

Estrutura representacional de agentes comunitários sobre atenção à saúde da mulher em situação de violência

Reception and humanization in a neonatal unit in the face of difficult news: faith and religion

Acogida y humanización en una unidad neonatal ante noticias difíciles: fe y religión

RESUMO

Objetivo: analisar a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre a atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica. Método: Estudo descritivo, qualitativo, sustentado pela Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados de maio a agosto de 2019, com 107 agentes comunitários de saúde a partir das evocações livres e analisados através do Software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (EVOC) versão 2005. Resultados: revelaram um núcleo central caracterizado por atitude negativa com a presença do elemento descaso e atitudes positivas com acolhimento, cuidado e psicólogo. Esses elementos são fortalecidos pela zona de contraste apresentando o acompanhamento, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e escuta. Nas periferias observou-se atitudes práticas e afetivas desses profissionais de saúde. Conclusão: os agentes comunitários de saúde são profissionais essenciais na atenção a mulher em situação de violência doméstica, através da essência multiprofissional e do desenvolvimento das relações intersectoriais.

DESCRIPTORIOS: Agentes comunitários de saúde; Atenção à saúde; Violência a contra mulher; Violência doméstica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the representational structure of community health agents on the health care of women in situations of domestic violence. Method: Descriptive, qualitative study, supported by the Theory of Social Representations. Data were collected from May to August 2019, with 107 community health workers from free evocations and analyzed using the Software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (EVOC) version 2005. Results: revealed a central nucleus characterized by negative attitude with the presence of the element of neglect and positive attitudes with reception, care and psychologist. These elements are strengthened by the contrast zone presenting the follow-up, Specialized Police Station for Assistance to Women (DEAM) and listening. In the peripheries, practical and affective attitudes of these health professionals were observed. Conclusion: community health agents are essential professionals in the care of women in situations of domestic violence, through the multidisciplinary essence and the development of intersectoral relationships.

DESCRIPTORS: Community health workers; Health care; Violence against women; Domestic violence.

RESUMEN

Objetivo: analizar la estructura representacional de los agentes comunitarios de salud sobre la atención a la salud de las mujeres en situación de violencia doméstica. Método: Estudio descriptivo, cualitativo, sustentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron recolectados de mayo a agosto de 2019, con 107 trabajadores de salud comunitarios a partir de evocaciones libres y analizados utilizando el Software Ensemble de Programs Permettant l'analyse des Evocations (EVOC) versión 2005. Resultados: revelaron un núcleo central caracterizado por actitud negativa con la presencia del elemento de abandono y actitudes positivas con acogida, atención y psicóloga. Estos elementos se ven reforzados por la zona de contraste que presenta el seguimiento, la Comisaría Especializada en Atención a la Mujer (DEAM) y la escucha. En las periferias, se observaron actitudes prácticas y afectivas de estos profesionales de la salud. Conclusión: los agentes comunitarios de salud son profesionales esenciales en el cuidado de las mujeres en situación de violencia doméstica, a través de la esencia multiprofesional y el desarrollo de relaciones intersectoriales.

DESCRIPTORIOS: Agentes comunitarios de salud; Cuidado de la salud; La violencia contra las mujeres; La violencia doméstica.

RECEBIDO EM: 29/07/2022 APROVADO EM: 14/09/2022

Maria Vitória Oliveira Couto

Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié (BA). Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Membro e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Cultura de Paz (GPVIO).
ORCID: 0000-0001-6334-5995

Aline Vieira Simões

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB, Jequié (BA). Membro e pesquisadora do GPVIO.
ORCID: 0000-0001-5465-4980.

Charles Souza Santos

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da UESB, Jequié (BA).
ORCID: 0000-0001-5071-0359

Vanda Palmarella Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem e do PPGES da UESB, Jequié (BA). Líder do GPVIO.
ORCID: 0000-0002-5689-5910.

Alba Benemérita Alves Vilela

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem e do PPGES da UESB, Jequié (BA). Membro e pesquisadora do GPVIO.
ORCID: 0000-0003-2110-1751.

Juliana Costa Machado

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Docente do curso de Enfermagem e do PPGES da UESB, Jequié (BA). Vice-líder e pesquisadora do GPVIO.
ORCID: 0000-0002-2258-0718

INTRODUÇÃO

A Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) se estabelece como qualquer ação ou omissão de violência de gênero que resulte em morte, lesão, sofrimento físico, sexual e/ou psicológico, bem como dano moral ou patrimonial. Atualmente, são consideradas formas de violência doméstica e familiar contra a mulher a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e/ou moral¹. É perceptível que tal fenômeno impacta mulheres em todo mundo, repercutindo em vários aspectos da vida, incluindo o trabalho, as relações sociais e a saúde, por conseguinte ao longo do tempo vem ganhando notoriedade ao se consolidar como um problema universal com impactos nas áreas econômicas, sociais e da saúde^{2,3}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) aproximadamente uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreu violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. Estima-se que 37% das mulheres que vivem nos países mais pobres sofreram violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro. Já as regiões da Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana dispõem das maiores taxas

de VDCM, variando de 33% a 51%⁴.

No Brasil, o elevado índice de violência contra as mulheres mostra a assustadora realidade à qual elas ainda estão submetidas. Ocupando o 5º lugar no ranking de feminicídio mundial somente em 2018, 1.206 mulheres foram vítimas de homicídios, desse total 88,8% os companheiros ou ex-companheiros foram os perpetradores da violência⁵. No ano de 2020 foram contabilizadas cerca de 75,7 mil denúncias referentes a violência doméstica e familiar contra a mulher nos canais de denúncias de direitos humanos do Governo Federal⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada e centro de comunicação entre os serviços. Considerando a complexidade da VDCM, as ações da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) tendem a proporcionar maior resolutividade dos casos de forma humanizada e holística através de condutas interdisciplinares. Na qual se constitui um campo para prevenção, identificação e abordagem às mulheres em situação de violência doméstica⁷.

Dentre os profissionais de saúde envolvidos no processo de atenção à saúde da mulher em situação de violência, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o

qual faz parte da equipe da ESF. Por constituir um vínculo com a comunidade em que atua, esse profissional detém a capacidade de desenvolver conexões com as famílias possibilitando conhecer a dinâmica familiar e desse modo presenciar/perceber casos de violência no espaço doméstico⁷. Dessa forma, são atores fundamentais no processo de elo entre as mulheres e a equipe ESF a fim de viabilizar a promoção da saúde, a prevenção e o combate no contexto da VDCM.

Sabe-se que o estudo da representação social proporciona uma conjuntura de análise e de interpretação que permite compreender as relações entre o universo individual e as condições sociais nas quais os atores sociais interagem^{8,9}.

Sendo reconhecida, portanto a necessidade de se conhecer as representações sociais dos ACSs acerca da temática, visando destacar sua importância no trabalho assistencial na atenção à saúde de mulheres acometidas pela violência doméstica. Diante disso, o presente artigo possui como objetivo analisar a estrutura representacional de agentes comunitários de saúde sobre a atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, pautado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS). A partir dessa abordagem tem-se que as representações sociais possuem uma estrutura constituída por um conjunto de cognemas que são organizados, hierarquizados, ponderados e mantêm entre si relações que determinam o significado e o lugar que ocupam no sistema representacional¹⁰.

O cenário do estudo foram 18 Unidades de Saúde da Família (USF) de um município do interior da Bahia e como participantes 107 ACSs. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, considerou-se como critério de inclusão o ACS estar em atividade funcional e ter mais de seis meses de atuação na USF e como critério de exclusão ACS que estava de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2019 de maneira individual, em sala reservada na própria USF que o ACS é alocado. Os 107 participantes da pesquisa responderam a um instrumento que continha a técnica de evocação livre de palavras e posteriormente ao questionário sociodemográfico. A técnica busca acessar a organização e a estrutura interna da representação sobre o objeto social, que neste estudo teve como estímulo indutor “atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica”. Assim, foi solicitado aos participantes que evocassem cinco palavras que viessem imediatamente à sua mente ao ouvir o estímulo. As palavras evocadas foram registradas pelo pesquisador no instrumento de coleta de dados.

Os dados provenientes das evocações ao termo indutor foram digitados no software Microsoft Word e realizado um processo de lematização formando um dicionário de palavras. Assim, o corpus foi processado no software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (EVOC) versão 2005, que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem de média de evocação (OME) e fa-

vorece a construção do quadro de quatro casas¹¹.

O quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes e organiza os termos evocados da seguinte maneira: no quadrante superior e à esquerda ficam situados os termos mais significativos para o sujeito e, provavelmente, o núcleo central da representação (maior frequência e menor OME); as palavras localizadas no quadrante superior direito (maior frequência e maior OME) são os elementos da 1ª periferia; no quadrante inferior esquerdo (menor frequência e maior OME) são os elementos pertencentes à zona de contraste; já os termos localizados no quadrante inferior direito (menor frequência e maior OME) constituem os elementos mais periféricos da representação ou 2ª periferia^{11,12}.

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

RESULTADOS

A população da pesquisa foi composta por 107 ACS, sendo 103 do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 36 a 45 anos (48), tempo de atuação como

ACS variou de 10 a 23 anos, sendo que a maioria apresentava de 20 a 23 anos de atuação (52) e 23 apresentavam ensino superior completo.

A partir da aplicação da técnica de evocação livre de palavras foram evocadas 497 palavras pelos 107 participantes sendo que destas, 112 palavras diferentes. O resultado do quadro de 4 casas está disposto na figura 1, foi considerada a frequência mínima 10, a frequência média 22 e a ordem média de evocações (OME) das palavras 2,90. A distribuição dos termos nos quadrantes possibilitou a análise da estrutura da representação, formada pelo núcleo central (NC), elementos periféricos (1ª e 2ª periferia) e zona de contraste.

A abordagem estrutural evoluiu do ponto de vista teórico e firmou-se como a Teoria do Núcleo Central, esta enfatiza que as representações sociais são um duplo sistema formado por um núcleo central e pelo sistema periférico. O núcleo central é um subconjunto da representação, formado por elementos que definem e organizam a representação sobre o objeto social^{10,11}.

Observa-se, nas evocações, frente ao termo indutor “atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica” uma distribuição dos termos entre os planos, entretanto assumem como possíveis elementos centrais os cognemas acolhimento, cuidado, descaso e psicólogo que apresentaram uma maior frequência e prontamente evo-

Figura 1 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos agentes comunitários de saúde frente ao termo indutor “atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica”. Bahia, Brasil, 2019. (n=107)

		OME < 2,90		OME ≥ 2,90		
	Freq. Méd.	Freq.	O.M.E.	Freq.	O.M.E.	
≥ 22	Acolhimento	27	1,70	Apoio	42	3,35
	Cuidado	40	2,47	Orientação	24	3,33
	Descaso	31	2,45	Proteção	22	3,09
	Psicólogo	35	2,22			
< 22	Acompanhamento	15	2,40	Amor	11	3,90
	DEAM	13	1,76	Direitos	14	3,28
	Escuta	11	2,18	Encaminhamentos	15	3,33
		11	2,45	Ineficiente	12	3,08

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

cados pelos participantes. Esses elementos do núcleo central refletem uma dimensão atitudinal através de aspectos positivos com o acolhimento e cuidado, e aspecto negativo como o descaso.

No quadrante superior direito, os elementos apoio, orientação e proteção apresentaram-se como elementos com alta frequência, mas que não apresentaram prontidão de evocação, o que os fizeram participar da 1ª periferia. Esses elementos refletem sobre alguns fatores que para esses profissionais as mulheres que vivenciam a violência necessitam, viabiliza a comunicação e a relação em que são estabelecidas. Já a 2ª periferia os elementos com frequência baixa e alta OME tendem a apontar a interface da representação com as práticas, realidade e as reações desses profissionais destacando os elementos amor, direitos, encaminhamentos e ineficiente.

No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos da zona de contraste acompanhamento, Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e escuta que podem reforçar ou complementar os elementos do núcleo central e da 1ª periferia.

DISCUSSÃO

Como componentes da equipe os ACSs desempenham ações que os constituem como elo entre a comunidade e os serviços da APS e por isso detêm a oportunidade de serem os primeiros profissionais de saúde a identificar, prevenir e acompanhar agravos².

Diante disso, a atenção à saúde de mulheres em situação de violência poderá se alicerçar através da representação social que esses profissionais possuem sobre o objeto social. A partir da análise dessa representação, é possível compreender e intervir no cuidado e na elaboração de intervenções de prevenção³.

Desse modo, os possíveis elementos do núcleo central apontam que os ACSs estruturam e organizam seu pensamento social através da dimensão atitudinal o que reflete para estes profissionais um descaso na atenção à saúde de mulheres em situa-

ção de violência e que estas necessitam de um cuidado voltado para o acolhimento através de uma ótica multiprofissional.

Compreende-se que a VDCM culmina em grandes repercussões na saúde psicológica, os quais acarretam também indícios sutis de atos violentos ainda encobertos, como ansiedade, introspecção, medo, tristeza e transtorno de estresse pós-traumático. Nesse campo entra a atuação profissional do psicólogo, formando a categoria com maior suporte para atender queixas envolvendo a saúde mental e emocional de mulheres em situação de violência doméstica, que junto com outros profissionais componentes da equipe procedem diante de tal situação, realizando notificações e encaminhando-as para outros serviços³.

Todavia, os serviços apresentam determinado grau de fragilidade no que concerne ao atendimento por parte destas demandas multiprofissionais, reconhecidos pelo despreparo, insegurança e receio em lidar e intervir frente a essa temática, favorecendo a construção do descaso, bem como a existente falha na inter-relação do enfrentamento de situações constatadas de violência doméstica e o déficit nas políticas públicas voltada para a população em questão.

Em território nacional, ainda que venha sendo vislumbrada a construção gradual e contínua de mecanismos legais para o reconhecimento e combate da VDCM, na realidade brasileira a violência doméstica ainda é um dos grandes desafios para o desenvolvimento de políticas públicas, efetivando a ineficiência dos mecanismos e políticas no país. Os municípios do território nacional, em sua maioria, ainda não contam com os equipamentos necessários para o atendimento, à prevenção e a punição em casos de violência contra a mulher e, por isso, grande parcela das mulheres brasileiras seguem desassistidas^{13,14}.

As concepções de boa parcela de profissionais na área da saúde sobre a rede de atenção à saúde voltada às mulheres em situação de violência, relacionam-se com a integração de um amplo conjunto de serviços de caráter intersetorial e multiprofissional visando o melhor enfrentamento desse

complexo fenômeno.

Dentre esses serviços destacam-se a Secretaria de Saúde, Secretaria de Assistência Social, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), DEAM, Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Pronto Atendimento e Casas de Abrigo 15. Estas atuações são expressas como uma forma de acolhimento, identificado através dos vínculos existentes entre as usuárias e os profissionais envolvidos no cuidado. Destaca-se a utilização da escuta sensível, qualificada e humanizada que deve estar presente de forma marcante.

A partir dos elementos apoio, orientação e proteção os ACSs representam o objeto social e a sua relação entre o senso comum e o seu conhecimento técnico-profissional. As vivências desses profissionais junto às mulheres em situação de violência vislumbram que atenção à saúde deve possibilitar o desenvolvimento de estratégias de identificação e intervenção com oferecimento de suporte.

A atenção à saúde desenvolvida com mulheres que vivenciam ou já vivenciaram a violência tem o respaldo de empoderá-las, com a finalidade de desnaturalizar da ação violenta de suas vidas. Ressalta-se ainda o acompanhamento e incentivo relacionado à denúncia do agressor, a fim de demonstrá-las que elas não estão desamparadas tanto legalmente quanto comunitariamente. Nesse contexto, ao notificar a violência, os ACSs demonstram o comprometimento com o enfrentamento dessas situações, reiterando o fato de o trabalho em equipe ser um meio para solucionar mais facilmente os casos de violência vivenciados pelas mulheres, compreendendo sua relevância para a construção de intervenções¹⁵.

A lei Maria da Penha (11.340/2006) traz inovações para a proteção às mulheres e punições aos agressores ao criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar e estabelece medidas de assistência assegurando-lhes condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, segurança, saúde, alimentação, educação, cultura, moradia, ao acesso à justiça, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e à convivência familiar e comu-

nitária¹.

As representações dos ACSs sobre a atenção à saúde das mulheres em situação de violência doméstica encontram-se fortemente ancoradas em práticas que primam pelo bem-estar, conectando-se ao que é previsto por lei para garantir a promoção da saúde, a prevenção e o combate da violência, sinalizando a concepção ampliada sobre o amparo às mulheres.

CONCLUSÃO

O estudo demonstra que as representações sociais dos ACSs acerca da atenção à saúde da mulher em situação de violência estão alicerçadas no acolhimento, escuta qualificada e cuidado integral, para a ocorrência de uma assistência qualificada através da essência multiprofissional e do de-

envolvimento das relações intersetoriais.

No contexto da APS os cuidados prestados ainda são limitados considerando o despreparo dos profissionais para o enfrentamento, prevenção e combate, associados ao medo e à dificuldade de recursos para o desenvolvimento de tais ações, possibilitando o agravamento de casos, a dificuldade na resolubilidade e desfechos não favoráveis para os mesmos.

Então, é perceptível a necessidade imediata de atitudes congruentes à mudança do atual quadro, o que requer mais iniciativas governamentais que corroborem para que as políticas sejam de fato eficientes, como também o investimento em capacitações profissionais intencionando o melhor preparo das equipes de Saúde da Família, a fim de estarem aptas a liderarem no enfrentamento da violência nas comunidades.

Cabe salientar que, apesar deste estudo se desenvolver em um único município, os dados obtidos corroboram para que haja significativa repercussão acerca das práticas cotidianas dos profissionais, em destaque os ACSs, envolvidos na rede de cuidado às mulheres em situação de violência sobre a necessidade do enfrentamento de desafios, para que ocorra a inter-relação com o objetivo de desenvolver ações de resolutividade dos casos de violência no âmbito doméstico.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio de concessão de bolsa de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [online]. Diário Oficial da União 08 ago 2006 [acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
- 2 Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Rev esc enferm USP* [internet]. 2015 Jan-Fev; 49(01): 22-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100003>.
- 3 Carneiro JB, et al. Theoretical-explanatory model of the care provided to women in situations of violence in primary health care. *Texto contexto enferm* [internet]. 2022; 31, e20200639. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0639>
- 4 Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. OPAS, 2021. [acesso em 02 mai 2022] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>
- 5 Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Canais registram mais de 105 mil denúncias de violência contra mulher em 2020. Brasil, 2020. [acesso em 02 mai 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2021/03/canais-registram-mais-de-105-mil-denuncias-de-violencia-contra-mulher-em-2020>.
- 6 Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Ligue 180 e tudo o que você precisa saber. Brasil, 2021. [acesso em 02 mai 2022] Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/denuncie-violencia-contra-a-mulher/violencia-contra-a-mulher>.
- 7 Arboit J, Costa MC, Silva EB, Colomé ICS, Prestes M. Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*. 2018 Abr-Jun; 27(2):506-517. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018169293>
- 8 Machado LB, Aniceto RA. Núcleo Central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2010 Jun; 18 (67): 345-364. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362010000200009>
- 9 Parreira P, Mônico L, Oliveira D, Cavaleiro J, Graveto J. Abordagem estrutural das representações sociais. In: Parreira P, Sampaio JH, Mônico L, Paiva T, Alves L (Orgs.), *Análise das representações sociais e do impacto da aquisição de competências em empreendedorismo nos estudantes do Ensino Superior Politécnico*. Guarda: IPG/PIN; 2018: 55-68.
- 10 Abric JC. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. 253p
- 11 Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- 12 Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Trigueiro MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira A S P, Camargo B V, Jesuino J, Nóbrega S, (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB; 2005. p. 573-603.
- 13 Brasil. Senado Federal. Proteção às vítimas ainda é insuficiente. Brasil, 2016. [acesso em 02 mai 2022]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saneamento-basico/violencia-contra-a-mulher/protexao-as-vitimas-ainda-e-insuficiente>.
- 14 Menezes M. Insuficiência das políticas públicas de combate à violência contra a mulher. *Brasil de Fato MG, Ribeirão das Neves*. 2021 Jan. [acesso em 02 mai 2022] Disponível em: <https://www.brasildefatomg.com.br/2021/01/19/artigo-insuficiencia-das-politicas-publicas-de-combate-a-violencia-contra-a-mulher>.
- 15 Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. *Rev esc enferm USP*. 2017; 57: e03207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016113303207>