala de Begônia, que está há seis anos atuando como ACS, pode ser vislumbrada no discurso de outros participantes, que possuem mais tempo de atuação:

CRAVO: “Então, a pessoa tá desamparada, né, e às vezes você sabe que você não pode tá protegendo a pessoa quando ela precisa, né? (...) Mas é isso, a gente tenta não entrar muito na vida particular porque às vezes a pessoa se torna dependente de você também, né?”

MANACÁ: “às vezes a gente percebe nas casas, mas não pode falar muita coisa não. Sendo bem honesta(...) não tem muito o que fazer. O máximo que eu faço é avisar a enfermeira, e tal, aconteceu isso e tal se fala com alguém. Mas é bem difícil. Nós tivemos casos aqui bastante complicados já e a família continua complicando lá.”

SUCULENTA: “"Vou ter que denunciar" que eu, né, eu ficava louca, né? Ainda mais logo que eu entrei, eu era mais louca. “Eu preciso salvar a humanidade.” Só que daí se frustra, né? Porque, é, uma vez ele entrou dentro do posto para bater nela, chamou a polícia, gerente teve que ir para a delegacia tudo. Quando a gerente saiu, os dois estavam de braço dado.”

Quanto a atuação dos ACS, frente a identificação de um caso de violência doméstica em sua área de atuação, eles destacam a comunicação à equipe de referência da UBS, e percebe-se nas falas, um certo receio em tomar uma decisão acerca do caso de forma autônoma. Essa autonomia poderia ser importante para orientações gerais sobre a rede de atendimento às mulheres, e locais especializados que elas poderiam buscar ajuda.

BEGÔNIA: "Eu acho que cada um tem a sua forma de atuar, mas é quase meio que padrão assim, sabe? Eu sou um pouco mais independente, eu tomo as minhas decisões, tipo, por conta, mas por quê? Porque a minha enfermeira hoje é muito amiga. Então o que ela vai, eu já sei o que ela vai me mandar fazer, eu passo e depois eu comunico. As outras é, chega, faz reunião de equipe, todo mundo conversa e debate, mas e às vezes não dá nem tempo, né? (...) maioria é essa, é chegar falar pra enfermeira: "Ó, aconteceu tal coisa em tal lugar e aí que que a gente vai? Chama gerente, não passa nem com médico antes, chama gerente, vai falar, chama assistente social, conversa, vê qual que é a situação, vê se já é recorrente isso, né? Para tomar uma, uma, atitude viável, não é?"

CRAVO: "que você vai acabar é, trazendo um problema é, particular da pessoa individual para você, porque a gente mora na área, né? Então você evita ele, entrar muito, você sempre consulta a enfermeira ou outras pessoas agentes de saúde que tem ali, que tem um pouco caminho de conhecimento que a gente não tem, né, pra gente poder tá dando algum auxílio, né?"

GIRASSOL: "é a enfermeira, porque a gente não pode, é, ele sempre fala, né, que isso é uma coisa bem clara, que você não pode tomar uma atitude às vezes da vontade, né, mas você não pode tomar essa atitude ali no local, porque senão, é, aí sim, aí você começa a ser ameaçado ou perseguido ou você não entra mais naquele local. (...) porque o meu trabalho é trazer esse problema pra equipe, a equipe que vai fazer o os encaminhamentos, os as notificação e encaminhar essa mulher"

MANACÁ: "A gente passa para a enfermeira, faz um texto, uma denúncia, ela envia para a assistência social, e é a assistência social que faz a visita e vai ver o que está acontecendo"

ROSA: "O fluxo, no caso seria passar pra equipe, né, pro médico e pra enfermeira. Aí a partir daí entraria a demanda com a psicóloga ou assistente social. Só que, tá tendo, a gente não tá conseguindo mais fazer essa linha porque é muito atendimento, são muitos pacientes, clientes, que tem na UBS e a gente raramente consegue ter essas horas de conversa. Quando a enfermeira dá uma brecha ou médico, a gente passa a situação, mas se for urgentíssimo mesmo, daí a gente pega e já resolve."

SUCULENTA: "O que nós aprendemos é, a gente comunica enfermeira, né? Quando a gente reconhece né, ou a equipe, ou o médico ou a enfermeira (...) a enfermeira orienta a gente visitar, daí depois a enfermeira pode ir junto, depois ela aciona, né, a os órgãos competentes, né, se eu não me engano, ela precisa acho que dá assistência social também né, que faz a notificação."

JASMIM: "Se eu vejo que precisa de algo na hora, eu já tento resolver ali na hora. Daí, mas vamos supor assim, a pessoa, ah, paciente X precisa de um atendimento porque além de agressões, precisa de uma consulta para passar porque aconteceu alguma coisa. O meu primeiro suporte seria falar direto com a enfermeira da minha equipe, para a pessoa ser direcionada para não ter que ficar repetindo o caso, entende?"

Nota-se ainda na fala de Jasmim, uma preocupação com a não-revitimização das mulheres em situação de VDCM. Ainda em relação à autonomia, os participantes afirmaram que em casos de VDCM, quem realiza a notificação de violência interpessoal para o SINAN é a enfermeira, não sendo eles os responsáveis pelo preenchimento.

CRAVO: "em fatos assim eu sempre procuro passar pra enfermeira, né? porque ela tem um pouco mais de conhecimento, ela entra em contato com a secretaria responsável, né, por esse assunto. Elas entram, a gente sempre chega acompanhando."

JASMIM: “Notificação normalmente fica quase tudo no posto de saúde fica a cargo das enfermeiras tadinha.”

ROSA: “É para a enfermeira, a gente não tem acesso a ficha para preencher.”

A fala de Begônia, reforça a importância da percepção do ACS frente às situações de VDCM, uma vez que as mulheres podem não relatar a situação espontaneamente. Outra ACS aponta para a questão cultural dos próprios ACS, que podem fazer com que eles não tenham confiança para agir quando tomam ciência de uma situação de VDCM. Outra dificuldade apontada por um dos participantes é a de avaliar o real risco que uma mulher pode estar sofrendo.

CRAVO: “a dificuldade é (...) saber qual que é a situação do risco que ela tá correndo, né? Porque às vezes você vai lá para atender, dependendo o que você for fazer ali, você acaba talvez colocando ela mais em risco ainda, né?”

Assim como a importância do vínculo e a ambiguidade que se estabelece a partir dessa relação. Ao mesmo tempo que o vínculo permite que a pessoa relate possíveis situações de violência, a percepção de que não serão eles os profissionais a sanar aquela demanda, pode gerar uma sobrecarga emocional no trabalhador.

CRAVO: “E, é que você ganha confiança, né, deles, né? Você vai, acaba ganhando confiança, né? Nossa trabalho ali, eles conhecem, conhecem nós, né? Então eles acham que a gente vai resolver o problema, né?”

JASMIM: “os profissionais de saúde eles estão tão esgotados (...) eles preparam muito, talvez, os ACSs, alguém de fora, mas eles não preparam os técnicos de enfermagem, que são as primeiras pessoas que escutam os pacientes.”

MANACÁ: “No momento ali a gente procura esquecer esse depois, mas dá um sentimento de impotência porque a gente sabe que vai ser difícil de resolver, sabe? Às vezes a gente... eu tenho caso de família que tá até mais abastada e tá acontecendo.”

ROSA: “(...) Passar por esses por essas capacitações e ter um RH mais reforçado, porque como sobrecarrega toda a equipe, tá sobrecarregado, tá faltando muito RH ali na UBS, as pessoas estão atendendo meio com desdém, quem fica muito ali dentro né, a gente tá em campo. Então em campo tem, são realidades bem diferentes. Ali na unidade é sempre a prática, a mesma a mesma situação. Então, às vezes, as pessoas desdenham do sofrimento da pessoa que passa ali.”

ROSA: “A pessoa, a, a pessoa tem que ter bastante confiança na gente, respeito. E às vezes a gente, eu sinto, que a gente não tem um, um suporte, é, porque só vai atender aquela pessoa se for urgente, urgente, urgente, urgentíssimo né. Eu tô na cola da psicóloga tem duas semanas para ela me acompanhar em duas visitas, porque ali tá tendo um caso de violência verbal com a mulher né. E que ela não tá tendo não tá tendo espaço para isso.”

ROSA: “ela se envolveu, tentou ajudar, daí agora a menina acha que ela tem que resolver tudo. E não é dessa forma né, não é assim que funciona. Ela deu o primeiro passo, aí foi feito tudo que se fez necessário, falou com a enfermeira, médico, psicóloga tudo, aí depois retrocedeu”

A fala de Cravo explicita essa questão, ao mencionar essa fala após afirmar que os atendidos de sua microárea possuem seu número de contato, e acabam o acionando, ao invés de acionar as autoridades competentes nas mais diversas situações. Rosa aponta para a possível dependência que a atendida pode ter em relação ao ACS e a possibilidade de ele solucionar os mais diversos problemas. Jasmim menciona a sobrecarga dos trabalhadores, e Manacá aponta para o sentimento de impotência.

5.2.3. A fronteira e a diversidade étnico-racial no contexto da atuação dos agentes comunitários de saúde no atendimento à violência doméstica contra a mulher

A atuação dos ACS também acaba possuindo especificidades em decorrência da realidade sócio-histórica num município localizado em região de fronteira. Os apontamentos realizados acerca da população migrante acabam direcionando a prática dos ACS com esses grupos. Os ACS apontam a presença da VDCM entre os migrantes, e relatam algumas barreiras para o atendimento dessa população:

BEGONIA: “É o principal, a principal população hoje com problemas de agressão à mulher, paraguaio, argentino, é venezuelano. Na minha microárea tem muito venezuelano, mas é tudo agora, muçulmano é o principal, é o foco de violência contra a mulher.”

BEGONIA: As colegas lá dos árabes quando vai fazer visita me leva, porque as esposas não falam português, só inglês e libanês. Daí eu chego lá no “hello, how are you?” Aí é batata. “Vou fazer visita em tal família hoje. Vamos comigo que você fala com a mulher”. Em espanhol a mesma coisa. Mas no geral assim, as meninas tentam se virar, né? tenta falar o portunhol, escreve no Google Tradutor.

CRAVO: “A gente já entende alguma coisa, né? A gente sempre se entende. À vez tem algumas palavrinhas outras que são meio diferentes, né? Mas a gente sempre acaba se entendendo, né?”

GIRASSOL: “Dá para se entender bem. Dá para se entender. Às vezes alguma outra coisa, às vezes até o nome complica, né? Mas dá para entender.”

JASMIM: “não do espanhol não. Às vezes, para mim, já aconteceu de os haitianos que só falam francês, né? Eu não conseguia aprender francês. Me enrolei. Não consigo aprender francês. Espanhol é tranquilo.”

ROSA: “Aqui a gente tá sentindo de uns tempos para cá, acho que tem uns três, quatro anos aproximadamente, essa demanda de muitos estrangeiros no bairro, a gente tá com muito estrangeiro aqui e a gente não consegue falar com eles, né? A língua. E tem muitos relatos que a gente percebe na expressão da pessoa que ela está sofrendo, o sofrimento de tá fora do país e tá aqui numa cultura diferente e a gente não conseguir, é, ajudar. Essa é uma queixa de todos nós da UBS, porque eles sofrem e a gente também sofre junto.”

SUCULENTA: “Então, tem, tem, uma família árabe, mas ela não, tipo assim, é uma família normal, né? pai, mães, filhos, não tem, né? Eles não vieram com a cultura da, não sei, né, se ele tem em outro lugar, uma outra mulher, né? Mas, e a mulher ela não fala português, então a minha colega que é ACS dela é bem difícil de se comunicar. É

só o filho que entende tudo que a gente fala e daí a gente fala para ele, ele fala pro pais.”

Uma dificuldade para identificação e encaminhamentos dos possíveis casos de VDCM em relação às famílias migrantes que por vezes buscam o atendimento na UBS, porém não possuem vínculo com a equipe. Um ponto bem relevante a ser observado, considerando que a questão do vínculo já apareceu como um ponto relevante para identificação dessas situações. Uma vez que, o vínculo é construído na relação, e se, essa relação é prejudicada diante da fronteira linguística e cultural, as mulheres nesse contexto podem acabar não recebendo os atendimentos necessários para uma possível superação da situação de violência:

BEGONIA: “Nessa questão de violência, a gente não consegue identificar porque não tem essa, esse vínculo, né, com o paciente. Então, a gente não a principal alerta, assim, o principal red flag que a gente identifica é o comportamento. Então, como que você vai identificar um comportamento estranho? Se aquela pessoa é uma estranha lá, você não identifica nada”

Além da questão do vínculo, relatos sobre a dificuldade em relação à identificação dos migrantes para um encaminhamento adequado também surgiram, pois, apesar de existirem meios legais, muitos migrantes ainda precisam passar por pelo processo de regularização migratória.

CRAVO: “Mas é bastante a parte é, a parte de identificação deles, assim que a eu tenho alguma dificuldade. porque não sei se estão, não apresentam documento assim que que precisa de todos os dados que tá pedindo no sistema, né?”

Os ACSs nesse caso conseguem garantir o básico, como acesso à vacinação e atendimentos de emergência, mas para acompanhamento pela eSF, é necessário o migrante passar pelo processo de regularização migratória (ALBAN; KEMMELMEIER; RISSATO, 2024). Um participante ainda relatou que, diante do contexto de migração, as pessoas, apesar de culturas diferentes, tendem a manter uma coesão familiar, o que promove um ambiente protetor em relação à VDCM.

GIRASSOL: “esses imigrantes quando eles vêm pro Brasil eles sempre têm uma história por trás. Ou eles fugiram da fome, eles fugiram da miséria, eles fugiram de guerra, eles fugiram de outras coisas, não sei. Então assim, quando eles vêm, normalmente família é bem unida. Eles são eles são bem unidos. É, pelo menos até hoje eu nunca peguei uma família que que não fosse assim bem é até bonito de ver.”

Apesar da coesão familiar apresentada, surgiram contrapontos no que se refere às questões culturais dos migrantes atendidos,

ROSA: “entra na linguagem, na cultura e também na alimentação. É, pegou um pouquinho de coisa. Um pouquinho de cada, só pelo fato de estar em um outro país já é, já é, algo triste já vem de uma violência, aí chega aqui, e, continua esse processo de violência, não tão grande quanto era lá, mas permanece, e nem todo mundo entende.”

5.2.4. Rede de atendimento à mulher vítima de violência doméstica

A compreensão e conhecimento da rede de atendimento e os equipamentos que atendem a mulher no município é bastante importante na perspectiva de pautar a atuação, assim como dar resolutividade aos casos de VDCM. Os ACS entrevistados demonstram um conhecimento limitado sobre a rede de atendimento, conforme demonstrado nas falas a seguir:

CRAVO: “eu só sei que é 153. 153. A Maria da Penha, a Delegacia da Mulher, né? Então 153, geralmente o 153 eles sempre atendem, né? O 153. E geralmente eu, que nem eu falo para ti, eu levo primeiro para dentro do posto, né?”

GIRASSOL: “agora se eu for para falar para você assim de cabeça, eu não vou lembrar não. Mas é que também a gente não encaminha, né? Então assim, não é uma coisa que eu preciso saber (...) eu sei que tem, não é o CREAS, né? O CREAS é de criança. Ah, eu sei lá. Eu já esqueci os nomes. Tem o Nucria também, né? Mas o Nucria é de criança, não é?”

JASMIM: “CRAM e Delegacia. Eu sei que existe a casa apoio, mas eu não vou saber muito sobre a casa apoio porque nem deve saber quem tem que orientar. Não é que eu não vou orientar, mas tipo assim, já é algo que não é pra gente saber, né? É, a gente vai, as pessoas vão ser orientada na Delegacia pelo CRAM, não é algo para ser tão aberto, né? Essa localização e como funciona. E, e o que eu acho que eu tenho lembrança.”

MANACÁ: “Tem o núcleo, né? Aquele lá da mulher, NUCRIA, e o CRAS né que a gente também encaminha. E é assistência social, é o que a gente tem, é a psicóloga, né?”

ROSA “eu deveria saber, né? Mas agora eu não sei não.”

SUCULENTA: “Eu cito o CRAM, sempre falo do CRAM para elas. falo da delegacia da mulher, né, que são essas duas referências que eu tenho, assim, é o CRAM e a Delegacia da Mulher e falo também com nossa equipe de saúde né.”

Observa-se no relato dos entrevistados, a continuidade do que foi levantado na categoria da atuação dos ACS, a preferência por uma orientação e encaminhamento inicial para a UBS de referência. Porém, os ACS demonstram conhecer alguns equipamentos da rede de atendimento, principalmente os direcionados à segurança e assistência, como a Delegacia e o CRAM. Foram mencionados ainda equipamentos de assistência às crianças vítimas de violência, demonstrando um possível desconhecimento das especificidades da VDCM. Apesar do desconhecimento, emergiram outros apontamentos sobre a rede de apoio, que dificultam o atendimento às vítimas:

BEGÔNIA: “O nosso principal problema é a rede de apoio, que não apoia nem a rede. Quem dirá a vítima, sabe?”

BEGÔNIA: “a intersetorialidade ela é magnâima e é, câmara técnica atrás de câmara técnica, gente falando borracha, gente que nem sabe o que que tá acontecendo no dia a dia daquela família, tentando dar soluções inviáveis para um problema”

BEGONIA: “a linha direta, né, que é o 180, o da Guarda Municipal e etc. É também que tem as viaturas próprias para isso e policiais treinados para isso. Contudo, né, hoje em dia, com a falha na segurança pública, isso não acontece tanto assim, mas deveria, né, é o que deveria estar acontecendo. E, é, essas questões de medida protetiva, é tem a casa, abrigo para mulheres que a gente sabe onde é, mas não pode falar onde que é, né, gente? É um segredo nosso.”

Fato é, que existe a possibilidade que, em decorrência das decisões sobre o caso serem tomadas majoritariamente pelas enfermeiras e/ou equipe multiprofissional (conforme já descrito no item 5.2.2), os ACS podem desconhecer ou menosprezar a relevância de suas orientações para as mulheres atendidas.

GIRASSOL: “Olha, eu já sabia, mas agora se eu for para falar para você assim de cabeça, eu não vou lembrar não. Mas é que também a gente não encaminha, né? Então assim, não é uma coisa que eu preciso saber, tipo, porque o meu trabalho é trazer esse problema pra equipe, a equipe que vai fazer o os encaminhamentos, as notificações, e encaminhar essa mulher.”

6. DISCUSSÃO

A partir do conjunto de análises das RS dos ACS, sobre a VDCM, percebeu-se que o Núcleo Central das evocações, constituiu-se principalmente por termos relacionados a violência física, com destaque para agressão, medo, dor, abuso, ao passo que na periferia aparecem os termos: insegurança; dependência; impunidade; injustiça e morte. Retomando a teoria das RS na abordagem estrutural, o Núcleo Central contém um conjunto de ideias, valores ou crenças que estruturam o pensamento coletivo e são fundamentais para dar sentido RS, sendo possível que elementos da primeira periferia sejam considerados derivados deste (SÁ, 1996; WACHELKE; WOLTER, 2011; WACHELKE; NAIFF, 2016).

O NC das RS possui um caráter bastante estável, e por isso, apresentam uma maior resistência às mudanças quando comparadas ao sistema periférico (SÁ, 1996). A agressão aparece como o primeiro elemento do NC, dessa forma, sendo o mais resistente à uma possível mudança, o que se confirma, quando a violência psicológica aparece somente na segunda periferia, como elementos constituintes das RS, mas não na sua centralidade. A presença da violência física como NC também pode se relacionar com as próprias questões da APS, uma vez que sinais e sintomas físicos podem ser mais perceptíveis para as equipes nesse contexto (ACOSTA *et al.*, 2018; CRUZ *et al.*, 2017; CECATTO; POLLI, 2023).

A agressão também presente no NC apareceu nos discursos dos entrevistados, em especial ao tipificarem os tipos de violência que eles conheciam, sendo citada a violência física por todos os entrevistados. A preponderância da identificação da agressão física é presente em outros estudos com ACS (MACHADO *et al.*, 2023) e profissionais da APS (CAVALCANTI *et al.*, 2021; SEBALDELI *et al.*, 2021; SILVA; RIBEIRO, 2020). Importante salientar que alguns profissionais compreendem as tipologias da VDCM como além das observadas na LMP, abrangendo questões estruturais, desde a falha no acesso à educação formal, negligências e racismo, compreendendo assim a transversalidade e interseccionalidade da questão da VDCM.

O medo, também presente no NC, foi reiteradamente mencionado pelos participantes, principalmente como um dificultador para que as mulheres busquem apoio diante do contexto de VDCM. Nesse sentido, existe uma crença de que a mulher deixa de buscar apoio em decorrência desse sentimento, ele aparece aqui e não no componente afetivo, uma vez que os participantes não afirmaram que eles sentem medo, mas sim as mulheres que sofrem VDCM.

O medo, junto com os fatores identificados na entrevista, como o desconhecimento da LMP, e a sensação de ineficácia da lei, pode contribuir para uma fortificação de uma crença de que a LMP não seria suficiente para proteger as mulheres atendidas, gerando uma

retroalimentação em relação a esse sentimento, para as mulheres atendidas, e sendo um mantenedor dessa crença. O sentimento de medo foi observado em outras pesquisas relativo à atuação dos ACS; outros profissionais da APS e usuários frente as situações de VDCM, sendo esse medo oriundo de um possível despreparo para manejo da situação, assim como medo dos agressores (ACOSTA *et al.*, 2018; GUTMANN *et al.*, 2020; MACHADO *et al.*, 2023)

Os elementos da primeira periferia, principalmente a insegurança e dependência podem ser possíveis constituintes também do NC visto que essas evocações apareceram com frequência no relato dos ACS entrevistados. A insegurança é mencionada principalmente quando os ACS afirmam que mesmo com denúncias as mulheres correm riscos. A dependência, principalmente financeira também foi observada no relato dos participantes e em outros estudos (CECATTO; POLLI, 2023).

Já as demais evocações da primeira periferia, como impunidade, injustiça e morte, se relacionam diretamente com as questões de segurança pública apresentadas pelos participantes, e podem estar presentes, inclusive pela própria afirmação dos participantes de que não conhecem a LMP suficiente, e o desconhecimento da lei e seus mecanismos, podem gerar crenças equivocadas em relação ao seu funcionamento. A evocação morte também aparece, e é compreendida como a expressão máxima do contexto de VDCM.

Na segunda periferia, estão presentes evocações que se relacionam com sentimentos decorrentes da VDCM: sofrimento e tristeza; assim como características da própria violência psicológica: violência, xingamentos, desrespeito, humilhação e psicológica. Apesar de a violência psicológica aparecer apenas na segunda periferia, ela pode ser uma RS que eventualmente pode fazer parte do NC, considerando que ela esteve presente no relato de seis dos sete os ACS entrevistados (ACS). Ao se afirmar que as RS são ao mesmo tempo estáveis e móveis e rígidas e flexíveis, a noção de núcleo central e sistemas periféricos surgem justamente para a melhor compreensão desse fenômeno, e explica essa presença da violência psicológica como sistema periférico, porém presente no discurso dos entrevistados, e considerando que as RS mudam de acordo com as práticas sociais, o que pode indicar uma possível mudança de RS em pesquisas futuras (SÁ, 1996).

Já na zona de contraste, os elementos constituintes variaram em suas características, apresentando ainda sentimentos e relacionados às consequências da VDCM como angústia, revolta e trauma e apresentando uma possível visão de como a categoria dos ACS comprehende que mulheres em situação de VDCM são vistas pela sociedade, com a lente do preconceito, e os julgamentos que são feitos a respeito da permanência de mulheres em

relacionamentos abusivos. Na zona de contraste também aparece o termo lei, relacionando então a VDCM aos aspectos legais, tal qual observado na segunda periferia.

Em relação às percepções dos ACS a respeito da VDCM, percebeu-se uma visão alinhada a existência do fenômeno no contexto de baixa escolaridade, e desigualdade social. Dados demonstram que apesar de aumentarem a vulnerabilidade de mulheres em situação de VDCM (BORBUREMA *et al*, 2017), essas questões não são necessariamente preditoras de VDCM (AZEVEDO *et al*, 2025). Essa visão pode estar alinhada à própria população atendida pelos ACS, que costumam ser famílias de classe média, média baixa e pessoas em situação de vulnerabilidade. Porém, pesquisas indicam uma “democraticidade” em relação à VDCM, sendo esta, o resultado de uma organização patriarcal, que não está circunscrita a uma classe social (HOOKS, 2019; SAFFIOTI; 2013). A presença do Estado, com as políticas públicas, no atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social e financeira, pode gerar também a sensação de que a VDCM acontece primordialmente nesses espaços, porém essa é uma visão que parte de um conceito de policiamento e monitoramento dessas famílias com base em possíveis violações de direitos, que não são verificadas e/ou notificadas em famílias de outros extratos sociais (DONZELOT, 1980)

Apesar de o NC ter identificado a violência física como predominante das RS dos participantes, a percepção a respeito da violência psicológica é um ponto a ser discutido, ela apareceu tanto na Segunda Periferia, quanto na fala de todos os participantes. Estudos apontam para uma maior identificação de violência psicológica por vítimas de violência na região da Tríplice Fronteira (SILVA *et al.*, 2021). A identificação da violência psicológica no discurso dos entrevistados apresenta um contraponto da literatura na área, que aponta que possivelmente essa é uma tipologia de violência doméstica negligenciada (MENEGHEL, 2021; SOARES; LOPES, 2018; VIEIRA *et al.* 2023), comprehende-se assim que, a nível da percepção dessa tipologia de violência por parte dos ACS, a violência psicológica não tem sido negligenciada.

Pesquisas a nível nacional têm apontado para uma diversificação na percepção da população em geral a respeito da VDCM, tendo a violência psicológica superado os índices de violência física desde 2021 (DATASENADO, 2023). A primazia do reconhecimento da violência física pode estar relacionada às campanhas publicitárias relativas à temática, que retratam primordialmente mulheres agredidas, com sinais físicos de violência. O reconhecimento da violência psicológica como característica da VDCM é extremamente importante, uma vez que a violência psicológica é, junto com a dependência econômica, uma

das principais dificultadoras para mulheres se libertarem de relacionamentos abusivos (GOMES, 2022).

Em relação às causas da VDCM foi observado uma diversidade de crenças que abarcam desde o machismo, encontrado como um possível NC das RS, assim como a violência intergeracional, e até características de personalidade alinhadas à ocorrência do fenômeno. A manutenção da VDCM através processo de naturalização dessas violências no cotidiano das atendidas também foi observado no relato das participantes, o que se leva a compreender que os ACS entrevistados percebem a multifatorialidade do fenômeno. Essa observação apresenta-se também como um contraponto à literatura, que identifica que o processo de naturalização da violência geralmente acontece com os profissionais, fazendo com que esses tenham dificuldades de visualizar a violência no cotidiano de seus acompanhados (SANTOS *et al.*, 2018). O processo de naturalização da violência e o de violência intergeracional estão intimamente ligados, uma vez que, crianças que crescem em ambientes permeados por violência, internalizam essa violência e a compreendem como aceitável dentro de relações, tal qual um processo de dessensibilização. Atividades preventivas, incluindo a necessidade de compreensão do impacto da VDCM em crianças testemunhas precisam ser desenvolvidos (SILVA; ORO; BOSSARDI, 2021)

Apesar de ter-se observado alguns relatos que individualizam o contexto de violência o atribuindo à uma característica de ídole ou uso de substâncias psicoativas apenas, Azevedo *et al* (2025) identificaram semelhança em relação ao uso ou não de álcool pelos autores de violência contra mulheres, conforme notificações nacionais do SINAN. A crença da VDCM como algo característico de uma pessoa e não de uma estrutura social, pode influenciar na forma que se pensa uma possível solução para o fenômeno (HOOKS, 2019).

Algumas crenças a respeito do papel da mulher no contexto de VDCM também foram observadas, refletindo sobre a mulher como provocadora de uma possível situação de violência, comparando casais homoafetivos femininos e masculinos, afirmado que os casais femininos tendem a possuir mais conflitos. Atualmente, a maior parte das notificações de violência doméstica contra a mulher apontam o companheiro do sexo masculino como autor de violência, assim como a motivação sendo o sexismo (22%), logo após outras motivações (26%) (AZEVEDO *et al*, 2025), o que pode indicar uma dificuldade na identificação do machismo estrutural como propulsor da violência. Retoma-se aqui a necessidade de um olhar para a violência de gênero do contexto doméstico a partir de uma compreensão da dimensão sociocultural que promove essa situação é extremamente importante para uma possível erradicação do fenômeno (HOOKS, 2019).

No tocante à atuação dos ACS, estes afirmam identificar as situações de VDCM, porém, esses casos são encaminhados para a equipe de referência na UBS, geralmente na figura da enfermeira, para as providências cabíveis. A falta de intervenção, em decorrência da suposição que a intervenção pertence a outra categoria profissional foi observada em uma revisão sistemática em relação aos obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de VDCM (D'OLIVEIRA *et al*, 2020). Esse é o fluxo estabelecido e mencionado por todos os ACS entrevistados, porém, dois participantes ainda mencionam que, a depender da situação, eles tomam as providências cabíveis e comunicam a enfermeira posteriormente. Esse comportamento indica justamente a questão do compromisso de resolutividade de uma situação, de VDCM. O encaminhamento para a equipe de enfermagem é algo a ser observado, uma vez que estudos na área geralmente abordam essa categoria profissional, o que pode indicar uma centralidade da prática de cuidado nesse profissional, e uma necessidade de discutir a importância de outros atores da APS, até como uma forma de garantia da integralidade do cuidado prevista nesse nível de atenção em saúde (CONCEIÇÃO; MADEIRO, 2022). A situação de VDCM é tema complexo, e as diversas formas de atuação do ACS nesse contexto deve ser pensada, de forma a garantir a segurança desses, mas também uma intervenção em relação à demanda apresentada pelas assistidas.

Esse fluxo estabelecido pode contribuir ainda, para os ACS não compreenderem a sua importância no território, limitando a sua atuação a mero comunicador de fatos. Apesar de todos relatarem terem passado por capacitações sobre a temática, observou-se um receio em relação à tomada de decisão frente a uma situação de VDCM. Esse receio foi observado em relação a tomar uma decisão, estar no território, e sofrer represálias adotando assim a prática do encaminhamento. Essa tomada de decisão poderia ser uma orientação para a mulher a respeito da rede de atendimento através de práticas educativas comunitárias e os serviços que poderiam acolhê-la, essa ação, inclusive está prevista no Guia de Atendimento à Mulheres em Situação de Violência na Atenção Primária publicado em 2025 (BRASIL, 2025). A educação permanente, realizada através de capacitações e participação dos ACS em atividades correlatas à temática da VDCM de forma continuada pode garantir que ao longo do tempo, esse fluxo e a compreensão dos ACS a respeito do seu papel na assistência à mulher em situação de VDCM seja repensado e reorganizado.

Outro tema que merece atenção é a fala dos participantes que mencionam um sentimento, um *feeling* necessário para a identificação do contexto de VDCM. Pauta-se aqui a necessidade de capacitação para que os demais ACS tenham a sensibilidade em identificar esses casos, que, como nos relatos, aparecem de forma sutil, como olhares e posicionamentos

da mulher e do possível autor de violência quando da visita do ACS. A falta de treinamento e capacitação frequentemente são pautados como obstáculos para o cuidado de mulheres que sofrem violência doméstica (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020). Porém, para essa questão, um dificultador pode estar presente, a falta de interesse de outros colegas, mencionada pelos participantes, a respeito da temática.

Da mesma forma que as intervenções são pautadas no encaminhamento da mulher para a eSF, observou-se que a notificação do agravo também é realizada pela enfermagem, todos os participantes informaram que o preenchimento da ficha SINAN não é realizado por eles, o que leva a um questionamento também sobre a qualidade das notificações, uma vez que nem sempre o enfermeiro terá acesso a todas as informações e recortes que podem caracterizar e tipificar a violência, sendo essa informação mais fidedigna quando coletada no momento do relato, considerando as especificidades de cada caso. Apesar dessa reflexão, é importante salientar a importância da relação ACS e os demais membros das equipes da eSF, sendo essa relação algo positivo e contributivo para o serviço (SOUSA; ALMEIDA, 2023).

A realização de registro em prontuário também é algo a ser pensado, esse registro não foi mencionado ao longo das entrevistas, porém pesquisas sugerem uma baixa participação dos ACS nessa atividade (BORBUREMA *et al.*, 2017). Apesar de uma padronização no processo de notificação, não foi possível observar uma padronização em relação aos processos de cuidado, uma vez que estes não são realizados de maneira sistematizada pelos ACS, processo observado em outras pesquisas (MAIA *et al.*, 2020).

Apesar da baixa autonomia, observou-se um trabalho, talvez embrionário, mas alinhado à atuação do ACS de forma preventiva, uma vez que um dos participantes mencionou que atua nessa perspectiva, reconhecendo a importância do ACS no contexto de prevenção de agravos. Essa é uma visão recente, e tem sido construída através do acesso dos profissionais ao atendimento com perspectiva de gênero, e a mudança de concepção, concebendo de fato a necessidade da integralidade do cuidado (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os participantes foram enfáticos em compreender a violência como algo inaceitável, tomando a posição de ser contra, e não possuírem justificativas para sua ocorrência. A LMP é o principal mecanismo legal de combate à VDCM e não pode ser deixado de lado nessa discussão, uma vez que na Primeira Periferia da análise prototípica estão os termos: insegurança; impunidade; injustiça e morte. Nas entrevistas todos participantes, exceto um pontuou a necessidade de melhorias na LMP, considerando que ela não protegeria de fato a mulher. Demonstrando uma compreensão da necessidade da LMP, porém afirmando ela como falha. Essa percepção pode impactar no encaminhamento das situações de VDCM para a

equipe da APS, pois se existe um sentimento de insegurança e impunidade, os ACS podem compreender o encaminhamento da situação de VDCM como um possível risco para a mulher.

Os participantes também apontaram para uma falha na LMP, pois mulheres com Medidas Protetivas de Urgência (MPU) sofrem feminicídio. Essa é uma crença errônea, pois dados de segurança pública afirmam que mesmo com eventuais descumprimentos, os índices de feminicídio são menores entre mulheres que possuem MPU e as que não possuem (MELLO, 2020).

Um outro sentimento relatado é o de sobrecarga e o de impotência em relação à demanda de VDCM, uma sobrecarga afetiva que é depositada no ACS que auxilia uma mulher nessa situação, assim como uma sobrecarga relacionada à falta de profissionais atuantes nas eSF. Essas situações podem contribuir para a sensação de baixa resolutividade dos casos. Sentimentos de impotência são comumente observados em trabalhadores da APS que lidam com demandas de VDCM (AGUIAR *et al.*, 2023; D'OLIVEIRA *et al.*, 2025; SCHARAIBER *et al.*, 2005;)

O ciclo de violência, conceito criado pela psicóloga Lenore Walker em 1979 (FISHER; LAB, 2010) não foi mencionado por nenhum participante, mas diante dos relatos de sensação de que as situações não são resolvidas, talvez uma compreensão sobre as especificidades da VDCM, principalmente no que tange o ciclo de violência, auxiliaria essa categoria profissional a lidar com as eventuais frustrações de realizar o encaminhamento para um caso, e posteriormente observar que o casal continua junto, assim como relatado pelos participantes. O conceito do ciclo de violência abordava inicialmente três estágios, dentre eles, a fase de lua de mel, a de acúmulo de tensão e a de explosão/violência, a explicação de Walker buscou compreender a aparente “falta de lógica” presente em mulheres que permanecem em relacionamentos abusivos (FISHER; LAB, 2010). A compreensão desse conceito, para um acolhimento às mulheres que vivenciam VDCM é extremamente importante, uma vez que o julgamento em decorrência de um retorno da mulher para um local, ou relacionamento, no qual ela viveu violência, pode afastar e fazer com que a mulher não relate novas violências caso elas ocorram.

No contexto de fronteira, a VDCM precisa ser discutida no que se refere a atuação dos ACS com população em situação de migração. Estudos apontam para uma maior incidência de VDCM nesse contexto (MAKUCH *et al.*, 2021; MARMO, 2023) o que foi parcialmente corroborado pelos participantes, evidenciando o contexto da comunidade árabe. Apesar de o contexto árabe ser evidenciado, as demais nacionalidades (paraguaios, argentinos,

venezuelanos, cubanos) foram apontadas, através da percepção dos participantes como possuindo níveis semelhantes, se não, menores de VDCM, divergindo das pesquisas na área MAKUCH *et al.*, 2021; MARMO, 2023).

Os participantes relataram manejar bem as situações que lhe são necessárias as habilidades no espanhol, porém, o libanês e o francês foram apontados como dificultadores da comunicação. Nesse sentido, a questão do vínculo acaba aparecendo, as ACS relatam que acreditam que as mulheres que possuem um bom vínculo com a equipe, possuem uma maior facilidade de verbalizar o contexto de VDCM. A dificuldade de diálogo então, pode fazer com que mulheres migrantes permaneçam em situação de vulnerabilidade e violência, sem, no entanto, conseguirem se comunicar e solicitar apoio. Essa é uma realidade que necessita ser pensada no município, em profissionais capacitados linguisticamente para o atendimento dessas famílias em especial, as mulheres. Mediadores e tradutores não profissionais, como mencionado pelos participantes, podem não conseguir repassar a complexidade do contexto, assim como enviesar as informações repassadas de ambos os lados. A questão da importância e eventual dificuldade de manutenção do vínculo da mulher com a equipe também foi observada em estudos que apontam essa dificuldade em decorrência da rotatividade de profissionais na APS (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020; FRANÇA *et al.*, 2023).

Para além da questão da linguagem, o tempo dedicado ao atendimento pode interferir no processo de criação de vínculo (CARNEIRO *et al.*, 2021). Considerando que os entrevistados apontaram a sobrecarga dos profissionais da eSF, e que os cuidados com as mulheres são realizados por essas equipes, pondera-se que a vinculação das atendidas com a equipe pode ser prejudicada, consequentemente, dificultando o acesso de mulheres em situação de VDCM aos cuidados referentes à essa demanda (CARNEIRO *et al.*, 2021).

No contexto de migração, em decorrência da guerra no Líbano, Foz do Iguaçu tem sido território fértil para a diáspora de refugiados dessa região. Em 2024 o município recebeu um grande número de libaneses refugiados e a tríplice fronteira possui uma das maiores comunidades árabes do Brasil, menor apenas que a de São Paulo (HENRIQUE, 2024). Considerando o exposto, a religião também foi apontada como um fator importante na manutenção de mulheres em situação de violência nessa comunidade. Cabe a futuras pesquisas maior índice de VDCM dentro da cultura árabe é observável, ou se essa percepção tem raízes em um possível preconceito em relação à religião não cristã (CALAZANS; PIÑERO, 2023).

Observou-se pouca autonomia em relação à tomada de decisão, mesmo que orientativa, dos ACS em relação aos casos de VDCM, inclusive no que tange o conhecimento

da rede de atendimento, o desconhecimento da rede de atendimento já foi pontuado como obstáculo para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020). Observou-se ainda no relato dos participantes, uma percepção de que eles não possuem responsabilidade em relação a conhecer os serviços da rede, considerando que não são eles que mediam os principais encaminhamentos, o que já foi discutido em referência à atuação dos ACS.

Os serviços de segurança são bem conhecidos pelos participantes, em contraponto os serviços assistenciais, como o CRAM, foram pouco mencionados, evidenciando um olhar para a VDCM como algo a ser resolvido pela segurança pública. Essa lógica pode afastar mulheres que desconhecem os caminhos para uma vida sem violência, apontando a lógica da denúncia como única forma resolutiva do problema. Percepções como essas evidenciam a necessidade de capacitações e melhor instrumentalização dos profissionais em relação à temática, questão levantada também em outros estudos (CONCEIÇÃO; MADEIRO, 2022; D'OLIVEIRA *et al.*, 2020). Quando a rede de atendimento à mulher é desconhecida pelos profissionais, estes tendem a ter uma visão mais negativa sobre a atuação desta (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A importância do conhecimento dos serviços e da rede de atendimento é imprescindível para a atuação do ACS, para que além da intervenção no caso de identificação de VDCM, eles consigam desempenhar um papel preventivo e educativo sobre a temática (BRASIL, 2011; BRASIL 2025). Mesmo com a crença de que suas falas e orientações não são tão importantes quanto à de outro profissional da APS, a atuação do ACS deve ser reconhecida como primordial para a garantia de prevenção e cuidado em relação a esse agravio de saúde.

Diante do exposto, considera-se a necessidade de capacitações para que os ACS, assim como os demais integrantes da APS integrem na sua prática profissional, atitudes que possam melhor identificar, acolher e encaminhar os casos de VDCM. As capacitações devem abranger e ser direcionadas para pontos específicos discutidos ao longo dessa dissertação, uma vez que as RS implicam diretamente na identificação e manejo dos casos de VDCM.

Como limitação desse estudo, têm-se o número reduzido de participantes, o que pode ter ocorrido em virtude do não reconhecimento da VDCM como um problema de saúde por não considerarem que essa temática diz respeito ao seu trabalho, assim como evidenciado em alguns estudos (D'OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A ampliação da pesquisa para a compreensão das RS em outros profissionais da APS também é de extrema valia, uma vez que, segundo o relato dos ACS, esses são os

profissionais que acabam realizando o acolhimento e encaminhamento das situações de VDCM. Esse olhar permitiria também conhecer melhor o fluxo e os encaminhamentos para os demais atores da rede de atendimento à mulher em situação de violência.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais dos ACS sobre a VDMC estão relacionadas com a violência física, percebendo como consequência dessa, sentimentos como insegurança, dependência, impunidade, injustiça, morte. Como causas da violência, as RS desses profissionais estão permeadas pela questão do machismo, e violências intergeracionais, e questões individuais, que demonstra que os ACS compreendem a multifatorialidade da VDCM.

Diante das falas dos ACS, observou-se que os participantes demonstraram reconhecer a VDCM como um problema a ser adereçado, porém vislumbram limitações em suas ações, que perpassa a tomada de decisão sobre os possíveis encaminhamentos a serem realizados e conhecimento da rede de atendimento à mulher em situação de violência. Um olhar que reconhece a violência psicológica como parte integrante da VDCM foi identificado, e é extremamente importante, considerando que durante muito tempo esse tipo de violência foi invisibilizado.

Observou-se a necessidade de um maior engajamento e autonomia dos ACS frente às demandas de VDCM diante da pouca participação dos ACS na tomada de decisão sobre os encaminhamentos. Demonstrando uma subutilização do potencial dos ACS enquanto mediadores e, principalmente orientadores da população, uma vez que são esses profissionais que estão inseridos no cotidiano das famílias. Uma instrumentalização desses profissionais acerca de como proceder e como lidar com a demanda a partir do momento que ela surge, assim como uma noção de avaliação de risco poderia sanar as dificuldades apresentadas pelos participantes. A educação permanente como forma de garantir que os ACS consigam realizar uma atividade preventiva e orientativa a respeito da temática é importante.

A questão da fronteira surgiu como dificuldade, a depender da nacionalidade da população atendida. Observou-se maior compreensão na linguagem quando se faz o recorte da comunidade que se comunica em espanhol, porém, uma dificuldade no recorte de outras nacionalidades que se comunicam em árabe ou francês, como a comunidade de libaneses e haitianos. Essa barreira pode inserir as mulheres em situação de VDCM que não se comunicam em português ou espanhol em uma situação de maior vulnerabilidade. Essa é uma fronteira linguística que necessita de superação, e a consideração dessa diversidade no planejamento das políticas públicas, para que todas as etnias tenham acesso aos serviços de saúde.

Nota-se a necessidade de uma capacitação que abranja todos os atores da APS, não apenas alguns profissionais, uma vez que estes percebem que a estratégia de capacitar profissionais para serem multiplicadores não têm funcionado como o proposto. Aponta-se

ainda para o pouco conhecimento acerca da Lei Maria da Penha verbalizado e demonstrado pelos participantes no decorrer da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In JODELET, D. (orgs.). **As representações sociais** (pp. 155-171). Rio de Janeiro: UERJ.
- ABRIC, J.C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, n.2, 75-78. 1993.
- ACOSTA, D. F. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, 17 ago. 2017.
- AGUIAR, J. M. D. *et al.* 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**, v. 32, n. 1, p. e220266pt, 2023.
- AGUIAR, J. M. D.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190486, 2020.
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, n. 8.
- ALBAN, Luana Lunardi; KEMMELMEIER, Carolina Spack; RISSATO, Denise. Acesso e utilização de serviços de saúde por migrantes residentes em regiões de fronteira no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 16, n. 11, p. e6701, 29 nov. 2024.
- AMORIM, V. C.; TOURINHO, E. Z.; CIHON, T. M. Brazilian Public Policies for Assistance to Women in Situations of Violence: Contributions from Culturo-Behavioral Science. **Behavior and Social Issues**, v. 31, n. 1, p. 23–53, dez. 2022.
- ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. D. M.; PAULA, C. C. D. Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 3, p. 321–332, dez. 2019.
- ARBOIT, J.; PADOIN, S. M. D. M.; VIEIRA, L. B. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. **Atención Primaria**, v. 52, n. 1, p. 14–21, jan. 2020.
- AUTIERO, M. *et al.* Combatting Intimate Partner Violence: Representations of Social and Healthcare Personnel Working with Gender-Based Violence Interventions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 5543, 31 jul. 2020.
- AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73–92, fev. 2004.
- AZEVEDO, Lays Silva de; OLIVEIRA, Natan Nascimento de; OLIVEIRA, Rosana Rosseto de. Notificações, excesso de risco e distribuição espacial da violência doméstica contra mulheres, Brasil, 2015-2020. **Revista do SUS**. Doi:10.1590/S2237-96222025v34e20240277.pt

BARROS, E.N. *et al.* Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciênc Saúde Colet.** 2016;21(2):591-8. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n2/591-598/>> Acesso em 27 ago. 2023

BEAUVIOR, Simone de. **O Segundo Sexo**, v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 87–98, set. 2003.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. Lei 14.321 de 31 de março de 2022. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, seção 1, p. 1. 01 de abr. de 2022

BRASIL. Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 07 de ago. de 2006.

BRASIL. **Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção à Saúde: Anexo I da Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 21 de set. de 2017.

BRASIL. **Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

BRUHN, M. M.; LARA, L. D. Rota Crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 2, p. 70, 15 ago. 2016.

BUENO, S. *et al.* **Visível e Invisível: A vitimização de Mulheres no Brasil**. São Paulo: Fórum de Segurança Pública. 4^aed. 2023.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Condições que interferem no cuidado às mulheres em situação de violência conjugal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, p. e20210020, 2021.

CALAZANS, Márcia Esteves De; PIÑEIRO, Emilia. Mulheres em diáspora: a presença árabe-palestina na fronteira Brasil-Uruguai. **Aletheia**, v. 56, n. 2, p. 106–128, 2023.

CECATTO, Nadia Heloine Olivato; POLLI, Gislei Mocelin. Representações sociais e violência contra mulher: revisão sistemática. **Psicologia Argumento**, v. 41, n. 114, 25 set. 2023.

COELHO, E. B. S.; *et al.* **Políticas públicas no enfrentamento da violência**. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 51 p.

COLLING, A. M. **Tempos diferentes, discursos iguais: a construção do corpo feminino na história**. Universidade Federal Da Grande Dourados, Dourado: Ed. UFGD, 2014.

COLLING, A. M. Gênero e História: Um diálogo possível? **Revista Contexto & Educação**, v. 19, n. 71-72, p. 29–43, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/1131>. Acesso em: 28 set. 2023.

CONCEIÇÃO, H. N. D.; MADEIRO, A. P. Profissionais de Saúde da Atenção Primária e violência contra a mulher: Revisão Sistemática. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

CONCEIÇÃO SEGUNDO, I. P. A violência contra a mulher o atendimento especializado em Foz do Iguaçu. **Revista (RE)DEFINIÇÕES DAS FRONTEIRAS**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 349–364, 2023. DOI: 10.59731/vol1iss2pp180-195. Disponível em: <http://journal.idesf.org.br/index.php/redfront/article/view/2>. Acesso em: 27 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação 24 de 16 de maio de 2019**. Brasília: DF. 17 de maio de 2019.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3^a ed. Porto Alegre: Penso. 2014.

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**, v. 22, n. 3, p. 555–567, dez. 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, ago. 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190164, 2020.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1980.

FERNANDES, M. P. M. **Sobrevivi, posso contar**. Fortaleza: Armazém da Cultura. 2ed. 2014.

FIGUEIREDO, L. V. S. Violência contra as mulheres na fronteira: as cidades gêmeas de Corumbá/Porto Quijano e Ponta Porã/Pedro Juan Caballero. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERThesis**, v.12, n. 2, p. 262-278. jul/dez 2015.

FISHER, B. S.; LAB, S.P. Cycle of violence, theory of. In: **Encyclopedia of victimology and crime prevention** (pp. 257-262). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412979993.n85>

FRANÇA, Andrea Ferreira Ouchi *et al.* Câncer de mama: atributos essenciais na atenção primária à saúde em região de fronteira. **ABCs Health Sciences**, v. 48, p. e023231, 29 dez. 2023

GOMES, N. P. et al. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: Desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e78904, 2022.

GUTMANN, Victoria Leslyê Rocha *et al.* Social representations of Primary Health Care users about violence: a gender study. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190286, 2020.

HAUM, N. D. A. P.; CARVALHO, M. DE. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. e200350, 2021.

HENRIQUE, Raquel Santos. A tríplice fronteira como centro do mahjar árabe e o ensino de português no acolhimento de refugiados e imigrantes. **DOXIA**, Serra, v.9 n.13 2024.

HICKMANN, A. L.; DE FREITAS, L. R. O CRAM Rejane Marisa dal Bó e sua importância para o enfrentamento da violência contra a mulher. **RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 5, 31 maio 2019.

HOOKS, B. **Teoria feminista: da margem ao centro**. Trad. de Patriota, Rainer. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HYMAN, I. *et al.* Help-Seeking Behavior for Intimate Partner Violence among Racial Minority Women in Canada. **Women's Health Issues**, v. 19, n. 2, p. 101–108, mar. 2009.

HERTZOG, K. **Atenção às mulheres vítimas de violência de gênero nos serviços de saúde de Foz do Iguaçu –PR**. Foz do Iguaçu, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Disponível em <<https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>> Acesso em 08 de outubro de 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO. **Pesquisa Nacional de Violência contra a mulher**. Novembro/2023. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/materias/relatorios-de-pesquisa/pesquisa-nacional-de-violencia-contra-a-mulher-datasenado-2023>> Acesso em 11 de agosto de 2025.

JODELET, D. **As representações sociais**. Trad. Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

KATZ, L. *et al.* Who is afraid of obstetric violence? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 623–626, abr. 2020.

KLAUCK, S.; SZEKUT, A. DIVERSIDADE POPULACIONAL: DISCURSOS DE FIXAÇÃO DO PATRIMÔNIO CULTURAL DE FOZ DO IGUAÇU/PR. **Ideação**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 157–177, 2013. DOI: 10.48075/ri. v14i2.7175. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/7175..>

LEITE, F. M. C. *et al.* Prevalência e fatores associados ao uso de medicamento indutor do sono entre mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal em Vitória, Espírito Santo, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021347, 2022.

LERNER, G. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens.** Tradução: Luiza Sellera. São Paulo: Editora Cultrix, 2019.

LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180589, 2019.

MACHADO, Juliana Costa *et al.* Estrutura de pensamento social de agentes comunitárias de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1663–1673, jun. 2023.

MACHADO, Juliana Costa *et al.* Dimensão prática das representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre violência doméstica contra a mulher. **Enfermería Global**, v. 21, n. 4, p. 216–257, 1 out. 2022.

MAKUCH, M. Y. *et al.* Narratives of experiences of violence of Venezuelan migrant women sheltered at the northwestern Brazilian border. **PLOS ONE**, v. 16, n. 11, p. e0260300, 19 nov. 2021.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MÉLLO, Lívia Milena Barbosa De Deus E.; SANTOS, Romário Correia Dos; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti De. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 501–520, fev. 2023.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Feminicídios em municípios de fronteira no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 493–502, fev. 2022.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. e-Gestor: Atenção Primária a Saúde. Disponível em <<https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/acs>> Acesso em 04 de agosto de 2025.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MINAYO, M. C. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.

MARMO, M. Unmasking State Harm: The Border as a Theatrical Space of Gendered Violence. **Violence Against Women**, v. 29, n. 8, p. 1541–1561, jun. 2023.

MELLO, Adriana. **Feminicídio: um estudo dos processos criminais julgados pelas câmaras criminais do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro**. Relatório de Pesquisa

NUPEGRE. Rio de Janeiro: Tribunal de Justiça. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, n.5, 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Organização dos Estados Americanos (Inter American Commission on Human Rights. Inter-American convention on the prevention, punishment, and eradication of violence Against women “Convention of Belém do Pará” [Internet]. **24a. Sessão Ordinária da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos.** Disponível em <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-61.htm>. Acesso em 02 de out. de 2023.

NASCIMENTO, C. T. *et al.* Domestic Violence against Women Detected and Managed in Dental Practice: a Systematic Review. **Journal of Family Violence**, v. 38, n. 1, p. 149–160, jan. 2023.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o repensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. **Razões Públicas para a Integralidade: O cuidado como valor.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007

RODRIGUES, A. L. Fronteira e Território: Considerações Conceituais para a Compreensão da Dinâmica do Espaço Geográfico. **Revista Produção Acadêmica – Núcleo de Estudos Urbanos Regionais e Agrários.** n.2, p.139-157, dez. 2015.

RODRIGUES, T.; FONSECA, R. O. Possibilidades de atendimento ao estrangeiro pelos agentes comunitários de saúde na região fronteiriça de Corumbá/MS - Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 31201–31218, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-714. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27134>. Acesso em: 10 mai. 2023.

ROLDAN, D. D. Circulação de ideias e suas apropriações: uma reflexão sobre a história do urbanismo na América Latina em diálogo com perspectivas das histórias conectadas e teorias decoloniais. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 25, n. 1, 27 jan. 2023.

SA, C. P. de. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 19-33, dez. 1996. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1996000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2023

SÁ, C.P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, violência, patriarcado.** Expressão Popular, 2015.

SANTOS, W. J. D. *et al.* Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: Professionals’ Social Representations in Primary Health Care / Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 770–777, 1 jul. 2018.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300232, 2020.

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

SEBALDELI, A. C. G.; IGNOTTI, E.; HARTWIG, S. V. Violência contra a mulher em uma cidade da fronteira do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e0910312941, 2 mar. 2021.

SIGNORELLI, M.C.; TAFT, A.; PEREIRA.P.P.G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciênc saúde colet.** 2018;23(1):93-102. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16562015>

SILVA, G. K. *et al.* Violência por parceiro íntimo em região de tríplice fronteira. **Reme: Rev. Min. Enferm.** BeloHorizonte, v.25, e-1361, 2021. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100207&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2023. Epub 16-Jul-2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210009>.

SILVA, Aline Cristini da; ORO, Gabriela Zinne; BOSSARDI, Carina Nunes. Aspectos intergeracionais de famílias em situação de violência. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 239-255, dez. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 ago. 2025.

SILVA, V. G. D.; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020.

SOARES, J. D. S. F.; LOPES, M. J. M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 789–800, 21 maio 2018.

SOUZA, J. DE O.; ALMEIDA, P. F. DE. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33044, 2023.

SPINK, M. J. Desvendando as Teorias Implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. 2ed.

TOSCANO, M; GOLDEMBERG, M. **A Revolução das Mulheres:** Um balanço do feminismo no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003.

VIEIRA, C. A. L. *et al.* O não lugar da mulher na atenção primária. **Perspectivas em Diálogo: Revista de Educação e Sociedade**, v. 10, n. 23, p. 179–191, 17 jun. 2023.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 521–526, dez. 2011.

WACHELKE, J.; WOLTER, R.; MATOS, F.R. Effect of the size of the sample in the analysis of evocations for social representations. **Liberabit: Revista Peruana de Psiicología**, v. 22, n. 2, p. 153–160, 30 dez. 2016.

WEBBER, M. A. Violência contra a mulher na tríplice fronteira AR-BR-PY: apontamentos necessários. **Alamedas**, v. 9, n. 1, p. 48–63, 2021. DOI: 10.48075/ra. v9i1.26857. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/alamedas/article/view/26857>. Acesso em: 10 maio. 2023.

WOLTER, Rafael P.; WACHELKE, João; NAIFF, Denis. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 1139–1152, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Violence and Health: Summary**. Geneva: World Health Organization; 2002.

ZANELLO, V. *et al.* Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, n. 2, p. e86991, 2022.

ZAVSLAVSKY, R.; GOULART, B. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, p. 3981-3986, 2017.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

1) Gênero:

- () Masculino
() Feminino
() Não-binário

2) Idade: _____**3) Frequentava alguma religião: () Sim () Não****4) Se respondeu sim à questão anterior, qual religião?** _____**5) Grau máximo de formação acadêmica (que completou)**

- () Ensino Fundamental
() Ensino Médio
() Ensino Superior
() Especialização
() Mestrado
() Doutorado

6) Tempo de atuação (anos) enquanto ACS: _____**7) Região de Atuação**

- () Distrito Norte
() Distrito Sul
() Distrito Leste
() Distrito Oeste
() Distrito Nordeste

8) Você acredita que conhece a Lei Maria da Penha suficientemente?

- () Sim
() Não

9) Já participou de alguma formação a respeito de violência doméstica contra a mulher?

- () Sim
() Não

10) Se respondeu sim para a pergunta anterior, essa formação foi fornecida:

- () Pelo município
() Busquei de forma independente
() Respondi não à pergunta anterior

Nessa etapa da pesquisa, pedimos para que você insira as primeiras palavras que surgem na sua cabeça quando você lê o termo “violência doméstica contra a mulher”. Não existe resposta certa ou errada, você deve apenas listar as palavras que lhe vêm à mente na ordem que elas aparecem. Para isso o termo será apresentado novamente, na página seguinte, junto com os cinco campos para preenchimento das palavras que surgirem na sua mente. Se você

tiver qualquer dúvida sobre essa etapa, pode contatar a pesquisadora responsável através do (45) 99916-0576.

Violência Doméstica Contra a Mulher

Nessa etapa da pesquisa, pedimos para que você insira as primeiras palavras que surgem na sua cabeça quando você lê o termo “violência doméstica contra a mulher”. Não existe resposta certa ou errada, você deve apenas listar as palavras que lhe vem à mente na ordem que elas aparecem.

Responda cada item com uma palavra que vêm à sua cabeça ao pensar em *"violência doméstica contra a mulher"*, no número 1 a que você recorda primeiro, e assim por diante.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

APÊNDICE II

Convite enviado através de aplicativo de mensagem (*WhatsApp*)



Cartaz anexado nas salas dos ACSs e/ou em local de ampla visibilidade para os mesmos

PESQUISA DE MESTRADO
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE FRONTEIRA



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE A VIOLENCIA
DOMÉSTICA CONTRA A MULHER EM UM MUNICÍPIO DE
FRONTEIRA

SE VOCÊ É UM AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU, CONTRIBUA
COM A PESQUISA PELO QR CODE



APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

As questões são norteadoras, permitindo assim que a pesquisadora explore com maior profundidade especificidades a respeito das RS dos ACS entrevistados. Conforme a literatura na área, as entrevistas irão permitir a identificação de três níveis de representações, as imagens mentais, as representações referenciais, e os sistemas de relações. Além disso, a orientação acerca da formulação das perguntas, são as que permitem deixar espaço para os participantes exprimirem seus julgamentos de valores a respeito do objeto social a ser investigado. Existe orientação ainda para a não utilização de questões de definição (Sá, 1996, p.88).

Questões:

1- Na sua percepção o que é a violência doméstica? Qual o significado de violência doméstica para você?

(Nesta questão explorar a concepção de violência do ACS, o que ele acredita ser violência contra a mulher, quais as formas de violência ele conhece? O que é violência doméstica na percepção dele?)

2- O que você pensa sobre causas da violência doméstica e como ela pode ser evitada?

(Explorar o que o ACS pensa sobre quais são as causas da violência, porque ela acontece, em que tipo de famílias elas mais acontecem? Explorar se ele acredita que em alguns casos a mulher pode ser responsável pelo acontecimento da violência. Perguntar sobre a lei Maria da Penha, se ele conhece, o que sabe a respeito, o que pensa sobre a Maria da Penha.)

3- Você já se deparou com alguma situação de violência doméstica contra as mulheres no cotidiano do seu trabalho? Conte como foi essa experiência e como se sentiu a respeito?

(Explorar como foi a situação, como foi a conduta, como foi a experiência, como ele se sentiu atuando nessa situação, se sentiu desconfortável, teve medo ou se sentiu ameaçado)

4- Como o serviço que você trabalha está organizado para identificar ou atender possíveis casos de violência doméstica?

(Explorar como o serviço se organiza para o atendimento das mulheres, qual é o fluxo, atende imediatamente a mulher? Faz a notificação? Para onde encaminha? Quais profissionais atendem? Se encaminha para outro serviço, recebem algum retorno do caso?)

5- Você se sente preparado para identificar ou atuar numa possível situação de violência doméstica?

(Explorar se já recebeu algum tipo de treinamento/capacitação e quando isso ocorreu, se se sente preparado, sabe o que fazer, para onde encaminhar, quais serviços tem disponíveis no serviço e no município de Foz do Iguaçu).

6- Como ACS quais as dificuldades que você enfrenta para atuar nos casos de violência doméstica?

(Explorar as dificuldades que ele enfrenta, falta de conhecimento, dificuldade de acompanhar as vítimas, questões relacionadas a fronteira, idioma, diferenças étnico culturais)

ANEXO I

Parecer Consustanciado

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde sobre a violência doméstica contra as mulheres em um município de fronteira

Pesquisador: RAFAELA ZAGO DE MELLO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81851924.9.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.049.576

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa busca compreender as representações sociais dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da problemática da violência doméstica contra a mulher, assim como quais as práticas que eles exercem quando confrontados com essa demanda. A pesquisa empreendida será de cunho exploratório e descritivo, utilizando da Teoria das Representações Sociais para a coleta e interpretação dos dados. A pesquisa será dividida em duas etapas, a primeira de evocação livre de palavras, para compreensão do sistema central e periféricos das representações sociais dos agentes comunitários de saúde acerca da violência doméstica contra as mulheres. Essa etapa será realizada de forma online através do aplicativo gratuito Google Forms, no qual os participantes elencarão as cinco primeiras palavras que recordam ao pensarem sobre o conceito de violência doméstica contra as mulheres. A segunda etapa consiste em entrevistas semiestruturadas com uma amostra dos agentes comunitários de saúde, onde buscar-se-á compreender as percepções e atuação desses profissionais no que concerne a temática. O roteiro de entrevista será elaborado a partir dos dados encontrados na primeira etapa, e o critério de encerramento desta etapa ocorrerá por saturação de dados. Espera-se identificar as representações sociais da classe trabalhadora pesquisada e aprofundar-se na compreensão da temática por esse grupo, ao explicitar esses dados, almeja-se contribuir para a construção de políticas públicas e eventuais capacitações que busquem contribuir para a erradicação do fenômeno da violência doméstica contra mulheres.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 7.049.576

Objetivo da Pesquisa:

Descrever as representações sociais dos agentes comunitários de saúde de um município de fronteira sobre a violência doméstica contra a mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco apresentado pela pesquisa é o de desconforto das participantes em relação à discussão do tema, considerando que, não se sabe o contexto de vida das próprias participantes podendo elas vivenciarem situações de violência doméstica. Para minimizar os riscos, a pesquisadora, que é também psicóloga garantirá acolhimento psicológico para eventuais situações que possam surgir.

Os benefícios gerados pela pesquisa, são o de fornecer dados para a melhoria de uma política pública, a própria entrevista pode ser geradora de reflexões no âmbito da prática profissional dos entrevistados. Uma reflexão sobre esses processos garante uma melhoria significativa na qualidade de vida de mulheres que vivem em situação de violência doméstica, e podem contribuir para desenvolvimento de estratégias de cuidados a mulher em situação de violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

segue conformes Resolução que embasa Comite de Ética em Pesquisa que envolve seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de pesquisa detalhado (anexado)

Folha de rosto (anexada e assinada por direção de centro Unioeste Foz Iguaçu)

Anexo I - modalidade de pesquisa e dissertação de mestrado (anexado)

Anexo II - Termo Ciência responsável pelo Local (anexado) - Diretora da Atenção Primária a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu; Coordenadora dos Agentes Comunitários de Saúde.

Anexo III - Termo de compromisso para uso de dados em arquivo (anexado)

Anexo IV - Declaração de intervenção (coleta de dados) não iniciada (anexado).

Cronograma (como anexo na brochura)

Instrumento de coleta de dados - Questionário (como anexo na brochura, adequado)

Curriculo lattes - pesquisador (anexado)

TCLE e anexado e adequado a pesquisa

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 7.049.576

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2390005.pdf	29/07/2024 13:16:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RAFAELA_PLATBR.docx	29/07/2024 13:15:43	RAFAELA ZAGO DE MELLO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoRepresentacoes_acs.pdf	29/07/2024 13:14:24	RAFAELA ZAGO DE MELLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_PESQUISADORA_assinado.pdf	26/07/2024 08:55:31	RAFAELA ZAGO DE MELLO	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAO_PMFI.pdf	26/07/2024 08:29:45	RAFAELA ZAGO DE MELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ACS.docx	26/07/2024 08:28:30	RAFAELA ZAGO DE MELLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCABEL, 02 de Setembro de 2024

Assinado por:

Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619	CEP: 85.819-110
Bairro: UNIVERSITARIO	
UF: PR	Município: CASCABEL
Telefone: (45)3220-3092	E-mail: cep.prppg@unioeste.br