

Discursos de Agentes Comunitários de Saúde sobre barreiras na atenção às mulheres em situações de violência

Discourses of Community Health Workers on barriers in the care of women in violence situations

Sofia Dionizio Santos¹

Rebeca Sales Pereira²

Maria Rocineide Ferreira da Silva³

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior⁴

Resumo: O vínculo que Agentes Comunitários de Saúde estabelecem com as famílias cria oportunidades para que violências contra as mulheres sejam identificadas e a situação, acompanhada pela equipe de saúde. Apesar disso, os Agentes Comunitários de Saúde relatam dificuldades para concretizar essas ações. O objetivo deste estudo foi analisar os discursos de Agentes Comunitários de Saúde sobre as barreiras que dificultam a abordagem da violência contra as mulheres na Atenção Primária à Saúde. Realizou-se um estudo qualitativo, fundamentado na Análise de Discurso Crítica, em sua vertente Dialético-Relacional (Fairclough, 2003), com a participação de 33 Agentes Comunitários de Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. A interdiscursividade firmou-se como categoria analítica para a compreensão dos discursos que foram analisados numa abordagem interdisciplinar, considerando contribuições de autores sobre Ideologia (Thompson, 2011), Estudos Culturais (Woodward, 2014) e Estudos de Gênero (Segato, 2003). Organizaram-se os resultados nos temas: processos de trabalho; caracterizações do território e dos atores sociais; concepções sobre violência; barreiras. Conclui-se que a superação de barreiras para o enfrentamento das violências depende de processos formativos adequados e de modelos de gestão que valorizem o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Palavras-chave: Análise de Discurso Crítica; violência contra a mulher; Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract: The bond that Community Health Workers establish with families creates opportunities for the violence against women to be identified and the situation monitored by the health team. Despite this, Community Health Workers report difficulties in implementing these actions. The objective of this study was to analyze the discourses of Community Health Workers about the barriers that make it difficult to address violence against women in Primary Health Care. A qualitative study was carried out, based on Critical Discourse Analysis, in its

¹ Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Cajazeiras, PB, Brasil. Endereço Eletrônico: sofia.dionizio@hotmail.com.

² Secretaria de Educação do Estado do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Endereço eletrônico: rebeca.pereira@prof.ce.gov.br.

³ Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, Brasil. Endereço Eletrônico: rocineide.ferreira@uece.br.

⁴ Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, Brasil. Endereço Eletrônico: arodrigues.junior@uece.br.

Dialectical-Relational approach (Fairclough, 2003), with the participation of 33 Community Health Workers from Fortaleza, Ceará, Brazil. Interdiscursivity was established as an analytical category for understanding the discourses, which were analyzed in an interdisciplinary approach, considering contributions from authors on Ideology (Thompson, 2011), Cultural Studies (Woodward, 2014) and Gender Studies (Segato, 2003). The results were organized into themes: work processes; characterizations of the territory and social actors; conceptions about violence; barriers. It is concluded that overcoming barriers to coping with violence depends on adequate training processes and management models that value the work of Community Health Workers.

Keywords: Critical Discourse Analysis; violence against women; Community Health Workers; Primary Health Care.

Introdução

As violências contra as mulheres (VCM) englobam diversas manifestações de um problema social com prevalência mundial. Globalmente, 30% das mulheres sofreram violência sexual por um não parceiro íntimo ou violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo (Who, 2021). Dados sobre a situação no Brasil indicam que 35,2% das mulheres, entre 16 e 24 anos, sofreram violência nos últimos 12 meses (Fbsp, 2021).

Suas possíveis consequências atingem diversas dimensões da vida da mulher, inclusive no âmbito da saúde (Miller; Mccaw, 2019). Essas características fazem da VCM um problema urgente, com proporções pandêmicas (Who, 2021), que deve ser abordado em conjunto por diversos atores, considerando os elementos sociais e clínicos a ela relacionados.

Em muitos casos, a VCM ocorre no âmbito doméstico, como constatou uma pesquisa que identificou que 72,8% dos casos foram cometidos por conhecidos, 48,8% deles na casa das mulheres (Fbsp, 2021). Esse contexto justifica a valorização do cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, como espaço privilegiado para a identificação e o acompanhamento de casos de VCM (Signorelli; Taft; Pereira, 2018). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seriam importantes atores nesse processo.

Experiências iniciais envolvendo o trabalho institucionalizado de ACS foram registradas no Ceará, na década de 1980 (Ávila, 2011). Posteriormente, essa e outras iniciativas locais foram expandidas nacionalmente, em um processo de disseminação alinhado às transformações socioeconômicas e políticas do período e à transição para um modelo de atenção à saúde universal e integral. A atuação desses profissionais, nacional e internacionalmente, revela sua contribuição para melhorar o acesso aos serviços e as condições de saúde da população (Ávila, 2011; Morosini, Fonseca, 2018; Saboori *et al.*, 2022).

O vínculo que os ACS estabelecem com as famílias, especialmente nas situações de visitas domiciliares, cria oportunidades para que a VCM seja identificada e a situação acompanhada pela equipe de saúde (Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Saboori *et al.*, 2022). Existem, entretanto, desafios, ou barreiras, para efetivar essas potencialidades, entre os quais se destaca a necessidade de conhecimentos e de qualificação para abordar a questão (Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Saboori *et al.*, 2022).

Nesse contexto, torna-se fundamental aprofundar a compreensão sobre as barreiras para a atuação do ACS no apoio a mulheres em situação de violência, tomando como ponto de partida as manifestações discursivas dos próprios ACS sobre o tema. A referência teórico-metodológica da Análise de Discurso Crítica (ADC) permitiu considerar a linguagem, o contexto e as relações de poder. Nessa perspectiva, têm-se mais possibilidades de compreender a produção de sentido nos discursos e as posições de sujeito assumidas. O panorama de contribuições teóricas sobre Ideologia (Thompson, 2011), Estudos Culturais (Woodward, 2014) e Estudos de Gênero (Segato, 2003) também apoiaram a análise discursiva, num movimento constante entre dados empíricos e teoria, descrição e interpretação.

Um aspecto importante nessa construção conceitual é a compreensão do discurso como capaz de promover a manutenção do status quo ou de modificá-lo, pois a linguagem é um aspecto crucial das transformações sociais (Fairclough, 2003). Assim, refletir sobre o discurso em relação à atenção às mulheres em situação de violência no âmbito da saúde deverá remeter a uma percepção sobre as nuances de repetição e reprodução das formações discursivas hegemônicas, em contraposição a rupturas e problematizações que impulsionem mudanças.

Portanto, buscou-se, neste estudo, analisar os discursos sobre barreiras para a abordagem da violência contra as mulheres, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Metodologia

Adotou-se, neste estudo, a abordagem teórico-metodológica da Análise de Discurso Crítica (ADC). Nesse sentido, é um trabalho de natureza qualitativa com paradigma interpretativo crítico (Ramalho; Rezende, 2011). A ADC é uma abordagem que integra análise textual e social, com o objetivo de investigar questões relacionadas à dialética entre linguagem e sociedade, cujo principal elemento é o discurso. Em sua vertente Dialético-Relacional (Fairclough, 2003), a ênfase está na articulação entre eventos sociais, práticas sociais e estruturas sociais, indicando, por meio da linguagem, como se constroem significados que definem as ações, representações e identificações do sujeito em sociedade.

A prática social é considerada um nível intermediário entre o nível mais abstrato da vida social, que seriam as estruturas sociais e o nível mais concreto, que seriam os eventos sociais. Nessa perspectiva, chamada de modelo transformacional, o discurso é um dos momentos ou dimensões da prática social (Ramalho; Resende, 2011). O discurso se manifesta de três maneiras, articuladas dialeticamente: o gênero (formas de agir e interagir), os discursos (formas de representar) e os estilos (formas de identificar-se) (Fairclough, 2003).

A análise proposta tem como resultado a possibilidade de reconhecer efeitos ideológicos que permeiam a produção discursiva dos sujeitos. Em termos amplos, a ideologia pode ser considerada *sentido a serviço do poder* (Thompson, 2011, p. 16). Nem todos os discursos são ideológicos, de acordo com a concepção crítica de ideologia de Thompson (2011). Para serem considerados dessa forma eles devem cumprir a função de estabelecer e sustentar relações de poder assimétricas e, nesse caso, são por natureza hegemônicos. Os modos de operação da ideologia seriam formas de construção ideológica por meio de estratégias discursivas (Thompson, 2011). A ideologia é, portanto, elemento fundamental para compreensão das representações (Fairclough, 2003).

O cenário da pesquisa inclui duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. As Unidades foram selecionadas considerando dados da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (Ceará, 2021). A UAPS 1 (menos de cinco equipes de Saúde da Família, gerenciada por Organização Social) está em uma área com mais ocorrências de crimes relacionados à Lei Maria da Penha, a UAPS 2 (mais de cinco equipes de Saúde da Família, gerenciada pelo município) está em uma área com menos ocorrências.

A produção de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2022, por meio de entrevistas em profundidade, no espaço das UAPS, com 33 ACS que aceitaram participar da pesquisa. Foram incluídos ACS que atuavam nas UAPS selecionadas há, pelo menos, 6 meses, e foram excluídos aqueles que estavam afastados no período de realização das entrevistas. Todos os ACS que atendiam aos critérios de inclusão foram abordados pessoalmente, nas UAPS, e convidados a participar da pesquisa, nove recusaram participar. Por meio das entrevistas, reuniram-se informações sociodemográficas e apresentou-se a questão disparadora: “Você poderia falar sobre o atendimento às mulheres em situação de violência na [Nome da UAPS]?”. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 21 minutos.

Para a análise, todas as entrevistas foram transcritas, formando o *corpus* textual. O software ATLAS.ti 22 foi utilizado para suporte à codificação e à análise textual. Cada citação de entrevista recebeu um código alfanumérico que permite identificar o trecho e o ACS que o

produziu (T1-ACS1, T2-ACS1, T3-ACS4...), facilitando a referência aos trechos durante a discussão. Itens textuais relevantes para a análise microlinguística foram destacados em negrito.

Conforme as recomendações de análise da ADC (Fairclough, 2003), as primeiras leituras tiveram o objetivo de aproximação com o material e de definição da categoria analítica que melhor atenderia ao objetivo do estudo. A categoria selecionada foi *interdiscursividade*, que corresponderia à articulação de diversos discursos num mesmo texto (Fairclough, 2003). As leituras seguintes tiveram o objetivo de codificar o *corpus*, buscando: a) principais temas; b) perspectivas discursivas na abordagem desses temas.

Esse processo resultou na identificação de quatro categorias temáticas: 1. Processos de Trabalho; 2. Caracterizações do Território e dos Atores Sociais; 3. Concepções sobre Violência; 4. Barreiras. A ADC tem como uma de suas premissas a interdisciplinaridade, nesse sentido, os discursos das categorias também foram analisados considerando a concepção crítica de ideologia de Thompson (2011) e discussões do campo dos Estudos Culturais (Woodward, 2014) e dos Estudos de Gênero (Segato, 2003).

A pesquisa atendeu aos critérios da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Os ACS entrevistados se declararam, em sua maioria, mulheres (28) negras ou pardas (28), casadas ou em união estável (16), católicas (17), naturais de Fortaleza (27), com idade entre 36 e 68 anos (14 entrevistados tinham entre 50 e 59 anos). Quanto à escolaridade, 18 participantes cursaram o Ensino Médio completo e 12 pessoas completaram o Ensino Superior, sendo quatro delas já pós-graduadas. Os pais dos entrevistados, em sua maioria (27 pais e 28 mães), não eram escolarizados ou cursaram, no máximo, o Ensino Fundamental completo.

A média da renda familiar declarada foi de, aproximadamente, dois salários mínimos e meio. Entretanto, para 16 entrevistados, a renda familiar era menor que dois salários mínimos. Três participantes afirmaram que realizam outras atividades de trabalho (plantões e *home care*). Os outros 30 participantes não têm vínculos de trabalho extra, mas seis deles realizam trabalhos informais (por exemplo, entregas e venda de artesanato). O tempo de trabalho variou de 8 a 27 anos, 24 entrevistados tinham entre 10 e 15 anos de trabalho como ACS.

Os resultados da análise, por categoria, são detalhados a seguir:

Processos de trabalho

No que se refere às intervenções, manifestam-se discursos relacionados ao trabalho em equipe, sinalizando que o acompanhamento dos casos pelos ACS ocorre, principalmente, quando eles comunicam as situações identificadas à equipe de saúde da família, discutindo e tomando decisões em conjunto. Esse discurso, entretanto, não é generalizado, uma vez que alguns entrevistados sequer chegam a comunicar os casos à equipe. Além disso, é um discurso que entra em conflito com outros, como o de que alguém com mais competência (um enfermeiro, um coordenador, um especialista) deve ser responsável pelo caso. Nesse sentido, os procedimentos para encaminhamento do caso, em geral, não são acompanhados pelos ACS.

Os relatos sobre atendimento também manifestam discursos jurídicos, considerando como abordagem possível, para o ACS, a de orientar para a denúncia, e discursos biomédicos, enfatizando necessidades físicas de saúde. Alguns entrevistados mencionaram a importância das políticas públicas, com discursos de proteção social pelo Estado, que deveria evitar casos e proteger as mulheres em situação de violência.

Embora a maioria dos entrevistados tenha declarado que percebe poucos ou nenhum caso de VCM em seu território, era frequente que narrassem situações de violência observadas durante o trabalho, indicando um discurso contraditório sobre a percepção do problema. Muitos casos só eram conhecidos por relatos de vizinhos, vozes recorrentes nas narrativas dos ACS. O reconhecimento das situações de VCM depende de conhecimentos e concepções a respeito dessa questão. É preciso reconhecê-la como problema social, nomeá-la e buscar soluções.

Ao serem questionados sobre o conhecimento de leis ou normas sobre VCM, nove entrevistados não conseguiram citar nenhuma lei, entre os que conseguiram, apenas a Lei Maria da Penha foi lembrada. As narrativas sobre identificação e acompanhamento de casos transpareceram, de um modo geral, desconhecimento sobre normas e procedimentos, embora 13 pessoas entrevistadas tenham declarado já terem participado de formação específica sobre VCM (20 pessoas não participaram de formações específicas).

Os trechos abaixo permitem visualizar alguns desses discursos:

Existem reuniões semanais, onde a gente expõe esses problemas pra nossa **equipe**, pro **enfermeiro**, e a partir dali a gente tem a **tomada de decisão**, o que fazer com esse caso, né. Aí é feito uma comunicação... é... através de CI [Comunicação Interna], mesmo formal, pra **regional**, e a regional toma as providências com relação àquela violência... e... e a gente passa a **acompanhar com mais frequência** aquela família, né, passa a **marcar mais** que a mãe venha e traga a criança, pra... pra ser **avaliada**, ser **visitada**, e a gente passa a ter mais acompanhamento... **Ou cessa o problema**, ou acaba, porque a gente tá mais de perto, **ou vai pra outras vias**. (T1-ACS1U1)

É como eu digo, aqui, **da Saúde, a gente não tem autonomia de tá intervindo** nas coisas de uma forma, digamos, **agressiva, como a Segurança Pública**, que pode intervir... só a presença deles lá já é uma intervenção, né. E a nossa não é, né? (T2-ACS19U2)

Ela... ela **vivia apanhando**, aí ela vinha pra cá com o olho... com aqueles, como é, os famosos Ray-ban, né, os **olhos roxo, pancada. Ela falava que era queda**... Ela vinha se consultar aqui, ela era **diabética, hipertensa**... era não, é. Diabética, hipertensa, e... nunca... nunca... assim, a... a unidade ou a equipe da... da saúde da família, foi a fundo, investigar. Só consultava, era consultada, ali, passava ali, e ia pra casa. Ela... **ela contava a versão dela**, também ninguém vai desmentir, né, ela dizia que caía, que tinha batido não sei aonde... [...] Os **vizinho**, às vezes vinha me contar, **pensando que eu podia fazer alguma coisa, né, como agente de saúde**, eu digo ‘mulher, isso **só quem pode resolver esse problema é ela mesma**, ela vai numa **delegacia**’... Mas agora, agora, ultimamente, que ela saiu da área, ele parece que se... Ela teve um **AVC**, não sei se foi por conta... (T3-ACS2U2)

Mas é aquele... aquele velho problema, **as mulheres, elas apanham, mas elas não deixam o companheiro**. Nesse caso, **a gente não pôde fazer muita coisa**. Ela não queria ir adiante da **denúncia**. Só mesmo o **procedimento clínico**, mesmo... E aí **a gente orientou, a gente conversou, a gente deu até algumas diretrizes que ela podia ir**, né, como a Casa da Mulher de apoio... **Mas, acredito que... ela não foi, não**. [...] No caso da violência mesmo, seria o **escutar** de forma... mais profunda, e a **conscientização**, de que **às vezes as pessoas precisam de ajuda, as mulheres, pra elas, até, se reconhecer, ou se... descobrir, como mulher, de descobrir que ela pode**. [...] Então, tem horas que eu vou ver uma casa e eu vou **escutar**, eu vou **escutar**, né... (T4-ACS8U1)

Nunca tive, assim, **uma coisa mais violenta, mesmo, da mulher apanhar todo dia**, né, de chegar a ir a delegacia... Não, **nunca tive esses relatos**. (T5-ACS11U2)

É necessário registrar que cinco ACS mulheres relataram situações de violência no âmbito de seu trabalho como ACS, inclusive assédio sexual, durante visitas domiciliares. Nenhum ACS homem relatou situação específica de violência durante suas visitas.

Teve um período que a gente, agente de saúde, a gente teve que trabalhar em outro bairro por conta da dengue, certo? E... a gente tinha que entrar numas casas, olhar o quintal e tudo... e... e **nesse entrar no quintal, muitos idosos... sessenta anos, aposentados, homens, queriam passar a mão na gente, alisar, oferecer dinheiro**... e... e isso **não deixa de ser um tipo de... de violência também**, que a gente passa... (T6-ACS1U1)

Caracterização do território e dos atores sociais

A forma como os entrevistados realizam a representação de atores sociais em seu discurso sugere uma percepção das mulheres que sofrem violência como submissas e, as que não sofrem, como independentes. Sinalizam-se, portanto, discursos da mulher que sofre

violência como vítima, incapaz de se deslocar dessa posição. Além dessa perspectiva, chama atenção que diversos entrevistados comentaram sobre mulheres que também são violentas, reproduzindo um discurso de equivalência entre a violência praticada por homens e mulheres.

Considerando que muitas mulheres mencionadas pelos ACS eram adolescentes, também surgiram discursos sobre o jovem *complicado*, seja por envolvimento com o tráfico, pela gravidez na adolescência ou por não se dedicarem aos estudos.

Os homens que praticam violência são representados, principalmente, pelo discurso do agressor como usuário de drogas, mas também aparecem representações sobre ser *violento, desequilibrado, traumatizado*.

Nas narrativas de acontecimentos e diálogos específicos, eram frequentes as representações de discurso, por meio da inclusão de outras vozes como estratégia discursiva, num processo que remete à intertextualidade. Algumas vozes referenciadas foram: da mulher que sofre violência (geralmente, recusando-se a denunciar), do homem que pratica a violência (demonstrando agressividade), do vizinho que percebe a violência (geralmente, recorrendo ao ACS para orientações e intervenções) e da mídia que noticia a violência (principal fonte citada para informações sobre VCM).

Os trechos abaixo exemplificam algumas dessas representações:

Às vezes eu paro, assim, pra assistir um pouquinho, **Cidade Alerta** [...] Elas se... elas se envolvem com esses... **traficante, esse povo, né, essas moça, tão bonita, tão nova, cheia de vida, tudo bonitas... elas se envolvem com esse povo, aí dá no que dá...** termina eles matando ela, né. (T7-ACS15U2)

Essas mulheres, eu vou caracterizar elas como... elas não têm... não existe uma idade estabelecida, não existe um... um... um... um padrão social estabelecido, e nem de escolaridade. Eu acho que a gente tem famílias mistas na área, tem desde pobre, pobre, a famílias mais esclarecidas, com um ganho melhor, e **todas passam, por algum momento da vida, por alguma violência**. Eu acho que até as pessoas, hoje, mais esclarecidas, se elas não tiverem **autoconhecimento**, pra entender isso... elas... elas também aceitam esse tipo de violência. **E as mais carente, sem escolaridade, onde existe o alcoolismo ou problema com drogas, sim, tem violência física, sim.** (T8-ACS1U1)

Tirando isso, na nossa área é bem, **bem calmo** mesmo. As mulheres são... As mulheres da minha área **trabalham**, são... **não depende de marido**, né. São **independente** de qualquer coisa, trabalham, **tem os filhos, elas mesmo cuida**, tem mulher lá que o marido deixou, que já formou os filhos... É uma área que as mulheres são mais... **cabeça aberta**. (T9-ACS2U2)

Tem muitos casos de homens que apanham da mulher, **tem muitos casos!** Pode não tá registrado, mas tem! Eu conheço muita **mulher violenta, mulher valente!** (T10-ACS6U1)

Os territórios atendidos pelas UAPS são compostos de áreas heterogêneas. Áreas mais *tranquilas* teriam mais moradores idosos e melhores condições socioeconômicas. A existência de diferenças sociodemográficas caracteriza o que os ACS chamam de *área mista*.

O território pode ser descrito como lugar de criminalidade, mas também há famílias *boas*. Nesse sentido, alguns destacaram as diferenças na percepção de quem mora e de quem não mora no bairro. O discurso sobre periculosidade é o único que aparece no caso de quem não mora. No caso de quem mora, são possíveis, por exemplo, discurso sobre a solidariedade da comunidade. Apesar dessas diferenças, alguns ACS também reproduziram discursos associando pobreza e falta de educação, *cobrança* e violência. Outros discursos foram sobre a atuação da polícia nesses espaços, com violência ou corrupção.

ACS que moravam há mais tempo no território fizeram ricos relatos sobre a história desses lugares, destacando contradições das lutas sociais que explicitavam discursos sobre o direito à moradia. Muitas mudanças percebidas são relacionadas à ocupação por facções.

Essas perspectivas sobre o território estão representadas em alguns trechos:

A minha área atual, é um povo **muito esclarecido**, é um povo mais... **elitizado**... A antiga, é... o povo **mais barraqueiro**, né, mais... **não teve muito estudo**... por isso que **eu dava muita atenção a eles**. Só que... é... o povo, **você dá, dá, e você... sempre é cobrado**? Tu faz, faz, tu nunca, nunca é suficiente... Aí, já essa área nova que eu tô, **o pouco que tu faz, a pessoa é agradecido**, né. (T11-ACS3U1)

Ah... nosso bairro... ultimamente, **muito perigoso**, devido às **grandes guerras de facções**, né. Nosso bairro é dividido, então... a gente... **a qualquer momento acontece**. Você tá na área e... acontecer alguma coisa. Já aconteceu de eu tá na área, numa rua, **na outra rua o meu cunhado foi morto**. (T12-ACS8U1)

Foi, a minha casa foi construída com... em regime de mutirão, né, a gente teve todo um... um **trabalho da comunidade**... [...] Era mais, mesmo, **por causa da moradia, sabe, aquela união... com a comunidade, pra conseguir a moradia**. (T13-ACS21U2)

Concepções sobre violência

As referências a mecanismos estruturantes da violência foram, principalmente aos discursos machistas, em que o homem busca ter o controle da mulher, e discursos feministas, de resistência a essa tentativa de dominação. Também foram mencionados com frequência discursos de naturalização da violência.

Ao falar de *motivos* ou *justificativas* para a violência, o discurso sobre consumo de álcool e drogas foi o mais comentado, assim como discursos sobre a submissão e dependência da mulher como justificativa para permanência na relação.

Mecanismos e justificativas da violência estão exemplificados abaixo:

Eu acho que **a gente, como mulher**, começa a sofrer violência desde pequena, **desde criança já sofre, e às vezes não identifica como uma violência**. (T14-ACS1U1)

A gente não se pergunta por quê, só sabe **acusar**, né. **A maioria** não faz isso? Acusa, 'ah, mulher, **tu é muito abestada**, tu é besta, **tu se submete** a esse tipo de violência', mas a gente não sabe **o real motivo por que é que ela se submete** àquilo. [...] Eu ouvi da boca de um homem que reside na área 'ah, essas invenções de leis, agora, a gente não pode mais bater...', aí o outro disse assim 'ó, eu não sou nem besta, **eu mato é logo**', entendeu? Olha como é que é a mente. Porque o homem acha que a mulher, na mente dele, o **machismo, a mulher é um objeto**, que tá ali, na hora que eu quero, que eu preciso é minha, o objeto é meu, **eu faço o que eu quiser**. [...] **Eu acho que ainda precisa mudar muita coisa**. Mesmo com tudo, televisão falando, né, das leis, pra mulher denunciar, mas... ainda existe muito... muita coisa, ainda, a ser feita. Infelizmente, né. [...] **Derrubar esse machismo**. (T15-ACS11U2)

Mas é aquelas pessoas que... **nasceram Amélia**... que num... que pelo... pelo **luxo**... pela **casa linda**, pelas **unhas bonita**, pelo cabelo, pelas roupas, né... é... por uma vida... que elas não têm como buscar, elas **se assujeitam a continuar**. [...] Então, elas... começam a se relacionar com essas pessoas, que tem o poder aquisitivo, né, eles começam também a soltar [dinheiro], né. **E quando elas não apanham deles, apanham das mulheres, né, das que já existem**... isso acontece. [...] Assim, **a falta do amor por si própria**, eu acho que quando você permite que alguém te fira, que alguém te maltrate, é falta de amor próprio por ti. **Tu só ama o outro, não ama a si. Eu me amava demais pra isso**. (T16-ACS12U2)

Os tipos de violência mais frequentemente citados foram a física, a psicológica e a sexual. Muitos entrevistados ficaram em dúvida sobre classificar ou não certa situação como violência. No que se refere às experiências pessoais, ficaram divididas entre violências vivenciadas contra si e violências contra familiares e conhecidos. Apenas um ACS homem relatou ter vivenciado violência pessoal, na infância, praticada por seu pai. Os companheiros ou ex-companheiros foram os agressores mais frequentes das violências vivenciadas pelas ACS. As violências física e psicológica foram as mais frequentes. Conhecimentos, informações e conscientização foram mencionados como importantes para romper o ciclo de violência.

Os seguintes trechos são exemplos desses relatos pessoais:

Não, ele... **ele fazia ameaças**... é... de... de... como é que se diz... às vezes ele ameaçava me bater, levantava a mão, ficava fazendo coisa... é... de **tirar os**

meus filhos de mim... eram ameaças, assim, **muitas vezes eu era estuprada**, porque eu não queria ter relações com ele... e ele fazia aquelas... sexo, à força, né, e tudo... eu chorava muito, estupro não só... é... vaginal, **mas também anal, que eu tenho horror, assim, eu tenho pânico a isso.** (T17-ACS3U2)

Da minha irmã. Ó... da minha irmã... hoje ele já faleceu, graças a Deus, que **ele dizia que ia deixar ela em cadeira de roda.** **Aí aquilo me assustou muito**, eu quase perdi meu casamento, porque eu me meti, sabe? [...] Ele deu **muito** na vida dela, né, **muito, muito, muito.** (T18-ACS8U2)

Barreiras

Os ACS realizam intervenções diante de situações de violência, entretanto, algumas questões dificultam ou impossibilitam esse trabalho, como: burocratização, cobrança por números, sobrecarga, mudanças no foco de atuação com pouco espaço para realização de grupos e outros tipos de atividades de promoção à saúde e de educação em saúde e ênfase em aspectos biomédicos, direcionados para a *cura*.

Também foram significativos os discursos sobre preservar a intimidade e os desafios de realizar intervenções em famílias com quem há vínculos pessoais.

Muitos entrevistados revelaram percepções em que, ao tempo em que destacavam a importância da Lei Maria da Penha, também afirmavam que ela não atinge seu objetivo de proteção à mulher. Nessas construções discursivas, é marcante o discurso sobre impunidade.

Exemplos dessas barreiras podem ser observados nos trechos:

O nosso país não tem lei. Não tem lei para quem não presta, **só tem lei para quem presta.** [...] Porque se o camarada que bate na mulher **fosse preso**, mesmo, passasse ali dez anos, vinte anos preso ali, **ele nunca mais tocaria numa mulher! Perdoe a expressão**, eu acho até que **ele viraria... ele deixava de gostar de mulher**, só pelo fato de ter passado dez anos na cadeia! Agora, se não tem lei, aí fica difícil. (T19-ACS6U1)

É... **não existe esse... acolher de imediato.** O SUS, ele tá **superlotado**. Até aqui, você vê, no posto, é **superlotado.** **A gente tenta trabalhar de uma forma**, aí vem as **receitas controladas**, que alguns usam... (T20-ACS8U1)

Eu tentava, também, não naturalizar. [...] **Por você ter tanta intimidade com aquela pessoa**, assim, de conhecer de muito tempo, desde criança, da **infância**, da **juventude**, brincou com a pessoa... Que, às vezes, se torna algo natural, não é verdade? **Não é pra ser, mas, infelizmente, às vezes se tornam.** (T21-ACS12U1)

A gente não tem mais os grupos, vamos retornar um grupo agora, na próxima semana, sabe... Falta... falta isso... **Ter mais vínculo dentro da comunidade.** A gente tá muito, assim, **disperso.** Aí isso vai **desmotivando** a gente. [...] E, também, a... essa **gestão**... ela não vê esse lado. Não vê. **O problema da gestão é quantidade, não qualidade de trabalho.** (T22-ACS11U2)

Um dos temas frequentes ao falar das barreiras foi o silêncio da mulher, que não conta sobre a violência sofrida, ou, quando conta, não quer denunciar. Em geral, os entrevistados supõem que essa dificuldade está relacionada a algum nível de dependência e medo de não conseguir se sustentar e aos filhos. A vergonha também foi citada entre os motivos para o silêncio. Poucos relatos problematizaram a própria dificuldade e disposição, do ACS, para construir uma relação de confiança com essas mulheres. Alguns entrevistados denunciam a naturalização da violência, outros a reproduzem em seus próprios discursos.

Abaixo, observam-se exemplos dessa percepção sobre o silêncio da mulher:

É como eu lhe disse, **a dificuldade parte pelo lado da pessoa que tá sofrendo**, né? [...] Geralmente são pessoas que **são dependentes** umas das outras, né? Ficam com **medo**, né? Muitas vezes tem **medo** de perder porque **vai passar fome com os filhos...** (T23-ACS19U2)

Eu acho que era mais isso mesmo, a questão de **conseguir abordar** a pessoa, né, assim, pra que ela tenha essa **confiança**. É tão **difícil**, né, algo assim, **vai muito da pessoa confiar ou não**, né? (T24-ACS10U1)

Bem, **aqui no posto**, eu já vi um bocado de coisa aqui. **Uma vez eu vi um chibateando uma mulher, bem aqui na porta. Foi peia!** Aqui, ó [aponta a entrada da unidade]. (T25-ACS15U2)

Como barreira específica, de forma independente, a mais mencionada foi a questão do risco e do medo associado a ele. Morar e atuar como ACS em territórios marcados pelas disputas do tráfico, especialmente considerando que são regiões de fronteira entre diferentes facções, revelou-se um dos principais desafios para enfrentar temas como a VCM. As mulheres também não contariam por medo. Discursos sobre risco e periculosidade surgem em relatos como este:

A gente é vigiado... eu sou vigi... eu sei que eu **sou vigiada** ali dentro. Eu sei, que já me disseram. Porque eu tenho que fazer... eu tenho que entrar na casa, ou falar na porta, na rua, **só sobre a saúde**, eu não posso, em momento algum, direcionar o meu trabalho pra perguntar alguma coisa. [...] Ai... **a gente tem que se calar, de certa forma**, né. Aquelas que a gente já tem mais **contato**, já é mais **aberta**, a gente já vai **orientando, incentivando**, pra aquilo dali ser repassado... **A gente planta uma sementezinha aqui, pra poder contaminar mais na frente**. Essa é a forma que eu procuro fazer, né. Que é a parte de, realmente... às vezes a pessoa diz 'ai, mas você é **omissa**', mas a situação que a gente passa... né... **eu posso sofrer uma violência**, né. Fica complicado a gente se envolver. Você tá me entendendo, né? (T26-ACS11U2)

Os ACS revelaram falta de informações e de processos formativos relacionados ao enfrentamento à VCM. As entrevistas apontam, também, a importância da educação e informação para a mulher situação de violência, não conhecer seus direitos seria uma barreira

para o enfrentamento da situação. Percebem-se, então, discursos sobre direitos das mulheres e sobre a educação como força transformadora.

Eu queria lhe dizer o seguinte, seria interessante **você** reunir a... os ACS, pra... dar, assim, tipo uma **palestra**, trazer uns **papéis**, porque, como você me perguntou aí... é... **eu não sei quais são essas redes**... essas outras... esses centros de referência, entendeu, eu não sei onde fica, quem são... Então, **é uma deficiência nossa**. (T27-ACS14U2)

Discussão

Os discursos de ACS sobre barreiras para atendimento a mulheres em situação de violência perpassam campos diversos, mas interconectados. Desse modo, os relatos desvelam: processos de trabalho e as ideias que esses profissionais tomam como fundamentos para sua atuação; caracterizações do território e dos atores sociais que sinalizam percepções sobre as pessoas e o território atendido; concepções que reúnem as compreensões construídas, muitas vezes a partir da própria vivência, sobre o que é a VCM e como enfrentá-la; e explicações sobre as barreiras que explicitam as dificuldades enfrentadas para abordar essa questão. Todos esses elementos contribuem para entender a atuação dos ACS diante da VCM.

Alguns dos mais importantes efeitos dos textos são os efeitos ideológicos, que se manifestam por meio de estratégias discursivas (Thompson, 2011) reconhecidas nas entrevistas. Observa-se o mecanismo da racionalização dando legitimidade aos discursos biomédicos e baseados no poder do especialista (T1 a T5). Os entrevistados constroem uma cadeia de raciocínio para justificar situações em que o seu próprio atendimento é feito de maneira limitada, ou é transferido para outras instituições ou profissionais. O trecho T1 indica um fluxo para os casos, em que o enfermeiro e a regional são os principais responsáveis pelas decisões, enquanto “a gente” faz “acompanhamento”. No campo da saúde, alguns discursos, como o discurso médico, constroem uma identidade fundamentada em competências, ou seja, um suposto saber associado a um poder que posiciona esses sujeitos como orientadores das famílias (Magalhães, 2000). Nesse sentido, os ACS estariam posicionados como profissionais com menos poder no âmbito da eSF (Equipe de Saúde da Família).

Apesar desses discursos, que legitimam ideologias, também foi possível perceber a manifestação de discursos contestadores, que se contrapõem às construções ideológicas (Thompson, 2011). Os trechos T1, T4 e T26, valorizam a escuta, a orientação e o acompanhamento próximo dessas mulheres, indicando que existem tensionamentos e uma tendência de pensamento mais relacionada aos princípios que devem embasar o trabalho do ACS no contexto das VCM (Signorelli; Taft; Pereira, 2018; Saboori *et al.*, 2022).

Em T4, especialmente, observa-se a oscilação entre a perspectiva de que só restava o “procedimento clínico” e a de que vai “escutar”. A existência dessas contradições sinaliza uma disposição para a mudança discursiva e de práticas sociais, com abertura para discursos críticos e emancipatórios por parte de atores sociais reflexivos (Magalhães *et al.*, 2022)

Ao explicitar as barreiras frente às situações de VCM, os trechos T20 e T22 indicam uma percepção de mudanças no cenário de trabalho desses profissionais, destacando-se discursos ligados a políticas de gestão e lógica do trabalho que fortalecem o modelo biomédico na assistência à saúde. Em T20, a superlotação e o tempo dedicado às “receitas controladas” impedem trabalhar “de outra forma”. Em T22, afirmações categóricas descrevem situações como a redução das atividades de grupo atrapalham o vínculo, deixam os ACS “dispersos” e “desmotivados”, enquanto a gestão parece mais preocupada com a “quantidade” do que com a “qualidade”. As discussões pontuadas reverberam reflexões sobre o trabalho do ACS num contexto de precarização das relações de trabalho e de reformulações do próprio papel desse profissional como construtor do SUS (Morosini; Fonseca, 2018; Nogueira, 2019).

Em T2, T3 e T4 o distanciamento da saúde é maior, já que os acompanhamentos possíveis para a situação de violência dizem respeito à Segurança Pública, embora em T1 também sinalize uma incompatibilidade entre as abordagens da saúde e da segurança, se aquela não “cessar o problema”, “vai para outras vias”. No trecho T2, essa percepção vem associada à uma ideia de que seria necessária “autonomia” para intervir de forma “agressiva” na situação de violência, o que não seria possível na saúde.

Nessas abordagens, o foco dirige-se para a denúncia, com intervenção da polícia, como o único caminho possível e/ou como algo que só pode ser feito pela mulher. Esse é um modo de operação da ideologia por meio da fragmentação, em que a diferenciação, no caso entre a atuação de profissionais de saúde e de segurança pública, é a justificativa para representar a saúde como um campo sem poder para intervir e modificar as situações de violência.

O trecho T19 insere-se nesse contexto de distorção sobre o papel de cada instituição na rede de enfrentamento à VCM. A afirmação, categórica, que “O nosso país não tem lei”, “só tem lei pra quem presta”, remete ao discurso sobre impunidade como razão para que crimes continuem existindo. As distorções sobre o problema social da violência também aparecem associados a preconceitos. Na ideia de que, sendo preso, o agressor “viraria...”, há uma ocultação da palavra após o verbo, optando pela formulação “deixava de gostar de mulher”, insinuando que haveria uma mudança para a orientação sexual homossexual e que isso eliminaria a possibilidade de prática da VCM. O entrevistado associa a VCM, exclusivamente, ao homem heterossexual, mas esse problema está ideologicamente estruturado na sociedade.

O enfrentamento à VCM, que é um problema social complexo, não deve estar limitado às ações de judicialização e punição, sendo necessário considerar a existência de disputas e investimentos ideológicos, até mesmo, no campo judiciário (Freitas, 2014). Discursos como em T19 se fundamentam em uma concepção de que a VCM é uma ocorrência que deve ser solucionada com ações punitivas, concepção que produz naturalização e reificação de um problema sócio-histórico e ignora os tensionamentos sociais que colocam a violência no espectro da normalidade (Segato, 2003).

Em T5, a racionalização sobre a inexistência de casos advém de uma compreensão limitada da violência como “apanhar todo dia”. A importância de informações e formações sobre a VCM foi expressa por vários ACS, por exemplo no trecho T27, em que a demanda de “palestras” e “papéis” é apresentada à própria entrevistadora. A demanda é justificável, considerando que 20 pessoas não participaram de processos formativos sobre VCM e que, entre as 13 participaram, havia muitas lacunas nos conhecimentos sobre a composição e papel da rede e sobre encaminhamentos possíveis.

Nesse contexto, T24 expressa a dificuldade de “conseguir abordar” e projeta essa dificuldade sobre a mulher em “vai muito da pessoa confiar ou não”. Ainda no que se refere a conhecimentos, também foi mencionado que as mulheres precisam deles, seja na perspectiva do “autoconhecimento”, como em T8 e de “conscientização”, em T4.

O desconhecimento de normas, associado à falta de planejamento e discussão sobre o tema nas unidades, torna os ACS mais vulneráveis à reprodução de ideologias, como é possível observar pela manifestação de discursos que reforçam ideias hegemônicas. O desconhecimento não tem a ver, apenas, com nível de formação, haja vista que boa parte dos entrevistados tinha, inclusive, formação de nível superior. Cursos pontuais sobre determinadas questões não são uma solução definitiva (Morosini; Fonseca, 2018). Destaca-se a importância de experiências formativas que contribuam para desconstrução de preconceitos (Machado; Teixeira; Possa, 2019) e que sejam baseadas em alternativas pedagógicas questionadoras de desigualdades sociais e acolhedoras de saberes populares dos ACS (Menezes *et al.*, 2018).

A barreira específica mais citada pelos ACS foi o medo que impediria de realizar os atendimentos. A origem desse medo é explicitada, por exemplo, em T26, ao relatar que é “vigiada” e que pode falar “só sobre a saúde”, não por ser “omissa”, mas pelo risco de “sofrer uma violência”. O medo de sofrer retaliações por intervir em uma situação de VCM está relacionado ao território de atuação desses ACS, que é descrito em T12 como “muito perigoso”, cenário de “guerras de facções”.

As avaliações, definidas como expressões do que é bom ou mau, desejável ou indesejável (Fairclough, 2003), estão presentes em diversos trechos das quatro categorias, mas elas são marcantes nas descrições do território. As formulações do trecho T11, por exemplo, utilizam avaliações do tipo declaração com processos relacionais para definir atributos das áreas e pessoas atendidas. Há uma construção de sentido pela associação dos adjetivos “esclarecido”, “elitizado”, “agradecido”, que se opõem a “barraqueiro”, “sem estudo”, “que cobram”. Do ponto de vista dos modos de operação ideológicos, percebe-se uma unificação, por meio de padronização, posto que as características percebidas em pessoas daquela área passam a ser atributos de todas as pessoas que a ocupam. A construção de representações negativas e estereotipadas sobre a comunidade que ocupa o território pode levar a ações de saúde higienistas e individualistas, que tendem a ser acríicas, não viabilizando abertura para a transformação da prática social (Magalhães *et al.*, 2022).

Nesse sentido, é relevante observar a expressão “a gente”, que assume função pronominal equivalente ao “nós” e foi mais frequente nas categorias um e quatro, que remetem à atuação do ACS, do que nas categorias dois e três, que abordam percepções sobre território, atores sociais e concepções de violência. O “a gente”, assim como o “nós”, constrói uma noção de identidade de grupo (Fairclough, 2003), utilizado nas entrevistas em duas perspectivas: o falante integra-se ao grupo de profissionais da saúde em geral ou de ACS, especificamente; o falante integra-se ao grupo da comunidade. Apenas os trechos T12 e T13 trazem “a gente” como indicativo de participação na comunidade, sendo que o trecho T13 indica aspectos positivos do pertencimento, como ao falar da “união” na luta por moradia.

Entre os 12 ACS da Unidade 1 entrevistados, 8 moram no território. No caso da Unidade 2, 20 dos 21 entrevistados moram no território. Os ACS moram no território, vivenciam a violência, mas, ao se apresentarem como “a gente” profissional de saúde, muitas vezes, reproduzem discursos ideológicos, indicando uma dificuldade de se perceber parte desses locais, de perceber o outro como semelhante e colaborando para manutenção de desigualdades sociais e de grupos estigmatizados (Machado; Teixeira; Possa, 2019).

A estratégia ideológica de unificação por padronização também favorece a construção de uma oposição “nós” e “eles”, especialmente se associada à fragmentação por meio de diferenciação ou de expurgação do outro ou da legitimação por meio da racionalização. Esse processo ocorre em representações de homens que agridem as mulheres: em T7, o “traficante”, representação propagada também pela mídia, em T8, o problema com álcool e outras drogas. As compreensões e intervenções em torno da violência, nesse caso, ficam limitadas porque não são abordadas as raízes mais profundas do problema.

Ainda no que se refere às representações, há um processo de padronização também das mulheres. As que são independentes, citadas no trecho T9, não sofreriam violência, já as dependentes, como nos trechos T16 e T23, sofreriam violência e não conseguiriam denunciá-la e superá-la. Essa é uma forma de representação de atores sociais pela generalização, que tem o efeito de gerar um distanciamento (Van Leeuwen, 2003) entre essas “mulheres”, representadas de forma não específica, sem nomes, e “a gente”, profissionais de saúde.

A intertextualidade, processo de incorporação de outros textos (Fairclough, 2003), muitas vezes em conjunto com a estratégia ideológica de legitimação por narrativização, incorpora a voz da mulher. Ao observar esses casos, percebem-se tentativas de confirmar que o silêncio sobre a violência é uma escolha da mulher, uma decisão dela, como em T3, “ela contava a versão dela”. Adotar a perspectiva do problema individual, no campo da saúde, leva a não questionar causa, contexto, condições (Magalhães, 2022).

Compreender as representações de mulheres em situação de violência se torna mais complexo se considerarmos que, assim como na questão do território, muitas ACS estão entre as mulheres que vivenciam violências. Às vezes no contexto do próprio trabalho, como em T6, em relações com parceiros íntimos, como em T17, ou com pessoas próximas, como em T18.

Dialeticamente, também é importante destacar que os ACS, e as ACS mulheres, não são um grupo homogêneo. Há diferenças no posicionamento social desses sujeitos e nas experiências de violência pessoais e no trabalho. É necessário desfazer concepções essencialistas da identidade dessas mulheres (Woodward, 2014), reconhecer a heterogeneidade dos subalternos (Spivak, 2010) e suas condições desiguais de acesso ao poder e a diversos recursos (Thompson, 2011).

Nessa perspectiva, destacam-se nuances nas concepções sobre violência das entrevistadas. Algumas destacaram a exposição das mulheres à violência desde cedo, como em T14, outras questionaram os julgamentos impostos às mulheres que silenciam, como em T15. Nesses trechos, a violência é percebida como algo relacionado ao machismo, que vai além do controle da mulher, como indivíduo.

Entretanto, estratégias ideológicas de reificação por meio da naturalização foram observadas, como em T16, ao citar as mulheres que “nasceram Amélia” e “não amam a si”, e o T25, que relata ter presenciado “um chibateando uma mulher” na porta da UAPS sem nenhuma abordagem voltada para a questão. A naturalização da violência está relacionada à dificuldade de nomeá-la, conceituá-la e interpretá-la (Segato, 2003). Em T21, a pessoa percebe uma tendência à naturalização como consequência da intimidade, mas destaca que é algo a ser evitado. O trecho T10, ao mencionar a mulher que agride, “valente”, registra outra estratégia

discursiva observada nas entrevistas, a dissimulação por eufemização, baseada numa suposta equivalência entre a prática de violência por homens e mulheres como uma forma de subestimar a magnitude da violência de gênero do homem contra a mulher.

Considerações Finais

Nessa análise dos discursos presentes nas falas de ACS, focada na construção de significados representacionais, puderam ser compreendidas as construções ideológicas, que são parte das estruturas sociais, que fundamentam as práticas sociais, incluindo sua prática profissional, nos diversos eventos sociais em que ela ocorre (visitas domiciliares, por exemplo). Percebem-se discursos que são hegemônicos e cumprem função ideológica, mas estão em disputa com outros discursos, de contestação.

Considerando a pesquisa realizada, é possível apontar limitações às considerações apresentadas. A mais relevante refere-se ao processo interpretativo intrínseco à ADC. Esse processo não é fechado, existem incompletudes e contradições. Como único enfrentamento legítimo dessa limitação, as escolhas teóricas e de abordagem evidenciadas neste trabalho sinalizam a perspectiva crítica que orientou a análise.

Existem barreiras para a atenção à mulher em situação de violência que são explicitamente reconhecidas pelos ACS, como: a burocratização do trabalho, o silêncio das mulheres sobre a violência sofrida, o medo de intervir e colocar-se em risco e a falta de conhecimento sobre a temática. A pesquisa revelou que existem, também, questões que não são facilmente percebidas pelos ACS, mas que funcionam como barreiras: processos de trabalho que nem sempre colocam a violência como uma demanda de saúde, estereotipizações sobre o território e seus moradores e concepções sobre violência que reproduzem ideias hegemônicas.

A superação de barreiras para o enfrentamento da VCM depende de ações objetivas como participação em processos formativos e adoção de modelos de gestão que respeitem os princípios da APS e da atuação do ACS nesse contexto. Entretanto, as mudanças sociais que já foram sinalizadas nos discursos de contestação precisam ser estimuladas e fortalecidas, por meio de ações dialógicas que visem a desconstrução de estereótipos (sobre o território e sobre a mulher) e a construção de novas práticas sociais.

Referências

ÁVILA, M.M.M. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde - RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-168, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/2067/2360>. Acesso em: 02 mai. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social. **Tabela: Número de Pessoas do Gênero Feminino, Vítimas de Violência Registrada na Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) no Ceará em 2021.** Fortaleza, 7 jan. 2021. Disponível em: https://www.sspds.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/24/2022/01/LEI-MARIA-DA-PENHA_12_2021.pdf. Acesso em: 02 mai. 2023.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing Discourse. Textual analysis for social research.** London: Routledge, 2003.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, INSTITUTO DE PESQUISAS DATAFOLHA. **Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 3ª Edição.** São Paulo: FBSP; Instituto de Pesquisas Datafolha; 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2023.

FREITAS, L.G. Argumentação e discurso sobre Lei Maria da Penha em acórdãos do STJ. **Bakhtiniana, Rev Estud Discurso**, v. 9, n. 1, p. 71-89, jan./jul. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2176-45732014000100006>. Acesso em: 02 mai. 2023.

MACHADO, F.V.; TEIXEIRA, L.B.; POSSA, L.B. Experiência e (des)identificação no enfrentamento de desigualdades e preconceitos na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 891-908, ago. 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/21338>. Acesso em: 02 mai. 2023.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico.** Brasília: Thesaurus, 2000.

MAGALHÃES, I. *et al.* **Language, Literacy, and Health. Discourse in Brazil's National Health System.** Lanham: Lexington Books, 2022.

MENEZES, F.W.P. *et al.* Educação popular e educação permanente em saúde: diálogos na formação de Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior do Ceará. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 173-182, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/907>. Acesso em: 02 mai. 2023.

MILLER, E., MCCAWE, B. Intimate partner violence. **N Engl J Med**. v. 380, n. 9, p. 850-857, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>. Acesso em: 02 mai. 2023.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>. Acesso em: 02 mai. 2023.

NOGUEIRA, M.L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e sociedade**, v. 28, n. 3, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>. Acesso em: 02 mai. 2023.

RAMALHO, V.; RESENDE, V.M. **Análise de discurso (para a) crítica. O texto como material de pesquisa.** Campinas: Pontes, 2011.

SABOORI, Z. *et al.* Community Health Worker Knowledge, Attitudes, Practices and Readiness to Manage Intimate Partner Violence. **J Community Health**, v. 47, p. 17–27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10900-021-01012-0>. Acesso em: 02 mai. 2023.

SEGATO, R.L. **Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos.** Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SIGNORELLI, M.C.; TAFT, A.; PEREIRA, P.P. G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 93-102, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0093.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2023.

SPIVAK, G. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa.** 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VAN LEEUWEN, T. The representation of social actors. *In*: CALDAS-COULTHARD, C.R.; COULTHARD, M. (Eds). **Texts and Practices: readings in Critical Discourse Analysis.** London & New York: Routledge, 2003. p.32-70.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. *In*: SILVA, T.T. (Org). **Identidade e diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais.** 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2014. p.7-72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **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.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 02 mai. 2023.

Sobre os autores

Sofia Dionizio Santos (Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2874-3223>)

Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Rebeca Sales Pereira (Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4292-0425>)

Graduada em Letras pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestre e Doutora em Linguística pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC).

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>)

Enfermeira pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior (Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9483-8060>)

Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Recebido em agosto de 2023.

Aprovado em dezembro de 2023.