



CAMILA DAIANE SILVA

**REPRESENTAÇÕES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E AGENTES
COMUNITÁRIOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER**

**RIO GRANDE
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**REPRESENTAÇÕES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E AGENTES
COMUNITÁRIOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER**

CAMILA DAIANE SILVA

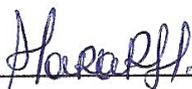
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a Vera Lúcia de Oliveira Gomes

RIO GRANDE
2014

**REPRESENTAÇÕES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E AGENTES
COMUNITÁRIOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em sete de março de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes – Presidente (FURG) 
Dr. Sergio Corrêa Marques – Membro Externo (UERJ) 
Dra. Adriana Dora da Fonseca – Membro Interno (FURG) 
Dra. Sibeles da Rocha Martins - Suplente Interno (FURG) 
Dra. Celmira Lange -Suplente Externo (UFPEL) 

S586r

Silva, Camila Daiane.

Representações de técnicos de enfermagem e agentes comunitários acerca da violência doméstica contra a mulher / Camila Daiane Silva. – 2014.

126 f.

Inclui anexos e apêndices.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

1. Enfermagem. 2. Representações Sociais. 3. Violência doméstica contra a mulher. 4. Técnico de Enfermagem. 5. Agentes Comunitários de Saúde. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. II. Título.

CDU 616-083

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, mesmo que nenhuma palavra possa expressar meu sentimento por você, lhe agradeço por ser mais uma mãe em minha vida.

Enf.^a Dr.^a Vera Lúcia de Oliveira Gomes, seus ensinamentos foram preciosos para minha constante (re)construção, a cada novo desafio proposto. Alguns momentos foram valiosos: estudos, desabafos, conselhos, viagens, turismo, a janela do Rio de Janeiro e as incansáveis discussões sobre um conhecimento que estávamos aprendendo e construindo juntas. Você me proporcionou muitas experiências, sejam acadêmicas, culturais ou sociais. Sem seu suporte, nada disso estaria acontecendo, pelo menos não dessa forma, pois você abraçou minha proposta de finalizar o mestrado em um ano e, somando esforços, realizamos. Obrigada por estar sempre ao meu lado, apoiar-me e incentivar-me, mas principalmente por dedicar seu tempo a ensinar-me. Minha família é imensamente grata por sua dedicação.

Ao meu noivo, Guilherme, pelo total apoio, incentivo, compreensão e suporte. Há um ano e meio formados, batalhamos juntos por nosso futuro, meu mestrado e o teu consultório, ou seria nosso mestrado e nosso consultório? Ambos realizados. Obrigada também, por me proporcionar os momentos de lazer, após horas de produção. Acima de tudo, sua amizade e amor são forças para minha trajetória.

À família, que não permitiu que a distância nos separasse. Obrigada pelas longas conversas ao telefone, o carinho, a compreensão, as orações, a torcida, mas principalmente, quando nos encontrávamos, os olhos cheios d'água e a voz emocionada, demonstrando o orgulho que sentiam.

Aos integrantes do grupo PET-Enfermagem, do GEPEGS e bolsistas de iniciação científica que me auxiliaram na coleta de dados e transcrição das entrevistas. Muito obrigada especialmente ao eterno bolsista e amigo Wilson Gomes, pela disponibilidade de dirigir o seu carro, com emoção, para levar-me até as unidades básicas da zona rural e, pacientemente, esperar a coleta.

À professora Dr.^a Denize Cristina de Oliveira e ao Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e Saúde de Grupos Populacionais, por oportunizarem minha capacitação quanto ao uso do *software* EVOG, bem como análise dos dados referentes às evocações e interpretação dos resultados obtidos.

À banca avaliadora, Sergio C. Marques, Adriana D. Fonseca, Celmira Lange e Sibeles R. Martins, pelo tempo dedicado.

Aos amigos, de perto e de longe, que compreenderam a ausência, estimularam a batalha e vibraram na vitória.

Por último, mas o mais importante, Deus, que colocou todas essas e outras pessoas em meu caminho, que me abençoou com saúde e fé para vencer!

RESUMO

SILVA, Camila Daiane. **Representações de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários acerca da violência doméstica contra a mulher.** 2014. 126 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Caracterizada como fenômeno universal, a violência acarreta incalculáveis prejuízos e agravos à saúde da mulher. No Brasil, embora exista desde 2006 uma lei de proteção, Lei Maria da Penha, os índices de violência contra a mulher são alarmantes. Na maioria das vezes, os atos violentos são ocasionados pelo parceiro íntimo no ambiente doméstico. Sendo esse um cenário de atuação dos Técnicos de Enfermagem(TE) e Agentes Comunitários de Saúde(ACS), acredita-se que a aproximação desses profissionais com as famílias possa facilitar a detecção da violência doméstica contra a mulher(VDCM) em suas diferentes formas. No entanto, sabe-se que muitos são os que reconhecem como violência, apenas aquela que deixa marcas físicas, representando as demais formas como manifestação de ciúme ou simples discussão. Objetivou-se analisar as Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre TE e ACS, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família(UBSF), do município do Rio Grande/RS. Desenvolveu-se o estudo em 19 UBSF, sendo 12 localizadas em zona urbana e sete na rural. A coleta dos dados ocorreu de julho a novembro de 2013, por meio de evocações e entrevistas. Na primeira, foram convidados a participar todos os TE e ACS. Solicitou-se que associassem, livremente, cinco palavras ou expressões frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Para a entrevista, gravada e transcrita, convidou-se parte dos TE e ACS, tendo-se o cuidado de manter a proporcionalidade entre os profissionais e a representatividade entre as zona urbana e rural. Para a análise dos dados obtidos com evocações utilizou-se o *software* EVOC 2005, que permitiu a construção do quadro de quatro casas, a partir da qual se fez a análise de similitude. O material produzido pelas entrevistas foi tratado pela análise de conteúdo. Projeto aprovado pelo CEPAS, sob parecer nº 020/2013. Nas evocações, participaram 154 profissionais, sendo 115 ACS e 39 TE. O núcleo central das representações desses profissionais foi constituído pelos termos agressão, agressão física, abuso, covardia e falta de respeito. Os dois primeiros são elementos funcionais e os últimos, elementos normativos. Das entrevistas participaram 27 ACS e 12 TE. Com elas apreendeu-se que os profissionais têm a representação da VDCM como uma situação que precisa ser denunciada, bem como expressam que faz parte de sua prática de cuidado, assumir esse compromisso ético e legal. No entanto, referem que muitas vezes não denunciam para respeitar o desejo da vítima, deixando para ela essa responsabilidade. Evidenciou-se ainda que havia confusão no emprego dos conceitos de denúncia e notificação compulsória. Concluiu-se que a possível centralidade das representações sociais de TE e ACS acerca da VDCM fundamenta-se em aspectos negativos. Que tal representação apresenta elementos funcionais e normativos, os quais se referem a julgamentos dos profissionais em relação às ações do agressor e à qualificação das formas de

violência. Acredita-se que a análise das representações sociais dos TE e ACS acerca da VDCM possibilite compreender suas práticas de cuidado no cotidiano profissional além de contribuir para o delineamento de estratégias de enfrentamento, incluindo aspectos éticos, legais e de políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Representações Sociais. Violência doméstica contra a mulher. Técnico de Enfermagem. Agentes Comunitários de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Camila Daiane. **Representations of nurse's technicians and Community agents about the domestic violence against woman**. 2014. 126 fls. Thesis (Masters in Nursing) – Nursing School. Programa of post graduate in Nursing. Federal University of Rio Grande, Rio Grande-RS.

Characterized like a universal phenomenon, violence brings incalculable prejudices and injuries to the women's wealth. In Brazil, although have since 2006 a law of protection, Law Maria da Penha, the indices of violence against woman are alarming. Most of the times, the acts of violence are occasioned by intimate partner on the domestic environment. In this scenery of performance of the Nurse's Technicians (NT) and Community Agents of Health (CAH), are believed that the approximation of this professionals with this families come to facilitate the detection of Domestic Violence Against Woman (DVAW) in your many ways. However, has known that many people recognize violence just how that who leave physical marks, representing the other forms like jealous manifestations or simple argument. Aimed to analyze Social representations of domestic violence against the women, between NT e CAH, working in the Basic Health Units of Family (BHUF), in the city of Rio Grande/RS. The Study was developed on BHUF, been 12 localized in the urban zone and 7 in the rural. The data were collected between July 2013 until November 2013, by evocations and interviews. In the first, were invited to participate all the NT and CAH. Had solicited that they associate, freely, 5 words or expression to the inductive term "Domestic violence against women". For the interview, taped and transcribed, were invited some of the NT and CAH, being careful of maintain the proportionality between the professionals and the representativeness between the urban zone and rural. For the analyzing data obtained with evocations are utilized the software EVOC 2005, that was permitted the construction table 4 homes, form which was made analysis of similarity. The material produced by the interviews was treated for the content analysis. Project approved by CEPAS, under the motion number 020/2013. In the evocations, participate 154 professional, been 115 CAH e 39 NT. O central core of representations of this professionals was constituted by the terms of aggression, physical aggression, abuse, cowardice and lack of respect. The two first elements are functional and the last ones, normative. From the interviews, participate 27 CAH and 12 NT. With them has learn that the professionals had the representation of DVAW like a situation that had to be denunciate, and that is part of his practice of care assume this ethical e legal compromise. However, they sometimes does not denunciate to respect the desire of the victim, leaving for her the responsibility. Became evident the confusion in the concepts of denounces and mandatory reporting. Has conclude that the possible centrality of socials representations of NT and CAH about DVAW was fundament on negative aspects. That the representation presents functional and normative elements, with referrer to judgments of professional related to the agressor's actions and to the qualification of the ways of violence. Was believed that the analysis of the socials representation of NT E CAH about DVAW enables understanding his cares practices in the professional routine beyond contribute to the delimitation of strategies of coping, including ethical and legal aspects and health publics politics.

Keywords: Social Representation. Domestic violence against the women. Nurse's technicians. Community agents of health. Nursing.

RESUMEN

SILVA, Camila Daiane. **Representaciones de Técnicos de Enfermería y Agentes Comunitarios acerca de la violencia doméstica contra la mujer.** 2014. 126 págs. Tesis (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Río Grande, Río Grande / RS.

Caracterizada como un fenómeno universal, la violencia causa enormes daños y riesgos a la salud de la mujer. En Brasil, desde 2006, aunque hay una ley para proteger, Ley "Maria da Penha", los índices de violencia contra la mujer son alarmantes. Muy a menudo, los actos violentos son causados por su pareja en el hogar. Ese es el escenario de acción de los Técnicos de Enfermería (TE) y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), creemos que el acercamiento de estos profesionales con las familias pueda facilitar la detección de la violencia doméstica contra la mujer (VDCM) en sus diferentes formas. Sin embargo, se sabe que son muchos los que reconocen que la violencia es sólo aquella que deja marcas físicas, y las otras formas representan expresiones de celos o discusión sencilla. Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de la violencia doméstica contra la mujer, entre TE y ACS, activos en las Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF), de Río Grande / RS. El estudio fue desarrollado en 19 UBSF, siendo 12 situados en el área urbana y siete en la zona rural. La recolección de datos tuvo lugar entre julio y noviembre de 2013, a través de evocaciones y entrevistas. En la primera, se les invitó a participar todos los TE y ACS. Se pidió a asociar, libremente, cinco palabras o expresiones ante la expresión de "violencia doméstica contra la mujer". Para la entrevista, grabada y transcrita, se invitó algunos de los TE y ACS, teniendo cuidado de mantener la proporcionalidad entre los profesionales y la representación entre las zonas urbana y rural. Para el análisis de los datos obtenidos con evocaciones se utilizó el *software* EVOG 2005, que permitió la construcción del cuadro de cuatro casas, a partir de lo cual se hizo el análisis de la similitud. El material producido por las entrevistas se ha tratado por el análisis de contenido. Proyecto aprobado por el CEPAS, bajo parecer nº 020/2013. En las evocaciones, participaron 154 profesionales, con 115 ACS y 39 TE. Las representaciones fundamentales de estos profesionales fue constituida por los términos agresión, la agresión física, el abuso, la cobardía y la falta de respeto. Los dos primeros son elementos funcionales y los últimos, elementos normativos. En las entrevistas participaron 27 ACS y 12 TE. Con ellas se aprehendió que los profesionales tienen la representación de VDCM como una situación que necesita ser delatada, así como expresa parte de su práctica de atención, asumiendo este compromiso ético y legal. Sin embargo, relatan que a menudo no delatan para respetar el deseo de la víctima, dejándola con esta responsabilidad. Se evidenció aun que había confusión en el uso de los conceptos de denuncia y notificación obligatoria. Se concluyó que la probable centralidad de las representaciones sociales de TE y ACS acerca de la VDCM se basa en los aspectos negativos. Que tal representación presenta elementos funcionales y normativos, que se refieren a los juicios profesionales acerca de las acciones del agresor y la clasificación de las formas de violencia. Se cree que el análisis de las representaciones sociales de los TE y ACS acerca de la VDCM permita comprender sus prácticas de

atención en el día a día profesional además de contribuir al diseño de estrategias de afrontamiento, incluidos los aspectos éticos, legales y de políticas públicas de salud.

Palabras clave: Representaciones sociales. Violencia doméstica contra la mujer. Técnico de Enfermería. Agentes Comunitarios de Salud. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR: ASPECTOS CONCEITUAIS ...	18
3.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DA INVISIBILIDADE À LEGISLAÇÃO PROTETIVA	19
3.3 ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	26
3.4 ENFOQUE DOS ESTUDOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER.....	29
3.4.1 Violência contra a mulher na perspectiva de gênero.....	31
3.4.2 Caracterização do perfil da vítima, do agressor e do ato violento	33
3.4.3 Percepções da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher .	36
3.4.4 A visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência contra a mulher	39
3.4.5 (In)decisão acerca da denúncia e da retirada da queixa e as redes de apoio às vítimas	44
4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	48
5 PERCURSO METODOLÓGICO	53
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	53
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	53
5.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	53
5.4 COLETA DE DADOS	54
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	61
6.2 ANÁLISE ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: TE E ACS ...	65
6.3 ANÁLISE DE SIMILITUDE: ÁRVORE MÁXIMA DA REPRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER	74
6.4 ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SELECIONADAS	76
6.4.1 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: categoria profissional.....	76
6.4.2 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: zona de localização das UBSF	82
6.4.3 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: ano de conclusão de curso de formação	85
6.4.4 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: idade dos profissionais	88
6.5 INFLUÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NAS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS VÍTIMAS.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	103

REFERÊNCIAS	106
ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	115
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE	117
ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	118
APÊNDICE A – QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS, SEGUNDO O CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO, TÍTULO, BASE DE DADOS, PERIÓDICO, QUALIS DA ENFERMAGEM, ANO DE PUBLICAÇÃO E ÁREA.....	119
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	123
APÊNDICE C – MAPEAMENTO DAS UBSF POR REGIÕES DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS	124
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E EVOCAÇÕES	124
.....	125
APÊNDICE E – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – ENTREVISTA.....	126

1 INTRODUÇÃO

Frequentemente, ao assistir a um noticiário, folhear as páginas de um jornal ou acessar a internet e as redes sociais, encontram-se reportagens expondo, em nível mundial, as diversas formas de violência doméstica contra a mulher (VDCM). Esse fenômeno universal acomete a população nas esferas cultural, religiosa, social e econômica, de forma que essa violência não se limita ao enfoque jornalístico. Instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) teorizam sobre o problema e cobram do poder público, estratégias inibidoras. Nesse sentido, a OMS conceitua violência como:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (WHO, 2002, p. 5).

Além das instituições, eventos científicos como congressos, jornadas e simpósios debatem o fenômeno da violência. A Convenção de Belém do Pará, em 1994, definiu a violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no âmbito privado”. (BRASIL, 1994, p.1).

Tal forma de violência pode ser visualizada em diferentes cenários e em diversas partes do mundo. Dados divulgados pela OMS revelam que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é a forma mais comum, atingindo mundialmente cerca de 30% das mulheres. (WHO, 2013). Na África, a violência sexual por parceiro íntimo chega a 45,6%, no Sudeste da Ásia 40,2% e nas Américas 36,1%. (WHO, 2013). No *ranking* internacional de homicídios de mulheres, entre os anos de 2006 e 2010, os Estados Unidos da América (EUA) ocuparam o 24º e a França o 68º lugares, ao passo que o Brasil foi o 7º colocado. (WASELFISZ, 2012). Destaca-se que neste último, desde 2006, vigora a Lei 11.340, conhecida como Maria da Penha (LMP), que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (BRASIL, 2006a).

Desde a sanção dessa lei, foram registrados na Central de Atendimento à Mulher 237.271 casos de violência, sendo 141.838 identificados como física;

62.326 psicológica; 23.456 moral; 3.780 patrimonial; 4.686 violência sexual; 1.021 advém de cárcere privado e 164 do tráfico de mulheres. (LABOISSIÈRE, 2011). Dos atendimentos às mulheres vítimas de violência, realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011, destaca-se que 47.386 referiram-se a forma física, 22.265 a psicológica e 13.096 a sexual. (WASELFISZ, 2012). Nesse mesmo ano, focando apenas a forma física, em torno de 28.327 atos violentos aconteceram no interior das residências, sendo que em 18.933 casos os parceiros e ex-parceiros foram os principais agressores. (WASELFISZ, 2012).

No Rio Grande do Sul (RS), cerca de 267 mulheres foram vítimas de homicídio entre os anos de 2006 e 2008, destas 34% enquadravam-se na LMP, em 30% dos casos o autor foi o próprio companheiro e 78% das agressões aconteceram em suas residências. (BRASIL, 2010a). Esses índices, possivelmente pela ampla divulgação da LMP, vêm aumentando de forma considerável. Somente no primeiro semestre de 2011, em média 64 mil mulheres foram vítimas de violência, ocorrendo um assassinato a cada três dias. (BRASIL, 2012a). Neste mesmo ano, registraram-se mais de 35 mil casos de lesão corporal e 1.087 de estupro, esses dados colocam o RS na 19ª posição no *ranking* nacional de homicídios femininos. (WASELFISZ, 2012).

Apesar desses altos índices, existem apenas 15 delegacias especializadas e 27 postos de atendimento à mulher no Estado. (BRASIL, 2012a). No município do Rio Grande/RS, inicialmente, as mulheres vítimas de violência eram atendidas no Posto Policial para Mulheres, criado em 1991 e subordinado à 1ª Delegacia de Polícia do município. Somente em 06 de agosto de 2009 foi criada, sob decreto nº 46.540, a Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres (DEAM/RG/RS). Desde sua implantação, a referida delegacia tem a “atribuição de prevenir, reprimir e exercer atividades de Polícia Judiciária nos crimes de lesões corporais contra a liberdade pessoal e contra os costumes em que o sujeito passivo do delito seja pessoa do sexo feminino”. (RIO GRANDE DO SUL, 2009, p.1).

Essa DEAM vem prestando inestimáveis serviços à população feminina, vítima de violência. No entanto, a magnitude dessa atuação ainda não havia sido dimensionada. Assim, deu-se a aproximação do Grupo de Estudos e

Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) com a questão da violência contra a mulher. Desenvolveu-se um projeto de pesquisa, a partir do qual se criou um banco de dados com as ocorrências policiais registradas na DEAM/RG/RS, redigindo-se uma dissertação e três Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

A dissertação teve o objetivo de delinear o perfil das vítimas, identificar as formas de violência a que foram submetidas, os motivos que desencadearam a prática da violência e descrever os atos violentos perpetrados por parceiro íntimo. Um TCC teve foco na violência sexual, outro na violência contra crianças e adolescentes e o terceiro, de autoria desta pesquisadora, teve como objetivo investigar o perfil dos agressores e analisar as formas de violência a que foram submetidas as mulheres acolhidas na DEAM/RG/RS.

Entre os resultados desse último, apreendeu-se que dos 902 casos de violência notificados, 47,7% referiram-se a violência física, 44,1% psicológica, 4,5% sexual, 2,8% patrimonial e 0,9% moral. (SILVA et al., 2013). Quanto à escolaridade, 77,1% dos agressores haviam concluído o ensino médio e 3,4% o ensino superior; 80,7% eram considerados parceiros íntimos que, segundo Borrego, Vaquero-abbellán e Rosa (2012), inclui o marido, ex-marido e namorado. Dos agressores, 85,4% residiam em bairros periféricos, 9,7% no centro e 4,9% em bairros da zona rural. (SILVA et al., 2013). Cabe enfatizar que a periferia aparece em destaque por representar o somatório dos bairros, no entanto ao analisá-los individualmente, percebe-se que o centro da cidade ocupa o segundo lugar quanto ao local de moradia dos agressores, sendo que no bairro mais violento residem 10,3% deles. (SILVA, GOMES, 2012).

Embora significativos, acredita-se que esses dados não expressam a magnitude do problema, pois inúmeros são os motivos que mantêm os atos violentos restritos ao lar. Por vezes, amigos, familiares, vizinhos e a própria vítima naturalizam a violência não a reconhecendo como tal.

Para uma possível desnaturalização desses atos, vislumbram-se as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) como aliadas na identificação e combate à VDCM. Tais unidades contam com uma equipe composta no

mínimo por Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem (TE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Dentre suas atribuições, o ACS deve realizar rotineiramente ações domiciliares e comunitárias, as quais possibilitam o conhecimento da intimidade dos lares. (BRASIL, 2002). O TE também pode realizar a visita domiciliar e envolver-se com questões delicadas do espaço doméstico. Assim ambos fazem a ponte entre a família e a UBSF, de forma que a proximidade e convívio podem facilitar a detecção da VDCM em suas diferentes formas.

Dos TE e ACS são exigidos, respectivamente, curso técnico e ensino médio, os demais membros da equipe de saúde devem possuir o ensino superior. Apesar da exigência de uma formação mínima para cada categoria, pressupõe-se que muitos profissionais reconhecem como violência apenas aquela que deixa marcas físicas, representando as demais como manifestação de ciúme ou uma simples discussão. Tal representação influi no cuidado prestado às vítimas, inclusive na interpretação dos aspectos éticos e legais do atendimento. Pressupondo ainda que o conhecimento das representações sociais acerca da VDCM possa propiciar a problematização do atendimento prestado, optou-se por investigar: Quais as Representações Sociais de Técnicos de Enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, acerca da violência doméstica contra a mulher?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família, do município do Rio Grande/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar, com base nas abordagens estrutural e processual, as Representações Sociais dos Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência doméstica contra a mulher.

Comparar as Representações Sociais acerca da violência doméstica contra a mulher segundo a categoria profissional, idade, zona de localização da UBSF e ano de conclusão do curso de formação dos informantes.

Analisar a influência das Representações Sociais dos Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência doméstica contra a mulher nas práticas de cuidado às vítimas.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica deste estudo está dividida em quatro subcapítulos. No primeiro, apresentam-se os conceitos de violência intrafamiliar e doméstica, incluindo a violência física, psicológica, sexual, patrimonial, moral e de gênero. No segundo, faz-se um breve resgate da história da violência até a implantação da atual legislação de proteção à mulher. A seguir discorre-se sobre a atuação dos profissionais que prestam o cuidado às vítimas de violência e os respaldos legais que orientam tal atuação. Finalmente, para dar maior visibilidade à temática realiza-se uma revisão integrativa adotando-se como recorte temporal a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, até 2013.

3.1 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR: ASPECTOS CONCEITUAIS

O fenômeno da violência pode ser apreendido sob distintas óticas, para tanto é mister distingui-las conceitualmente. Violência intrafamiliar é “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”. (BRASIL, 2001, p. 15). Poderá ocorrer dentro ou fora de casa e o agressor ser membro da família ou alguém que adotou função parental sem laços de consanguinidade. (BRASIL, 2001).

A violência doméstica diferencia-se da violência intrafamiliar por englobar pessoas sem função parental, mas que convivem no espaço doméstico esporadicamente, como por exemplo empregados. (BRASIL, 2001). Cada uma delas comporta diferentes formas, sejam elas física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral, cujos conceitos estão estabelecidos pela LMP.

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante,

perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2006a, Art.7º).

Independente da forma com que ocorre, a violência acarreta incalculáveis prejuízos e agravos à saúde da mulher. Conseqüentemente torna-se necessário políticas, programas e leis que visem seu combate, punição de agressores e proteção às vítimas.

3.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DA INVISIBILIDADE À LEGISLAÇÃO PROTETIVA

Desde a primeira infância, por influências da família, da escola, da igreja e do Estado, homens e mulheres aprendem seus papéis sociais, que se fundamentam na diferenciação biológica, mais especificamente sexual. (BOURDIEU, 1999). Enquanto o menino aprende a não chorar, brincar com bola, carrinhos, a ocupar o espaço externo e futuramente público, a menina é estimulada a permanecer no ambiente doméstico, brincar com bonecas e utensílios de cozinha.

Assim, vista como frágil e inferior, por muito tempo a mulher exerceu um papel que se limitava à procriação e educação dos filhos. Incumbindo-se quase que exclusivamente em cuidar do lar, dos filhos e do bem-estar do marido, não

lhe era permitido estudar e muito menos trabalhar fora de casa. Os casamentos resultavam de acordos entre as famílias envolvidas, o pai da moça recebia alto dote do marido por ele escolhido. Assim, ficava oficializada a relação de poder do homem sobre a mulher. Tal relação era e, em muitos casos, continua sendo fortemente identificada pelo patriarcalismo; nele as relações sociais eram estabelecidas pela submissão e opressão feminina, controlando sua sexualidade, sua capacidade reprodutiva e de trabalho, bem como privando seu acesso ao poder. (GONÇALVES; VANIN, 2006).

Ultrapassando essas barreiras de poder, a mulher gradualmente foi se inserindo em tarefas fora do lar. Inicialmente por meio do trabalho voluntário ou pouco remunerado, servindo de mão-de-obra barata ao empregador e suportando atitudes discriminatórias. Com a industrialização, surgiram novas tecnologias e a modernização. A sociedade modificou também sua forma de pensar e agir, assim, foi crescendo a participação da mulher no mercado formal de trabalho e o Estado tornou isso possível através da criação de leis. (LUZ; FUCHINA, 2009).

Todavia, segundo o Código Civil brasileiro de 1916, cabia ao homem, chefe da família, decidir se a esposa poderia exercer alguma profissão, pois a função dela era ser colaboradora do homem na relação conjugal. (BRASIL, 1916). O marido era o responsável por gerir os bens materiais da mulher e da família. Assim, reforçava-se a manutenção do *status* de poder do homem e de submissão da mulher, reafirmando o papel natural para o qual ela era designada. (LUZ; FUCHINA, 2009).

Esse papel passou a ser questionado com os movimentos sociais, revoltas estudantis e lutas desencadeadas no período da ditadura militar. Nesse contexto surgiu a temática de gênero, envolta no cenário das mulheres que marchavam e protestavam da mesma forma que os homens. No entanto, apesar de todo o envolvimento, ainda assumiam papel secundário, uma vez que raramente tinham oportunidade de falar em público, cabendo-lhes as funções de secretaria e panfletagem. (GROSSI, 1998).

A violência contra a mulher ultrapassa limites culturais, porém sua história vem sendo mudada por episódios de luta e reivindicações. Entre eles destaca-se o ocorrido em oito de março de 1857, em Nova Iorque, ocasião em

que o salário das operárias de uma fábrica têxtil, correspondia a um terço do salário dos colegas homens. Para protestar contra essa desigualdade, as mulheres entraram em greve e ocuparam a fábrica, solicitando a redução da jornada de trabalho. Como resposta, foram trancadas e o local incendiado, cerca de 130 mulheres morreram queimadas. (PORTAL DA FAMÍLIA, 2011).

Em homenagem a essas operárias, vítimas de violência, a Organização das Nações Unidas (ONU) oficializou a data oito de março, para celebração do “Dia Internacional da Mulher”. Esse dia é também utilizado para a realização de conferências, palestras e debates sobre o papel da mulher na atualidade, erradicação do preconceito e da desvalorização feminina. (PORTAL DA FAMÍLIA, 2011).

Em meio a tantas lutas, algumas conquistas foram alcançadas, como a comercialização de pílulas anticoncepcionais, que possibilitaram o ato sexual como fonte de prazer e não apenas para reprodução, e a virgindade deixou de ser o valor principal para o casamento. (GROSSI, 1998). Dentre as conquistas, um grande marco na história de reivindicações femininas foi o direito de votar e ser eleita. No Brasil, esse direito foi obtido por meio do Código Eleitoral Provisório de 1932, todavia, assim como o direito de trabalhar, votar era permitido às mulheres casadas, apenas mediante a autorização do marido, às viúvas e solteiras somente se tivessem renda própria. Foi somente em 1946, através do movimento conhecido como sufrágio, que o voto feminino tornou-se obrigatório e sem restrições. (CALDEIRA, 2002).

Apesar dessas conquistas, as mulheres continuavam a sofrer violência. Nos anos 80 o movimento intensificou-se, e elas passaram a exigir do Estado, políticas voltadas à prevenção e punição à violência. (CFEMEA, 2009).

Em 1980 foi criado SOS Mulher para o atendimento às vítimas e em 1983 o Poder Executivo abriu espaço para a participação feminina na elaboração, deliberação e fiscalização de políticas públicas, criando os chamados Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Mulher. (CFEMEA, 2009). Buscando proteger a mulher, promover a igualdade entre os gêneros e a não discriminação, em 1984 o Brasil assinou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que havia sido aprovada pela ONU em 1979. (CFEMEA, 2009).

Até então, para denunciar o agressor, as mulheres recorriam a uma delegacia policial comum e, em sua maioria, eram atendidas por profissionais do sexo masculino, situação que gerava desconforto. Visando melhor acolher as vítimas, em 1985 foi criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) na cidade de São Paulo, tornando-se uma referência de apoio às vítimas. (BRASIL, 2006c). Dentre suas atribuições estão a investigação dos fatos e a adoção de medidas protetivas, como encaminhamento da vítima “para a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência”. (BRASIL, 2006c, p.25).

Ainda em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) cujo papel foi fundamental para garantir, na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a igualdade entre os sexos. (BRASIL, 1988). O referido conselho aponta que tanto homens quanto mulheres possuem direitos e obrigações de igual forma e, em seu artigo 226, estabelece que:

Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher. [...] O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações. (BRASIL, 1988, Art. 226º).

Após a Conferência Mundial de Direitos Humanos (CMDH), em 1993, as mulheres passaram a ter seus direitos reconhecidos, e a violência contra elas considerada violação. (CFEMEA, 2009). No ano seguinte, o Brasil assinou a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), que defendia a promoção de políticas públicas para prevenção, punição e erradicação da violência. (CFEMEA, 2009).

Paralelo a todas estas lutas e conquistas, no Ceará, a biofarmacêutica Maria da Penha Fernandes sofria violência doméstica. Receando represália contra si e suas filhas, suportava repetidas agressões e intimidações. Em 29 de maio de 1983, aos 38 anos, enquanto dormia, foi atingida por um tiro, desferido por seu marido, o professor universitário Marco Antônio Heredia Viveiros, ficando paraplégica. Não satisfeito com a condição da esposa, deu continuidade aos atos violentos, tentando afogá-la e eletrocutá-la durante o banho. Enfim, Maria tomou coragem e o denunciou publicamente. Marco Antônio foi condenado por dupla tentativa de homicídio. No entanto, valeu-se

dos inúmeros recursos de apelação disponíveis e conseguiu manter-se em liberdade. (CFEMEA, 2009).

Inconformada com os trâmites judiciais brasileiros, Maria da Penha recorreu ao âmbito Internacional, e em 2001 a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) publicou o Relatório nº 54, responsabilizando o Estado Brasileiro por negligência e omissão em relação ao acontecido. Além disso, indicaram a revisão das políticas públicas vigentes no País, consideradas insatisfatórias, pois não puniam adequadamente o agressor nem protegiam a vítima. Somente em 2002 o agressor Marco Antônio foi preso, todavia cumpriu dois anos de pena e ganhou regime aberto. (CFEMEA, 2009).

Em 2003, o Brasil enviou para o Comitê CEDAW seu primeiro relatório sobre violência, alusivo ao período entre 1985 a 2002. O referido Comitê, após analisar, recomendou sem tardança a formulação de uma lei de proteção às vítimas de violência. (CFEMEA, 2009). Passados três anos, em seis de agosto de 2006, o combate à violência contra a mulher no Brasil ganhou maior visibilidade e fortalecimento, através da criação da Lei 11.340/2006.

Por recomendação da OEA, o Presidente da República em exercício na época, Luiz Inácio Lula da Silva, intitulou-a como Lei Maria da Penha e justificou sua escolha “reconhecendo a luta de quase vinte anos desta mulher em busca de justiça contra um ato de violência doméstica e familiar”. (CFEMEA, 2009, p.6). Nos cinco primeiros anos de vigência da LMP, a Central de Atendimento à Mulher (Disque 180), serviço telefônico para denúncias e pedidos de informação sobre violência contra a mulher, registrou 1.952.001 atendimentos em todo o país, desses, 22,3% referiam-se a pedido de informações sobre a legislação. (LABOISSIÈRE, 2011).

Antes da LMP ser sancionada, a legislação brasileira não atuava de maneira adequada e satisfatória à realidade enfrentada por milhares de mulheres que sofriam as mais diversas formas de violência. Até então, os agressores, que em sua maioria eram maridos ou companheiros, eram julgados pelos Juizados Especiais Criminais (JECRINs), criados pela Lei 9.099/1995, que equiparava os casos de violência doméstica a delitos de trânsito e brigas entre vizinhos. (BRASIL, 2007).

A criação da LMP lançou para a sociedade a visão de equidade entre gêneros e trouxe avanços para coibir a violência. Entre eles cita-se a criação dos Juizados ou Varas de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, que prestam atendimento multidisciplinar; a criação de novas Defensorias Públicas da Mulher e a abertura de inquérito policial composto pelo depoimento da vítima, do agressor e de provas documentais e periciais. (BRASIL, 2007).

Outras estratégias também foram instituídas como a prisão em flagrante e preventiva do agressor; inclusão das vítimas em programas oficiais de assistência social; atendimento à mulher em situação de violência por serviços articulados em rede, incluindo saúde, segurança, justiça, assistência social, educação, habitação e cultura. (BRASIL, 2006a). Destaca-se que, quando solicitado pela vítima, o juiz tem o prazo de 48 horas para deferir as medidas protetivas de urgência, sendo elas:

I – suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente [...];

II – afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;

III – proibição de determinadas condutas, entre as quais:

a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas; fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;

b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;

c) frequência de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida.

IV – restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;

V – prestação de alimentos provisionais ou provisórios. (BRASIL, 2006a, Art. 22º).

Em muitos dos casos atendidos nesses Juizados, a mulher precisava “representar”, ou seja, levar adiante a denúncia contra o agressor para que fosse punido. Isso lhe causava constrangimento, e ela, em nome da família, “retirava a queixa”. (CFEMEA, 2009). Assim, grande parte dos processos eram arquivados ou então a pena ao agressor limitava-se ao pagamento de cesta básica ou prestação de serviço comunitário. (CFEMEA, 2009).

Em 2012, a LMP passou por algumas modificações principalmente no que se refere à exigência da representação da vítima para o andamento do processo. Sugerido pela Procuradoria Geral da República e aprovada pela maioria dos ministros do Supremo Tribunal Federal, tal modificação fundamenta-se na justificativa de que não é racional exigir que a vítima, em um momento de fragilidade e total desequilíbrio emocional, apresente queixa contra seu parceiro, o agressor. Portanto, nos casos de lesão corporal, a vítima não mais precisa declarar o seu desejo de processar o agressor, qualquer pessoa pode declarar a agressão junto aos órgãos policiais e o Ministério Público efetivar a denúncia contra o agressor. (BRASIL, 2012b).

Mais recentemente, em 2013, a então Presidente da República, Dilma Vana Rousseff, lançou o projeto para a construção de Centros Especializados Integrados de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, seguindo o modelo instituído em El Salvador. Esses centros podem disponibilizar às vítimas cerca de sete serviços, entre eles juizados especiais, centros de vivências, espaço para qualificação profissional com o oferecimento de cursos e acesso a microcrédito. No entanto, esse benefício será disponibilizado em poucas capitais entre elas São Paulo, Vitória, Brasília, São Luís, Curitiba, Salvador e Boa Vista. (LIMA, 2013).

Ainda em 2013, foi promulgada a Lei nº 12.845 que dispõe sobre a obrigação dos hospitais, pertencentes ao SUS, de prestarem atendimento emergencial às vítimas de violência sexual, tratando agravos físicos e psicológicos e ativando a assistência social quando necessário. (BRASIL, 2013a). A Lei prevê que deverão ser prestados às vítimas:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;

IV - profilaxia da gravidez;

V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;

VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;

VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis. (BRASIL, 2013a, Art. 3º).

Apesar de todo o aparato legal disponível, questões culturais ainda inibem a iniciativa da denúncia e da busca pelos direitos. Essa decisão percorre um longo caminho, pois inclui sentimento de culpa, vergonha, medo, solidão e desamparo, além de requerer profunda reflexão, visto que envolve questões emocionais e econômicas. (PAIM, 2006). Nesse sentido, profissionais da área da saúde devem criar espaços, junto a toda a equipe, para problematização das leis e diretrizes de atendimento a vítimas, objetivando a desnaturalização da VDCM.

3.3 ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

A violência atinge as diferentes esferas da sociedade, tanto no âmbito individual como no coletivo. Causa desordem familiar, deixa marcas físicas e psicológicas, repercutindo mundialmente nas questões de saúde. Muitas das mulheres que sofrem agressão ficam desamparadas, sem apoio familiar e, por não possuírem renda própria, veem-se obrigadas a manter o relacionamento com o agressor.

Buscando sanar essa situação, a própria LMP prevê um atendimento multidisciplinar, por meio dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, os quais contam com uma equipe composta por profissionais especialistas das áreas da saúde, jurídica e psicossocial. (BRASIL, 2006a). Ainda, as vítimas podem contar com o apoio das DEAM, dos Centros de Referência como o de Assistência Social, da Defensoria Pública e do Juizado de Violência Doméstica, além do Disque 180. As vítimas, ao buscarem atendimento hospitalar ou em UBSF, contam também com profissionais da saúde, sejam eles TE, ACS, Médicos ou Enfermeiros. (CFEMEA, 2009).

Todos esses serviços precisam estar integrados, formando uma rede de apoio às vítimas. Visualiza-se a necessidade do estabelecimento de parcerias

para a criação e manutenção de fluxos de atendimentos. Assim, os serviços de saúde constituem-se na principal porta de entrada de mulheres vitimizadas. (FERRANTE; VIEIRA, 2008). Dessa forma, é primordial o desenvolvimento de ações voltadas para a detecção, acolhimento, suporte e incentivo às vítimas. Para tanto, todos os componentes da equipe devem ser capazes de desenvolver tais ações, fato esse que não constitui a realidade de muitos serviços de saúde, uma vez que faltam capacitações, debates e problematizações focando essa temática. O relato de Enfermeiros, Dentistas, Médicos, Assistentes Sociais, Psicólogos, TE e ACS comprova essa realidade ao afirmarem que enfrentam as mesmas dificuldades no que tange a identificação, atendimento e encaminhamento para os serviços especializados. (MOREIRA et al., 2008; OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

A desarticulação entre os serviços e principalmente entre os profissionais alavanca os agravos e a reincidência dos atos violentos, bem como a vulnerabilidade e exposição das vítimas. Assim, destaca-se o papel do Enfermeiro que, muitas vezes, é líder da equipe, tanto para motivar seus colaboradores a debaterem sobre VDCM, bem como exigir educação permanente, referente à temática, junto aos administradores.

Para nortear, sustentar e apoiar a ação dos profissionais da saúde, o Ministério da Saúde (MS) elaborou documentos, manuais e políticas. Destaca-se o Caderno de Atenção Básica nº8 publicado pela Secretaria de Políticas de Saúde, que procura instrumentalizar profissionais para atuação frente à situação de violência. (BRASIL, 2001).

O referido Caderno descreve orientações, conceitos, informações, fatores de risco, questões éticas do atendimento, bem como formas de identificar a mulher em situação de violência e as ações que as equipes de saúde podem e devem desenvolver para preveni-la. Reforçando a necessidade de ética no atendimento, em 2003 foi promulgada a Lei nº 10.778, que estabelece a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, inclusive dos casos considerados suspeitos. (BRASIL, 2003). O caderno nº8 também orienta as medidas terapêuticas a serem adotadas conforme cada caso, incluindo a

anticoncepção de emergência e quimioprofilaxia para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e HIV-AIDS. (BRASIL, 2001).

A criação de políticas para a humanização e melhoria da qualidade no atendimento às vítimas busca solucionar problemas, satisfazer à cliente, facilitar o acesso ao serviço de saúde, capacitar os profissionais para atuarem com educação e respeito. Visam, ainda, ações que aumentem o conhecimento das vítimas, estimulando o autocuidado e a capacidade de escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. (BRASIL, 2004). Nesse sentido, dentre os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), destacam-se os voltados para a atenção às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, que busca:

organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids; promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2004, p. 70).

Complementando a PNAISM foi publicado o manual intitulado *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Esse visa ampliar conhecimentos sobre violência e direcionar a conduta de profissionais, servindo de significativa ferramenta para o enfrentamento da violência contra a mulher. Os temas priorizados nas perguntas e respostas referem-se à conduta frente ao aborto, estupro e atendimento aos menores de idade. (BRASIL, 2005).

Todo esse material de orientação e esclarecimento é necessário, mas não suficiente se os profissionais de saúde desconhecem suas obrigações legais frente à violência contra a mulher. Dessa forma, para orientar a atuação junto às vítimas de violência, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), no Art. 23, determina como responsabilidade e dever de técnicos de enfermagem e enfermeiros “encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei”. Ainda na seção I, das relações com a pessoa, família e coletividade, o Art. 34 proíbe “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência”.

Visando estimular e facilitar essa atuação, bem como auxiliar o correto preenchimento da ficha de notificação, intitulada *Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências*

Interpessoais (anexo A), foi publicado, em 2011, o *Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*, que se constitui num roteiro norteador, destinado aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2011a). O instrutivo determina que a ficha de notificação seja preenchida em duas vias, ficando uma para a unidade de saúde que fez a notificação e a outra encaminhada para a Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT da Secretaria Municipal de Saúde. (BRASIL, 2011a).

O exercício das atividades desempenhadas pelos ACS também tem como foco o combate à VDCM. Suas ações são regulamentadas pelo Decreto nº 3.189 que, em seu Artigo 2º, estabelece a necessidade da realização de “visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família”. (BRASIL, 1999, p.1). Tais situações são descritas no manual “o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, dentre elas destaca-se a atenção às vítimas de violência, pois o referido profissional atua colaborando para a transformação das situações-problema que interferem na qualidade de vida das famílias. (BRASIL, 2009b). Há, ainda, o Guia prático do ACS que possui um espaço exclusivo de informações sobre a violência contra a mulher, dentre as orientações destaca que:

o seu papel é estar atento às várias manifestações que possam indicar suspeita de violência familiar. Deve conversar imediatamente com sua equipe sobre suas suspeitas para juntos pensarem em quais as ações que deverão ser desencadeadas. (BRASIL, 2009c, p.225).

Percebe-se, assim, o empenho do MS tanto para o combate à violência, quanto para o atendimento adequado às mulheres nessa situação. Cabe aos profissionais de Saúde, em especial Enfermeiros, além de se capacitarem, promoverem a capacitação de sua equipe, com foco nos TE e ACS, para melhor identificarem a situação, acolherem, notificarem e desenvolverem medidas de promoção à saúde da mulher.

3.4 ENFOQUE DOS ESTUDOS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Para conhecer o enfoque dos estudos sobre a VDCM realizou-se uma revisão integrativa, por meio de busca nas bases de dados da *Scientific*

Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizaram-se inicialmente Descritores em Ciências da Saúde (DECS), buscando os termos exatos: “violência contra a mulher” ou “Agentes Comunitários de Saúde” e, a seguir, as palavras-chave: “violência contra a mulher” ou “Técnico de Enfermagem”. Tal distinção foi necessária, pois o termo técnico de enfermagem não figura entre os DECS. Com a referida busca, obteve-se 275 estudos publicados pela SCIELO e 339 pela LILACS.

Os artigos encontrados foram submetidos aos seguintes critérios de inclusão: estudos inéditos, gratuitos e disponíveis na íntegra online, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; entre 2006 e junho de 2013, pois adotou-se como recorte temporal a promulgação da LMP. As teses, dissertações, monografias, estudos de caso, relatos de experiência, revisões, trabalhos referentes à criança, adolescentes e idosos foram excluídos. Os artigos que se repetiram nas duas bases de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Após análise criteriosa, permaneceram 67 estudos, sendo 32 pela SCIELO e 35 pela LILACS. O volume de publicações segundo o ano foi: 2006 com três estudos; 2007 com sete; 2008 com nove; 2009 com 10; 2010 com oito; 2011 e 2012 com 13 cada e 2013 com quatro estudos, mostrando que desde a implantação da LMP o fenômeno da violência vem ganhando espaço no campo científico. Embora no ano de 2013 figure um pequeno número de publicações acerca da temática, sabe-se que as publicações ainda não foram integralizadas, pois a maior parte dos periódicos publicou os volumes referentes ao primeiro semestre.

Constata-se que a Enfermagem é líder nas publicações referentes a essa temática, com 29 artigos, seguida pela medicina com 16. Encontraram-se, ainda, 10 estudos cujos autores eram profissionais com diferentes formações acadêmicas, os demais estudos eram das áreas de saúde coletiva, psicologia, assistência social, entre outros.

Embora 12 trabalhos tenham abordado a equipe de saúde, apenas três enfocaram o TE e dois o ACS, mesmo assim suas falas ficaram dissolvidas entre as dos demais membros da equipe. Não se identificou estudos

específicos com TE, e três trabalhos foram direcionados exclusivamente aos ACS. Essa constatação pode indicar que as produções científicas voltadas para a assistência às vítimas de violência estão centradas no fazer da Enfermeira e do Médico.

Os artigos selecionados foram separados em dois blocos, o primeiro para a base de dados da SCIELO e o segundo para LILACS e identificados com números arábicos, adotando-se a ordem alfabética do título dos artigos. No quadro um (apêndice A), apresenta-se o código de identificação de cada artigo, seguido do título, base de dados, periódico, classificação no QUALIS da Enfermagem, ano de publicação e campo de atuação dos autores.

Adotando-se como critério a frequência de abordagem, os temas mais discutidos foram gênero; perfil da vítima, do agressor e do ato violento; a percepção da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher; visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência; (in)decisão acerca da denúncia e retirada da queixa e a rede de apoio às vítimas. Para cada uma dessas temáticas delimitou-se uma categoria.

3.4.1 Violência contra a mulher na perspectiva de gênero

A violência contra a mulher, enquanto fruto das desigualdades de gênero, é apresentada em 17 estudos (1, 2, 4, 12, 14, 18, 23, 26, 30, 32, 33, 38, 39, 41, 45, 52, 55), fundamentando-se principalmente no poder masculino sobre o feminino. Segundo os autores, tais fundamentos, culturalmente aprendidos, são muitas vezes aceitos como naturais e, de forma inquestionável, justificam os inúmeros atos violentos praticados contra as mulheres. (38, 39). Muitos autores citam o patriarcado como a origem das diferenças entre mulheres e homens, cabendo a eles o papel de provedor familiar e, conseqüentemente, com necessidade e direito a estudar e ir para o mercado de trabalho. (1,12,14,23).

Segundo os estudos analisados, as diferenças de gênero vêm sendo perpetuadas de geração em geração e, no cotidiano, visualiza-se pela premissa de que a mulher deve atender às necessidades masculinas, cuidar do lar e dos filhos, ser boa dona de casa, mãe esforçada e dedicada, recatada e

moça de família. (12, 14, 18, 23). Também se evidencia pela opressão e controle nas relações conjugais, pois o homem se dá o direito de proibir a esposa de estudar, de ver amigos e familiares e de conversar com outros homens. O marido controla ainda os locais aonde ela vai, as roupas que usará, além de, constantemente, suspeitar de traição. (2, 30, 45). Estudiosos como, Dutra et al. (2013) afirmam que algumas mulheres não percebem essas e outras atitudes controladoras como atos que violam seus direitos. (2). Os autores estendem a argumentação, afirmando que a idealização do casamento faz com que muitas mulheres encontrem justificativas para minimizar os atos violentos e assim manter o relacionamento com o agressor, pois a separação conjugal é sentida como fracasso pessoal. (2).

Três estudos (2, 4, 32) reforçam os aspectos culturais ao afirmarem que desde cedo as meninas são influenciadas a constituir uma família, para tanto sonham com um bom casamento, sentem-se responsáveis pela manutenção da estrutura familiar e pelo compromisso assumido perante Deus. Complementando tais premissas, Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) afirmam que sutilmente a sociedade impõe que a mulher mantenha a estabilidade do lar, suportando situações humilhantes, depreciativas e constrangedoras em nome da família. (4).

As questões de gênero tornam-se tão intrínsecas a ponto de levar algumas mulheres a obedecer aos maridos, mesmo sem concordar com eles. Frente à discordância, culpabilizam-se pela violência desencadeada. (2, 30, 32). Segundo Souto, Braga (2009), Santos e Nobre (2011) a submissão feminina toma conta dos sentimentos e pensamentos de muitas mulheres, fazendo-as sentirem-se incapazes, desvalorizadas, desamparadas, inferiores, inseguras e impossibilitadas para um recomeço. (32, 55). Os autores mencionam ainda que essas mulheres dificilmente visualizam uma saída e muito menos uma estratégia para promover a mudança da situação, sendo para elas impensável o enfrentamento. (32, 55). Reforçando essa situação, Souto e Braga (2009) evidenciam que algumas mulheres justificam os maus tratos, afirmando que o marido é um bom pai e não deixa faltar nada em casa, dessa forma mantêm a esperança de que algo possa mudar. (32).

A decisão de romper com submissão é um longo processo. Nesse sentido, Oliveira e Fonseca (2007) enfatizam que quanto maior o tempo de dominação mais difícil é a superação. (52). Esses autores destacam, entre os sentimentos que mantêm as mulheres presas à violência, a falta de coragem e o medo, que também é partilhado pelos profissionais de saúde. (52).

Muitos profissionais de saúde reconhecem o poder do agressor como uma prática social, algo histórico que reprime a mulher e torna os profissionais impotentes para atuação. (20, 23). As diferenças entre os papéis desempenhados por homens e mulheres também são vistas pelos profissionais como desencadeadoras da violência. (23, 41).

Hesler et al. (2013) abordam a percepção dos profissionais acerca da violência. Enfocando seu estudo nos ACS, os autores afirmam que eles percebem a violência contra a mulher como algo muito arraigado na história, na cultura e acima de tudo nas diferenças sexuais. (26). Relatam que inúmeras mulheres, por eles atendidas, não reconhecem a violência como tal, pois aceitam toda e qualquer conduta do parceiro como verdadeira e inquestionável. (26). Essa barreira é difícil de ser rompida pela atuação dos ACS, pois o elevado grau de subordinação, repressão e desqualificação da mulher torna-se parte dos valores e do cotidiano do casal. (26).

3.4.2 Caracterização do perfil da vítima, do agressor e do ato violento

O perfil da vítima é delineado em 25 estudos (5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 21, 22, 24, 29, 30, 32, 43, 44, 46, 47, 50, 53, 55, 57, 60, 63, 65, 67), porém não há homogeneidade entre eles. Acredita-se que a diversidade regional e entre os países em que os estudos foram realizados tenha influenciado o resultado.

A maioria dos estudos identificou a mulher como principal vítima de violência. Entre elas predominam as com idade entre 20 e 39 anos, ou seja, jovens em idade produtiva e reprodutiva, baixa escolaridade e autodeclaradas negras. (5, 6, 8, 12, 15, 21, 22, 24, 27, 29, 30, 32, 43, 44, 46, 50, 53, 55, 57, 60, 65, 67).

A maioria é financeiramente dependente, tendo vínculo empregatício com baixa remuneração e trabalham como empregadas domésticas ou

exercendo as atividades do lar. (6, 12, 30, 46, 53, 55, 57, 63). Quanto ao estado conjugal, são casadas ou vivem em coabitação com o agressor (6, 8, 27, 57, 65, 67) e têm filhos com ele. (21, 24, 27, 46, 53, 55, 60).

Embora a violência esteja fortemente associada a classes desfavorecidas, ela também é comum nas famílias com boa situação financeira, porém, nesses casos, permanece mais velada. Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'aglio (2011) apregoam que a diferença entre as vítimas economicamente abastadas e as desfavorecidas é que as primeiras têm recursos para contratar clínicas, médicos, advogados e psicólogos. (24). Segundo esses autores, isso oculta a violência em um segmento da população, ficando visíveis quase que somente os casos relacionados à pobreza. Apesar disso, entre as vítimas identificam-se mulheres com ensino superior, funcionárias públicas e professoras. (24). No estudo de Rodriguez-Borrego, Vaquero-Abellén e Rosa (2012) evidencia-se que Enfermeiras também figuram entre as vítimas de violência psicológica, física e sexual, praticada por parceiro íntimo ou familiares. (9).

As mulheres residentes em áreas urbanas, conforme Cabellero et al. (2009), possuem maior risco de sofrer violência do que as que residem em áreas rurais. Por outro lado, Costa e Lopes (2012) apontam como fatores de risco o afastamento geográfico das mulheres rurais dos serviços de apoio (7), como delegacias, juizados e casas de abrigo, geralmente localizadas em zonas centrais.

Ao focar nas estudantes que sofrem violência, Zotareli et al. (2012) constatam que as residentes em pensão ou casa de estudante são mais propensas à violência do que as que moram com a família. (10). As que residem em alojamentos mistos têm duas vezes mais chances de sofrer violência sexual do que as que vivem com a família. (10).

O perfil do agressor é debatido em 16 estudos (5, 6, 10, 12, 15, 21, 24, 28, 30, 43, 45, 47, 50, 55, 57, 63), sendo identificado como do sexo masculino, parceiro íntimo (5, 15, 21, 24, 28, 43, 47, 50, 55, 57, 63), autodeclarados da cor negra, jovens, com baixa escolaridade e tendo filhos com a vítima. (6, 21, 22, 30, 43, 45, 48). Embora o perfil do agressor esteja associado à baixa escolaridade e profissões pouco remuneradas, Zotareli et al. (2012) evidenciam

que estudantes universitários, também cometem atos violentos após o ingresso na universidade. (10).

Quase que a totalidade exercia profissões fora do lar, predominando pedreiros e motoristas. (6, 12, 21, 47). Os filhos agressores são identificados por Delgado e Enríquez (2010), uma vez que não aceitam que a mãe lhes dê ordens ou conselhos. (11). Por outro lado, enfocando especificamente a violência sexual contra filhos, Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'aglio (2011) identificam o padrasto como o principal agressor. (24).

Em sua maioria os agressores estavam sob o efeito de álcool ou drogas no momento da agressão, outros usavam tais substâncias diariamente, influenciando nas atitudes e julgamentos do agressor e afetando não só a vítima como também toda a família. (24, 30). Apenas Moura et al. (2009) apontam que os agressores mantêm relacionamento extraconjugal. (30).

A caracterização da violência é descrita em 24 estudos. (3, 5, 6, 11, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 28, 29, 30, 32, 40, 42, 43, 47, 50, 53, 55, 57, 60, 63). Embora ocorra sob diferentes formas, as mais frequentes foram a física e a psicológica, ocorrendo isoladamente ou de forma simultânea. (6, 15, 19, 21, 22, 28, 30, 40, 42, 47, 50, 53, 57, 60, 63). Destaca-se que nenhum estudo citou as violências patrimonial e moral. A forma física é descrita por Leôncio et al. (2008) como a mais fácil de ser identificada, pois deixa marcas visíveis. (47). A violência sexual nunca ocorre isoladamente, na maioria dos casos a mulher é forçada a manter relações com o marido por medo da sua reação frente à recusa ou é exposta a uma prática sexual depreciativa. (19, 30).

Com frequência, os atos violentos são concretizados sob a forma de queimaduras, estrangulamento, tapas, socos, chutes, arremesso de objetos, ameaças, uso de armas, xingamentos, insultos, humilhações, entre outros. (21, 22, 24, 29, 30, 42, 53). Apesar de afetarem a vítima de uma forma integral, as regiões do corpo visivelmente afetadas são cabeça e pescoço. (5,6).

Leôncio et al. (2008) evidenciam que o agressor inicia privando a mulher do convívio com familiares e amigos, a seguir adota práticas que levam ao constrangimento e humilhação e, finalmente, à violência física. (47). Esse processo inicia-se no espaço doméstico, sendo direcionado unicamente contra

a mulher, mas pode avançar para outros membros da família e inclusive para o ambiente de trabalho. (5, 6, 40, 50, 60).

Dentre os motivos desencadeadores da violência, os estudos citam o abuso de álcool e outras drogas, ciúme, infidelidade, problemas financeiros, desemprego, nervosismo, recusa da separação conjugal por parte do parceiro e denúncias feitas pela vítima, entre outros. (3, 6, 7, 11, 14, 29, 40, 43, 47, 60).

A violência perdura de três a vinte anos sem que as mulheres procurem apoio. (32, 42, 60). As inúmeras consequências para a vida pessoal e social da vítima foram descritas por Santos e Moré (2011), que apontam o desânimo, insônia, dores de cabeça, ansiedade, nervosismo, depressão, sintomas físicos como ganho ou perda de peso e queda de cabelo. (55).

3.4.3 Percepções da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher

A percepção da vítima sobre a violência é debatida em 14 estudos (14, 15, 17, 18, 28, 31, 35, 38, 39, 40, 43, 46, 55, 57) e do agressor em quatro (3, 33, 38, 45). As vítimas reconhecem que, independente da forma, a violência gera desesperança, dor, sofrimento e até doenças. No entanto, salientam que muitas vezes as palavras ferem mais que uma agressão física. (14, 35, 39).

Inúmeras vítimas enfrentam diariamente situações constrangedoras e humilhantes e não as reconhecem como violência, sendo, para elas, natural revidarem o companheiro no mesmo nível. (28, 31, 40, 43). Quando há o reconhecimento da violência, elas amenizam os atos agressivos, caracterizando-os como pequenos desentendimentos, problemas momentâneos e passageiros. Usam justificativas, tais como, ele só agride quando alcoolizado, ou referem tratar-se de ciúmes o qual, segundo elas, representa uma forma de cuidar. (18, 39, 40, 55, 57).

Nos casos de estupro conjugal, Guedes, Silva e Fonseca (2009) relatam que não há o reconhecimento de que tal ato seja uma forma de violência, pois a mulher abre mão de seus desejos sexuais para satisfazer unicamente seu companheiro, acreditando tratar-se de uma obrigação da esposa. (35).

A ocorrência da violência atinge as mulheres em tal intensidade que muitas preferem desistir de reverter a situação, entregando-se às

consequências das agressões, desinteressando-se pelo convívio social e emprego. (31, 35). Outras se sentem envergonhadas e, ao procurarem atendimento de saúde, omitem a verdadeira queixa, apresentando sinais de cansaço, hipertensão, alcoolismo, depressão e alteração da tireóide. (31, 35). Casos de aborto e parto pré-maturo também podem ser consequência de agressão. (31, 35).

Inúmeras são as cicatrizes da violência relatadas pelas vítimas, mas a pior delas é a desesperança, pois vivem sob pressão, medo, insegurança e incerteza, sem saber quando será o próximo ato violento, de que forma será, se atingirá sua família ou se o agressor vai matá-la. (17, 31, 40, 43). Há relatos de casos extremos, como mostram Santos e Moré (2011), em que a vítima mantém ao lado da cama, para se defender, instrumentos como marreta e facas, ou ainda carrega consigo *spray* de pimenta. (55).

Apesar de, em geral, as vítimas sentirem rancor e desejarem acabar com os atos violentos, muitas permanecem no relacionamento com a esperança de que vá passar. Para tanto, buscam apoio religioso, de amigos, familiares e profissionais da psicologia. (14, 46, 55). No estudo de Labronici et al. (2010), algumas mulheres ao saírem da casa abrigo planejam inserir-se na sociedade por meio de um emprego e voltar ao lar, porém, sem o agressor, outras tentam reconstruir o relacionamento com o marido. (15).

A conquista do mercado de trabalho, associada ao cumprimento das tarefas domésticas, gera uma dupla, quiçá uma tripla jornada para as mulheres; esse tema é debatido por Guedes, Silva e Fonseca (2009). (35). Esses autores referem que o agressor acredita que essas multitarefas prejudicam o desempenho feminino no ambiente privado e a castiga com atos violentos, incapacitando-as para manutenção do vínculo empregatício. (35). Tal situação acarreta o desemprego e dependência financeira.

Brandão (2006) relata que quando o término do relacionamento envolve divisão de bens, algumas mulheres denunciam o agressor na tentativa de impedir que consigam algum imóvel na partilha. (18). Todavia, Pazo e Aguiar (2012) relatam que muitas mulheres se dizem cansadas de procurar por apoio jurídico, uma vez que o fizeram e não obtiveram resposta, ou seja, sem uma solução eficiente. (57).

Destaca-se ainda o estudo de Couto et al. (2007) que apresenta uma outra face do relacionamento. Nele as mulheres afirmam que um homem perfeito é aquele que reconhece a igualdade, tem companheirismo, amizade e dedicação. Ao passo que a mulher perfeita seria aquela que independe financeiramente do marido, tem opinião, estuda e investe na vida profissional e familiar. (38). No entanto, complementam dizendo que a independência em excesso é geradora de desentendimentos, uma vez que a mulher competirá com o marido, financeiramente. (38).

Por outro lado, os homens idealizam a mulher perfeita como aquela que se comporta nos padrões de um relacionamento e que atende às expectativas ditadas pela mídia, moda e padrão de beleza. (38). Ao descreverem um homem ideal, eles constroem a imagem de alguém parceiro, gentil, dedicado à família e prestativo. No entanto, afirmam que é difícil suportar as cobranças femininas se estão desempregados e quando tais cobranças chegam ao extremo, gera-se a violência. (38)

Do ponto de vista masculino, a agressão é algo comum entre os casais. Assim, os homens sentem-se injustiçados com a denúncia feita pela parceira, argumentam que elas também batem e proferem palavras humilhantes, justificando o seu ato violento como legítima defesa. (3, 33). De acordo com Rosa et al. (2008), alguns homens afirmam que a situação violenta só eclode quando eles já não conseguem mais suportar as ações das parceiras. (33). Tais ações são descritas como a falta de cuidado para com os filhos, além de serem autoritárias, dominadoras e desencadeadoras de vergonha e humilhação ao homem. (33).

Outros estudos evidenciam que os atos violentos são minimizados sob alegação de perda da paciência, abuso de bebidas alcoólicas, desconfianças, ciúme, infidelidade, cobrança e incompreensão por parte da mulher. (33, 38, 45). Evidenciam ainda que algumas mulheres cumprem com seus deveres conjugais, mantendo atividade sexual, mesmo sem desejo e que só prestam queixa criminal quando há interesse financeiro, ou seja, bens materiais como casa e carro. (3, 33, 45).

3.4.4 A visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência contra a mulher

A visão dos profissionais envolvidos no combate à violência é foco de 25 estudos. (1, 4, 7, 13, 19, 20, 23, 25, 26, 34, 36, 37, 39, 41, 48, 49, 52, 54, 56, 58, 61, 62, 64, 65, 66). Sua ocorrência está associada às esferas social e econômica, incluindo o acesso à educação e emprego, bem como ao abuso de substâncias psicoativas. (19, 41, 58, 66). Os profissionais de saúde reconhecem a violência em suas diferentes formas, definindo-as com as palavras: agressão, ato físico, sexual, psicológico ou emocional, associado à humilhação, intimidação, desrespeito, inferioridade, revolta, raiva e pena. (4, 23, 62).

A violência psicológica é percebida como a mais grave, pois a vítima demora a reconhecê-la. Quando consegue, já tem sua saúde profundamente afetada; nesses casos os profissionais cultivam sentimentos negativos, demonstrando-se frustrados, estressados, impotentes e angustiados. (19, 34, 37, 52, 62). Esses sentimentos podem estar ligados ao fato de perceberem sua atuação muito limitada aos desejos e decisões da vítima, ao sistema judiciário, entre outras. (36, 62).

No que tange as Representações Sociais da violência contra a mulher, Leal, Lopes e Gaspar (2011) desenvolvem um estudo com Enfermeiras. Analisadas pela frequência de aparição, as evocações frente ao termo indutor “violência” é agressão, dor, agressão física, agressão psicológica e maus-tratos. Com o indutor “violência contra a mulher” verbalizam dor, agressão física, agressão psicológica, violação e sofrimento. O “cuidado à mulher vitimada pelo parceiro” resulta nos termos apoio, ajuda, encaminhar, cuidar, compreensão. Segundo os autores esses termos evidenciam que os profissionais têm presente a ideia de apoio e cuidado, associado à denúncia (56).

Ainda, em relação à “formação do profissional para a atuação”, são evocados apoio, sinais, observar, cuidar, empatia. Tais termos são interpretados por Leal, Lopes e Gaspar (2011) como demonstração da necessidade de um conhecimento teórico prévio para identificação das vítimas

e instituição de um plano de cuidados. O apoio é constante nos discursos dos profissionais, em especial Enfermeiros, no entanto, não há menção ao compromisso de prevenir e realizar um correto encaminhamento para resolução dos casos. (56).

Outros estudos abordam que a intervenção do profissional nos casos de violência requer maior reflexão, pois muitos, para sua própria proteção, evitam envolver-se, temendo represália do agressor. (4, 41, 52, 66). Entre os profissionais que se propõem a apoiar a mulher, muitos o fazem pela esfera pessoal. Kiss e Schraiber (2011) referem que são as profissionais do sexo feminino quem mais se sensibiliza a auxiliar as vítimas. (19).

Guedes e Fonseca (2011) afirmam que os trabalhadores da saúde visualizam a necessidade de estímulo e manutenção da autoestima, da escolarização, da independência financeira, de trabalho na esfera pública, para que as vítimas consigam enfrentar à situação de violência. (1). Embora reconheçam seu papel tanto na orientação da vítima quanto na necessidade de estímulo à autonomia, admitem tratar-se de uma tarefa árdua. (1).

Algumas falas evidenciam a forma reducionista com que determinados serviços e profissionais de saúde assumem suas responsabilidades quanto à violência. (1, 13). Uns apenas identificam e tratam lesões e sinais físicos com medicação para dor e depressão, outros insistem em ofuscar a violência (re)afirmando que em seu serviço de saúde não ocorrem esses casos. (13, 19, 41).

O adequado atendimento prestado pelos profissionais de saúde engloba acolhimento, criação e manutenção do vínculo de confiança, orientações e encorajamento da vítima para falar sobre a situação. (7, 25, 62, 66). Esse é o meio encontrado para a detecção da violência, uma vez que grande parte das mulheres movidas por medo ou vergonha (20, 66), chega com queixas vagas no serviço. (7, 20, 34, 62). Tais queixas são descritas como ansiedade, depressão, dor, insônia e perda de apetite, o que dificulta ao profissional a identificação da violência que, na maioria das vezes, só ocorre quando as vítimas verbalizam espontaneamente a situação ou é possível visualizar as marcas pelo corpo. (13, 20, 58, 62, 65).

Costa, Lopes (2012), Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) reconhecem a visita domiciliar feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) como a principal forma de desvelamento dos atos violentos, pois diariamente esses profissionais entram nos lares, moram nas proximidades do trabalho, criam amizade com as usuárias do serviço, ganham confiança e tornam-se alguém com quem as mulheres desabafam. (7, 48). Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) dizem que algumas mulheres falam abertamente que já denunciaram, mas nada aconteceu e pedem ao ACS que resolva seu problema. (48). Além dos ACS, Guedes, Fonseca e Egry (2013) identificam que as consultas médicas e de enfermagem são os espaços mais procurados pelas vítimas para desabafarem. (13).

Nesses desabafos, como descrito por Vieira et al. (2013), as vítimas, por não desejarem manter relação sexual com o marido, solicitam que o médico emita um parecer que a contraindique, tornando a situação constrangedora para o profissional. (20). Em contrapartida, Villela et al. (2011) identificam a advertência de um médico sobre a necessidade de averiguar situações em que mulheres chegam à consulta exigindo aborto urgente sob alegação de estupro, segundo ele, tais situações nem sempre são verdadeiras. (37).

Focando em especial no ACS, Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) verificam que tal profissional reconhece a violência enquanto desigualdades de gênero, como um fenômeno que não depende do nível socioeconômico, raça ou religião (48), sendo perpetrada pelo companheiro e limitada ao espaço doméstico. (26,48). Segundo os ACS, não precisam acontecer os atos físicos, pois só a força de uma palavra já fere suficientemente a vítima. (48). Afirmam, ainda, que a violência ocorre sob as justificativas do desemprego, abuso de álcool e outras drogas e condições financeiras. (26,48).

Na opinião de Hesler et al. (2013), é importante que o ACS ganhe credibilidade junto à comunidade, para que a confiança se estabeleça. (26). Assim, em sua atuação, o ACS representa um elo entre as vítimas e os demais membros da equipe de saúde, pois leva até eles os casos de violência que identifica ou que lhe é relatado. (26). Tal função, segundo autores, tem por objetivo o estabelecimento de estratégias para intervenção e apoio à vítima,

uma vez que a resolução dos casos de violência exige uma rede de apoio. (19, 26). Nessa rede, os ACS identificam os Enfermeiros como os principais membros da equipe que lhes auxiliam e orientam para a atuação junto à comunidade. (26).

Investigando a visão do ACS quanto ao agressor e à vítima, Fonseca et al. (2009) relatam que, embora caracterizada como frágil e submissa, a vítima pode ser capaz e responsabilizar-se por romper com o relacionamento violento. (64). Ao referirem-se ao agressor, os ACS elencam sentimentos como revolta e raiva. Apesar de esses profissionais relatarem o desejo de ajudar as vítimas, a pequena resolutividade dos casos faz com que se sintam impotentes, desanimados, desesperançosos e conformados. Muitos acabam não reconhecendo o seu papel enquanto profissionais atuantes no combate à violência, são omissos quanto aos cuidados efetivos e de proteção, reproduzindo a naturalização das desigualdades de gênero. Essas posturas são identificadas, no referido estudo, como reflexos do despreparo da formação do ACS e da pouca participação do Estado na resolutividade de tais problemas. (64).

Dentre as estratégias de atenção prestada às vítimas, os autores destacam as atividades grupais, pois, ao dividir o problema com outras pessoas que se encontram na mesma situação, é possível partilhar sentimentos e forças para o enfrentamento. (7, 36). Na percepção de Costa e Lopes (2012), o espaço grupal para as moradoras em áreas rurais é o único contato social, uma vez que o agressor só permite que ela saia de casa para o serviço de saúde, e a distância dos serviços de proteção, como as delegacias, é muito grande. (7).

Alguns estudos apregoam que os profissionais de saúde sentem-se despreparados para atuar frente às situações de violência, pois declaram que a experiência em debates e problematizações dessa temática durante a graduação é pouca ou inexistente, configurando uma grande preocupação. (4, 23, 34, 66). Lacunas como essa representam entraves para uma assistência integral à vítima, o que torna necessário mobilizar e sensibilizar as instituições formadoras para a inserção da temática nos currículos pedagógicos, oportunizando aos estudantes maiores experiências no que tange a

identificação, acolhimento, tratamento e encaminhamento das vítimas de violência no âmbito da saúde. (4, 23, 34, 66). Outros autores identificam como uma estratégia, para amenizar a lacuna da formação profissional, os espaços para debate da temática na equipe multiprofissional, pois a troca de experiência é muito rica. (13, 23).

No que concerne às leis e políticas no campo da violência contra a mulher, Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) denunciam que os profissionais as desconhecem ou tem conhecimento insuficiente. (4). Apontam também que a maioria dos profissionais menciona a Lei Maria da Penha como respaldo legal e fonte de informação para orientar as vítimas, no entanto admitem não conhecerem a lei na íntegra. (4).

Nos resultados de Herrera e Agoff (2006), referente à notificação da violência contra a mulher, os médicos afirmam não realizar, os enfermeiros dizem que realizam, no entanto, por vezes, a ausência da ficha de notificação no serviço de saúde constitui um entrave para a notificação. (41). Vieira et al. (2013) identificam que o sentimento de impotência, incerteza e medo da reação do agressor permeia a atuação médica. (20).

Algumas barreiras ao atendimento de vítimas de violência são elencadas por Enfermeiros e Médicos, como a desestruturação dos serviços de saúde, no que tange a grande demanda de usuários, poucos funcionários, falta de medicamentos, estrutura física precária e demora na prestação de serviços laboratoriais. (19, 54, 62, 66). Kiss e Schraiber (2011) descrevem que os usuários exigem resoluções rápidas e definitivas, ou seja, não compreendem o verdadeiro papel da equipe, que deve atuar também na prevenção. (19).

Ao atender a vítima de violência, é comum que o profissional adote uma dessas possibilidades de conduta, segundo Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009). Primeiro, se a mulher aceita denunciar o ato violento é encaminhada à delegacia, e o profissional não procura mais saber notícias. Por outro lado, quando a mulher nega-se a denunciar, os profissionais livram-se da incumbência alegando não poder obrigá-la a denunciar. (36). Os autores apresentam ainda uma unidade de saúde que é referência no atendimento à vítima de violência, lá a realidade é outra, os profissionais procuram envolver

amigos e familiares no atendimento e manter um acompanhamento da vítima, mesmo que essa se negue a denunciar. (36).

Enfermeiros e Médicos frequentemente encaminham as vítimas de violência para assistentes sociais e psicólogos, esses últimos vistos como necessário também para agressores, família e profissionais da saúde que atendem as vítimas. (34, 61). Ferrante, Santos e Vieira (2009) descrevem também os encaminhamentos feitos para as delegacias especializadas da mulher, hospitais e serviços de saúde mental. (62). Segundo Vieira et al. (2013), devido a pequena resolutividade da área jurídica, os profissionais a caracterizam como deficiente, apesar de continuarem indicando-a às vítimas. (20). Autores criticam a necessidade dos profissionais de saúde encaminharem ou orientarem as vítimas a procurar outros serviços, parecendo que a violência deva ser levada para longe do serviço de saúde. (37, 54, 66).

Berger e Giffin (2011) explicitam que ao deslocar as situações de violência para a vida privada dos profissionais, muitos esquivam-se das perguntas ou negam sua ocorrência. No entanto, ao focar em parentes, amigos e pessoas próximas, obtêm-se relatos de violência envolvendo pais, sogros, filhos e irmãos. (58).

3.4.5 (In)decisão acerca da denúncia e da retirada da queixa e as redes de apoio às vítimas

O tema (in)decisão da denúncia e retirada da queixa é identificado em 16 artigos. (2, 3, 6, 8, 11, 15, 17, 18, 22, 40, 46, 47, 51, 55, 59, 60). A decisão de romper com o silêncio percorre um longo caminho de incertezas, desafios e uma gama enorme de sentimentos. Muitas vezes, as vítimas passam longos períodos de incertezas e por repetidos atos violentos antes de decidirem expor sua situação, isso decorre, possivelmente, de constantes ameaças e constrangimentos, bem como do medo e da vergonha. (2, 3, 11, 15, 47). Nesse sentido, Labronici et al. (2010) afirmam que a dependência financeira e o bem-estar dos filhos são preocupações constantes que interferem na decisão de sair de casa e expor a violência sofrida. (15).

A atitude da vítima em romper com o silêncio é motivada pela gravidade com que os atos violentos lhe atingem, principalmente se há a possibilidade de morte. (8, 17, 40). Na percepção de Brandão (2006) essa atitude também é gerada quando as vítimas chegam ao limite de sua dor, a agressão ocorreu em local público, deixou marcas visíveis no corpo, atingiu os filhos ou alguém externo à situação exerce pressão para a denúncia. (18).

O primeiro passo para o rompimento com a violência se dá quando a mulher sai de casa e procura a rede de apoio, constituída pela família, instituições de saúde, governo, conselhos, autoridades, delegacias, centros de referência, profissionais de saúde, amigos ou vizinhos. (11, 17). No entanto, não são todas que encontram o suporte da rede, o que contribui para o retorno da mulher ao convívio com o agressor. (2, 3, 22, 47). Além disso, o retorno também é justificado pelo sentimento de amor, pela dependência financeira, ameaças, incredibilidade na lei, desejo de manter a família, e a esperança de que o parceiro possa melhorar. (6, 60).

Estudos evidenciam que algumas vítimas realizam inúmeras denúncias, o que pode ser justificado pela ineficiência judiciária ou pela tardança no processo punitivo. (40, 46). No entanto, para Brandão (2006) a realização da denúncia é interpretada, por algumas vítimas, como um meio de intimidar o parceiro, assustá-lo e estimulá-lo a mudar as atitudes violentas. (18). Assim, ao realizar a denúncia, as mulheres afirmam não desejarem a prisão do parceiro, mas apenas mostrar-lhe que poderá sofrer consequências se voltar a agredi-la. (18, 40). Dessa forma, a retirada da denúncia torna-se um procedimento de rotina em muitas delegacias, principalmente se há reconciliação com o agressor, promessa de não agressão, preocupação com os filhos e dependência econômica. (3, 18, 40, 47, 55).

A desistência da denúncia, na perspectiva de Brandão (2006), é uma forma de barganha com o parceiro, como se fosse uma “carta na manga”, pois omitem dele o encaminhamento dado ao registro, para mantê-lo sob controle. (18). Por outro lado, a denúncia é como um ato libertador da mulher, pelo qual o agressor é retirado do lar e ela pode voltar a trabalhar, estudar, escolher suas roupas e interagir com outras pessoas. (46, 51, 55, 59).

As redes de apoio são abordadas em 13 estudos. (2, 3, 4, 8, 13, 14, 15, 16, 27, 36, 37, 49, 65). Na percepção das vítimas de violência, a credibilidade das leis de proteção têm-se tornado cada vez menor, à medida que realizam a denúncia, e o agressor permanece preso por pouco tempo. (2). Independentemente do serviço em que a mulher busca apoio, é necessário o estabelecimento de práticas que envolvam um bom acolhimento, escuta atenta, relação de confiança, estabelecimento de vínculo, solidariedade, diálogo e respeito as suas escolhas. (2, 4).

As vítimas de violência elegem como rede de apoio a igreja, polícia militar, amigos, família, vizinhos, delegacias, hospitais, serviços de saúde, programas sociais e casa abrigo. (2, 3, 8, 13, 15, 65). Por outro lado, Osis, Duarte e Faúndes (2012) relatam que há mulheres que deixam de procurar apoio nas unidades básicas de saúde por não visualizarem as mesmas como locais que podem prestar atendimento às vítimas de violência. (65). No estudo de Dutra et al. (2013), uma técnica de enfermagem reconhece a importância de prestar atendimento à vítima de forma integrada, no entanto, afirma que a rede está sendo, lentamente, construída pelos profissionais da saúde. (2)

De acordo com Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007), no cenário das delegacias especializadas, por vezes, os profissionais que nelas atuam encontram-se tão mergulhados na rotina de trabalho que acabam não abrindo espaço para a vítima desabafar e coletam apenas as informações necessárias para o inquérito. (16). A falta de agilidade na resolução do problema pela esfera jurídica é apontada como desmotivadora por profissionais e vítimas. (16). Outro impasse no atendimento é o uso do linguajar técnico da área jurídica, bem como a reprovação das delegadas pelo fato de algumas vítimas denunciarem apenas com o objetivo de corrigir o parceiro. (16).

Ainda no que tange aos impasses no atendimento à vítima de violência, Villela et al. (2011) evidenciam que as vítimas enfrentam longos períodos de espera para efetuar o registro nas delegacias especializadas, e que essas não abrem após o horário comercial nem nos finais de semana, obrigando a vítima à procurar atendimento em delegacias comuns. (37). Nessas, muitas vezes, a vítima é incompreendida e submetida a piadas e julgamentos preconceituosos, principalmente se for denunciar o próprio marido por estupro. (37). No entanto,

quando a violência sexual é praticada por desconhecidos, as vítimas são tratadas com prioridade e encaminhadas ao hospital. (16, 36).

A organização de alguns serviços de saúde também representa impasse ao atendimento à vítima de violência. Conforme relatado por Villela et al. (2011), em alguns casos, é o segurança da unidade quem faz o primeiro contato com as pacientes, orientando onde esperar e preencher a ficha do atendimento. (37) Também, devido a demanda, a consulta é realizada rapidamente, sem ao menos dar tempo para vítima acomodar-se em uma cadeira. (37).

Na visão de Audi et al. (2009), é necessário o envolvimento das diferentes esferas governamentais no combate à violência, por meio da elaboração de políticas e programas, fortes aliados para a desnaturalização da violência. (14). Para tanto, Gomes et al. (2012) orientam acerca da necessidade de capacitações e orientações das equipes de saúde, bem como do investimento pelos órgãos políticos e sociais, além de maiores recursos tanto financeiros quanto humanos para os serviços da rede de apoio. (49). Verifica-se, assim, que os enfoques dos estudos até então publicados são pertinentes e em muito contribuem, alertando as equipes de saúde acerca de aspectos fundamentais de sua atuação para o atendimento à mulher vítima de violência.

4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para transformar um fenômeno da representação social em um objeto de pesquisa é necessário “simplificá-lo”, essa simplificação da realidade é possível por meio da adoção de uma teoria, a Teoria das Representações Sociais (TRS). (SÁ, 1998). Dessa forma, para tornar o fenômeno da VDCM um objeto de estudo pautado na TRS, é imprescindível avaliar se ele produz Representação Social (RS) nos sujeitos que se pretende investigar.

Segundo Sá (1998, p.45), tal recomendação parte das premissas de que um objeto de estudo só é capaz de gerar RS caso tenha “relevância cultural e espessura social” e de que os fenômenos de RS estão em todos os lugares, a todo o momento no meio cultural, coletivo e individual.

Assim, assegura-se a pertinência de fundamentar o presente estudo na TRS, pois a violência doméstica contra mulheres, faz parte do cotidiano dos sujeitos, ou seja, dos TE e ACS, que atuam nas UBSF do município do Rio Grande. Este objeto de estudo povoa a mídia escrita e falada, sendo assim discutido, problematizado e muitas vezes vivenciado no dia a dia. Além disso, os TE e ACS desenvolvem rotineiramente ações domiciliares que propiciam a intimidade com as famílias da comunidade e a detecção de possíveis atos violentos. Portanto, alicerça-se este estudo na TRS por ela ser “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. (JODELET, 2001, p. 22).

Essa teoria surgiu em 1961, na França, com o psicólogo social Serge Moscovici que estudava a representação social da psicanálise. Moscovici inspirou-se no conceito das representações coletivas de Durkheim, por interpretar o termo “coletivas” como algo estático e tradicional e, acreditando que a sociedade moderna era dinâmica, substituiu o termo por “sociais”. (GUARESCHI, 2003). No entanto, um termo não anula o outro, eles complementam-se, “concebido assim de forma mais ampla, o campo pode ter seu contexto fenomenal mapeado ainda de uma outra maneira, ou seja, pela distinção entre diferentes tipos de representação em função de suas origens e respectivos âmbitos de inserção social”. (SÁ, 2002, p.38-39). Portanto, ao

trabalhar com RS, a análise não se centra no indivíduo, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade.

Os principais fundamentos de Moscovici foram publicados pela primeira vez no livro intitulado “Psicanálise, sua imagem e seu público”, o qual foi reeditado em 2012. Nessa obra o autor declara que ao elaborar a TRS pretendia “redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social a partir desse fenômeno, insistindo sobre sua função simbólica e seu poder de construção do real”. (MOSCOVICI, 2012a, p.16).

A teoria possui ampla complexidade, devido a isso Moscovici hesitou em criar uma definição para RS, pois julgava “que uma tentativa nesse sentido poderia acabar resultando na redução do seu alcance conceitual”. (SÁ, 2002, p. 30). Foi na década de 80 que a teoria ganhou força, nessa época Moscovici esclareceu que:

As representações sociais são entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. Como sabemos, correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração, e, por outro lado, à prática que produz tal substância, como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica ou mítica. (MOSCOVICI, 2012b, p. 39)

O autor estabeleceu a distinção entre mito e RS, referindo que, enquanto o primeiro é considerado uma forma arcaica de pensar e de situar-se no mundo, algo inferior e primitivo, as representações sociais são normas em nossa sociedade, elas correspondem a necessidades práticas, inclusive de adequar, por meio de transformações, o desenvolvimento das ciências à vida cotidiana. (MOSCOVICI, 2012a).

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. (MOSCOVICI, 2005, p.46).

As RS englobam um conhecimento particular no cotidiano, induzem a comportamentos e à comunicação entre indivíduos, possibilitando a aproximação com situações consideradas estranhas conforme a cultura que

tais indivíduos estão inseridos. Das práticas sociais surge a RS, esta por sua vez pode perpetuar ou contribuir para transformar tais práticas. (SÁ, 1998).

A TRS é complementada por três abordagens teóricas: Processual, Estrutural e Relacional. (SÁ, 1998). Esta última, desenvolvida por Willem Doise em 1986, possui articulação com a sociologia sob o ponto de vista de Pierre Bourdieu. Ela enfatiza as relações e suas condições de produção e circulação. (SÁ, 1998). Com base nessa abordagem, o autor afirma que “as representações sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”. (SÁ, 2002, p.33).

A Processual ou abordagem antropológica, descrita por Denise Jodelet em 1984, fundamenta-se nos processos de formação da RS. (SÁ, 1998). A autora afirma que as RS são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. (JODELET, 2001, p.22). Assim, tal abordagem descreve que na ampla dimensão da TRS, encontram-se como processos formadores da RS a ancoragem e objetivação. (SÁ, 1998).

Ancorar consiste na transformação do estranho ou não familiar em familiar. Associa-se o novo a algo já enraizado na memória, atribuindo-lhe um sentido e permitindo que o sujeito aceite o desconhecido. É o processo de ancorar que “enraíza a representação e seu objeto em uma rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência”. (JODELET, 2001, p. 38).

Tudo o que é estranho ao sujeito é, ao mesmo tempo, ameaçador e acarreta “uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas”. (MOSCOVICI, 2005, p.62). Portanto, o estranho passa por uma classificação em que o sujeito vai nomeá-lo em referenciais conhecidos para compreender a realidade. (MOSCOVICI, 2005).

Quanto à objetivação, é o processo formador de imagem e estruturante. Consiste em transformar o que é abstrato, em concreto e real, “é descobrir a

qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância”. (MOSCOVICI, 2005, p.72).

À objetivação são atribuídas duas funções, a naturalização e a classificação. Pela primeira, o imaginário é reproduzido em algo quase físico e dotado de significado. Já a classificação é a função que simboliza a realidade e permite que os seres sejam separados de seus atributos e categorizados de acordo com esquemas socialmente instituídos. (JODELET, 2001).

A abordagem Estrutural, elaborada por Jean-Claude Abric em 1989, origina a Teoria do Núcleo Central. Conforme o autor, a representação é constituída por um conjunto de opiniões, ações e crenças sobre algo social, organizando-se em um núcleo central. Esse constitui o elemento unificador e estabilizador da representação, é mais resistente à mudança e assegura a continuidade das representações sociais. (ABRIC, 1998). O núcleo elucida a natureza e a relação do grupo com o objeto social, bem como as normas e valores que regem a sociedade naquele momento. Para que o núcleo central de uma representação social exerça seu papel avaliativo e pragmático, deve conter dois tipos de elementos: os normativos e os funcionais.

Os elementos normativos são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos. Eles constituem a dimensão fundamentalmente social do núcleo [pois estão ligados] à história e à ideologia do grupo. São eles que determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto. *Os elementos funcionais* são associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias. São eles que determinam as condutas relativas ao objeto. (ABRIC, 2003, p.41, grifo do autor).

Como complementos indispensáveis ao núcleo central, estão os elementos periféricos que constituem a interface entre a realidade concreta e o sistema central, por isso são mais acessíveis. (ABRIC, 1998). Dessa forma, ao núcleo central são atribuídas as “características de estabilidade/rigidez/consensualidade e aos elementos periféricos um caráter mutável/flexível/individualizado”. (SÁ, 1998, p.77). Qualquer modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação, então “é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das

representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes”. (ABRIC, 1998, p. 31).

Frente aos objetivos apresentados neste estudo e considerando que, segundo Jodelet (2001), a representação é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, ou seja, a representação social sempre é de alguma coisa (objeto) para alguém (sujeito), reafirma-se a adequação da TRS para a investigação do fenômeno em estudo.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE PESQUISA: estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Para Gil (2010) a pesquisa exploratória tem em vista familiarizar o problema estudado, explicitando-o, permite aprofundar o conhecimento a respeito de um tema. Ainda, incluem-se nessa classificação, as pesquisas que almejam identificar opiniões, crenças e atitudes de um grupo. O autor afirma também que os estudos descritivos objetivam explicitar e detalhar características, propriedades ou relações existentes em uma população ou a natureza destas relações entre variáveis em estudo.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO: o município do Rio Grande/RS tem uma população de 197.228 habitantes, no entanto, por suas características portuária, universitária e litorânea, estima-se que esse quantitativo seja maior. Ao focar especificamente na população feminina, entre 10 e 19 anos de idade há 16.054 mulheres; entre 20 e 59 anos, 57.570 mulheres e com mais de 60 anos registram-se 15.890 mulheres. (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, funcionam 20 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), sendo 13 em área urbana e sete em área rural. As equipes de saúde dessas unidades totalizam 271 profissionais, dos quais 29 são Enfermeiros, 24 médicos, 40 TE e 178 ACS. Em cada UBSF utilizou-se uma sala localizada em local tranquilo, livre de ruídos e sem interferência de outras pessoas, pois as técnicas de coleta de dados empregadas, exigiam concentração para uma melhor reflexão e expressão das representações dos informantes. (OLIVEIRA et al., 2005).

5.3 SUJEITOS DO ESTUDO: Para a técnica de evocações livres foram convidados a participar todos TE e ACS atuantes nas UBSF do perímetro urbano e zona rural do município do Rio Grande, que concordaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B). Excluíram-se os profissionais que se recusaram a participar do estudo e os que estavam afastados por motivo de férias, licença ou falta.

Para a definição do número e local das entrevistas, primeiramente, elaboraram-se mapas das UBSF das zonas urbana e rural (apêndice C). A seguir, selecionaram-se quatro unidades de cada zona, com o objetivo de conferir representatividade aos dados, ou seja, procurou-se abranger as diferentes regiões de cada zona. Destas unidades, planejou-se obter um grupo de informantes composto por no mínimo um TE e dois ACS, de forma a contemplar a complexidade das construções psicossociais dos informantes. Frente à recusa ao convite ou à ausência de alguns, por motivo de férias, licença ou falta, foi necessário substituí-los por profissionais de outras UBSF, tendo-se o cuidado de manter a proporcionalidade entre eles e a representatividade entre as zonas urbana e rural.

Visando preservar o anonimato, as falas foram identificadas pelas letras TE para técnicos de enfermagem e ACS para Agentes Comunitários de Saúde, acrescidas do número arábico determinado pela ordem da coleta das evocações.

5.4 COLETA DE DADOS: Adotaram-se as técnicas de evocações livres e entrevista. A coleta dos dados que ocorreu de julho a novembro de 2013. Primeiramente, aplicou-se um questionário com questões fechadas referentes à situação pessoal e socioprofissional (apêndice D). Para as evocações solicitou-se aos sujeitos que evocassem cinco palavras ou expressões frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” (apêndice D). Destaca-se que o número de palavras ou expressões solicitadas é determinado, previamente, pelo pesquisador, sem exceder o limite de seis, pois, a partir disso há um declínio na rapidez de resposta, descaracterizando a espontaneidade da técnica. (OLIVEIRA et al., 2005).

As evocações livres possibilitam evidenciar o verdadeiro significado do objeto estudado de maneira mais rápida, espontânea e dinâmica que os demais métodos. (ABRIC, 2003). Também denominada como a associação de palavras ou associação livre, “permite a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas”. (OLIVEIRA et al., 2005, p.575).

Após as evocações livres, procedeu-se com a entrevista. Essa é um método de coleta que envolve uma conversa com sujeitos que estejam articulados de forma cultural e sensivelmente ao grupo, população ou instituição. (GIL, 2010). A entrevista pode ser aberta, “com questões e sequência predeterminadas, mas com ampla liberdade para responder”; guiada, “com formulação e sequência definidas no curso da entrevista”; por pautas, “orientadas por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso”; informal, “que se confunde com a simples conversação”. (GIL, 2010, p.120-121).

Assim, construiu-se um roteiro que contou com questões abertas (apêndice E), que possibilitaram apreender a percepção geral, profissional e pessoal acerca da VDCM. Quanto ao âmbito profissional, resgataram-se práticas de cuidado voltadas a pacientes vitimadas, bem como aos aspetos éticos e legais desse atendimento, incluindo a notificação e as dificuldades em executá-la. Do ponto de vista pessoal, investigou-se uma possível vivência da situação de violência no ambiente familiar bem como a conduta tomada.

Como fatores que dificultaram a coleta de dados, destaca-se a grande demanda de atendimentos nas UBSF, que acarretou em longos períodos de espera antes de iniciar a coleta. Ainda, destaca-se a localização de algumas UBSF, em especial as rurais, evidenciando a dificuldade de acesso as mesmas e a pouca disponibilidade de um meio de transporte. Como facilitador, ressalta-se a receptividade dos profissionais das equipes e o tratamento e atenção dispensada pelos mesmos.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS: foram analisados por meio de três técnicas distintas, duas destinadas às evocações e outra às entrevistas.

- *Evocações:* as palavras ou expressões evocadas foram organizadas, possibilitando captar o sistema de categorização construído pelos informantes. (OLIVEIRA et al., 2005). Assim, em seu formato original, digitou-se em documento *word* os termos precedidos da numeração de um a cinco, seguindo a ordem de evocação dada pelos sujeitos. Após realizou-se correção ortográfica e diminuição de frases ou expressões muito extensas para serem

processadas pelo *software*. Buscando uma homogeneização das evocações, criou-se um dicionário, padronizando-as.

Após esse preparo criou-se um *corpus*, também em *word*, com a inclusão de variáveis que foram codificadas. Para essa codificação, cada variável recebeu uma numeração, por exemplo, coluna um refere-se ao sujeito número um (001), coluna dois refere-se à zona de localização da UBSF, sendo 01 para urbana e 02 para rural e assim sucessivamente. Ex.: (001;02;01...).

Assim, o *corpus* foi salvo em arquivo Somente Texto (txt) e submetido ao *software* Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations - EVOC, proposto por Pierre Vergès, que adota como critérios a frequência e a ordem de aparição dos termos evocados. (VERGÈS, 2005; SÁ, 2002). A técnica de Vergès associada à informática constitui um instrumento que facilita a análise da estrutura e organização das Representações Sociais. (MARQUES; OLIVEIRA; FRANCISCO, 2003).

Esse programa identifica a frequência simples e a média ponderada de ocorrência de cada palavra; após, o pesquisador define um ponto de corte de acordo com o número de vezes que cada palavra foi evocada, as palavras situadas abaixo desse ponto são excluídas da análise. (OLIVEIRA et al., 2005). A partir da frequência mínima definida pelo pesquisador, ocorre a construção do quadro de quatro casas (figura 1), que permitirá identificar o possível núcleo central, os elementos da primeira e segunda periferia e os de contraste. (OLIVEIRA et al., 2005).

No quadrante superior esquerdo situam-se as palavras que se destacaram em relação à alta frequência e ordem de evocação mais próxima do um (OLIVEIRA et al., 2005), ou seja, as palavras constantes neste quadrante possuem frequência igual ou superior à frequência média e um valor de *Rang* (posição em que a palavra foi evocada pelo sujeito) menor ou igual ao *Rang* estabelecido pelo EVOC. Ainda, neste quadrante estão os termos mais significativos para os sujeitos constituindo, provavelmente, o núcleo central da representação.

Nos quadrantes superior e inferior direito localizam-se os elementos da primeira e segunda periferia, respectivamente. As palavras constantes na primeira periferia possuem frequência também maior ou igual à frequência

média e um *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC. Portanto “os elementos periféricos de uma representação social estabelecem a interface entre o núcleo central e a realidade concreta na qual são elaboradas e funcionam as representações”. (OLIVEIRA et al., 2005, p.591). Já as palavras da segunda periferia “apresentam baixa frequência e ordem de evocação mais distantes do 1” (OLIVEIRA et al., 2005, p.584), ou seja, elas possuem uma frequência menor que a frequência média e um *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC.

Por fim, no quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos de contraste que possuem uma frequência menor que a média e um *Rang* menor que o estabelecido pelo EVOC.

Figura 1. Quadro de quatro casas construído a partir da análise dos dados obtidos pelas evocações.

Núcleo Central Fr \geq frequência média Rang $<$ 3	1ª Periferia Fr \geq frequência média Rang \geq 3
Contraste Fr $<$ frequência média Rang $<$ 3	2ª Periferia Fr $<$ frequência média Rang \geq 3

Após a obtenção dos resultados dessa etapa, aplicou-se uma segunda técnica, a análise de similitude, proposta por Claude Flament em 1986, que tem por base o cálculo de conexidade entre os elementos da representação. (SÁ, 2002). Do ponto de vista estrutural de um estudo de representações sociais, a análise de similitude é utilizada para a verificação da “quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação”. (SÁ, 2002, p.123). As conexões resultantes da análise podem servir como um segundo indicador da provável participação do elemento no núcleo central. (SÁ, 2002).

Para tanto, com os termos constantes no quadro de quatro casas, retornou-se ao *corpus* original e verificou-se a ocorrência de duas ou mais palavras entre as evocadas por cada sujeito (figura 2). A partir dessa etapa, criou-se um novo *corpus*, apenas com os sujeitos que evocaram dois ou mais

termos do quadro de quatro casas. Com esse *corpus* computou-se as co-ocorrências possíveis e procedeu-se o cálculo do índice de similitude.

Figura 2. Quadro com a ocorrência de dois ou mais termos constantes no quadro de quatro casas.

EVOCAÇÕES	002	003	005	007	008	009	010	011	013	016
Abuso	1	1	1						1	
Agressão	1			1			1			
Agressão-física							1			
Covardia										
Falta de respeito		1		1	1			1		1
Abuso-poder										1
Dor						1				
Humilhação				1						
Impunidade					1					
Sufrimento			1							
Tristeza				1						
Violência									1	
Medo						1	1			
Revolta										
Baixa-auto-est.							1	1		
Submissão						1	1	1		

Este cálculo é feito com o número de co-ocorrência dividido pelo número de sujeitos envolvidos nessa análise (figura 3). (PECORA, 2007). A partir dos resultados construiu-se a árvore máxima, uma forma gráfica para sintetizar o conjunto de conexões existentes entre os elementos da representação. (PECORA, 2007). Para essa construção, parte-se das ligações com maiores índices de similitude, palavra a palavra vão se unindo, até que todos os termos constem na árvore, lembrando que a mesma não forma ciclos, caso isso venha ocorrer, deve-se ignorar a relação e procurar, na sequência, outra conexão. (PECORA, 2007).

Figura 3. Quadro de co-ocorrência para cálculo do índice de similitude.

Evocações	Abuso	Agressão	Agressão-física	Covardia	Falta de respeito	Abuso-poder	Dor	Humilh.
Abuso		0,042	0,021	0,031	0,063	0,063	0,010	0,021
Agressão	4		0,085	0,053	0,063	0,053	0,021	0,074
Agressão-física	2	8		0,010	0	0,021	0,021	0
Covardia	3	5	1		0,053	0,042	0	0,042
Falta de resp.	6	6	0	5		0,042	0,021	0,074
Abuso-poder	6	5	2	4	4		0,010	0,010
Dor	1	2	2	0	2	1		0,010
Humilhação	2	7	0	4	7	1	1	
Impunidade	1	4	0	2	2	0	0	3
Sofrimento	1	2	1	1	0	0	5	1
Tristeza	0	3	1	2	3	1	1	2
Violência	1	2	1					0
Medo	2	3	1					2
Revolta	0	4	2					2
Baixa-auto-est.	2	1	2					1
Submissão	0	4	2	2	3	0	1	3

Ex.: abuso e agressão

Índice de similitude = $4/94 = 0,042$

- **Entrevistas:** utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, para tanto as transcrições foram submetidas às fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, que inclui a inferência e a interpretação.

Pré-análise: consiste na organização do material e tem “por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais” de maneira que seja possível desenvolver com precisão as demais operações do plano de análise. (BARDIN, 2011, p. 125). Nela, as entrevistas foram transcritas e lidas repetidas vezes, procurando-se por meio desta leitura flutuante, conforme recomenda Bardin (2011, p.126) “conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”, ou seja, o conteúdo vai sendo apreendido e tomando sentido, o que possibilita a operacionalização das demais etapas analíticas.

Exploração do material ou codificação: nesta fase, os dados brutos vão, de forma gradativa e sistemática, sendo transformados em unidades de registro. Estas poderão ser palavras, frases ou mesmo parágrafos e com base nos critérios de relevância ou frequência de aparecimento das unidades de registro, criam-se as categorias analíticas, as quais representam as faces do objeto de estudo que foram apreendidas.

Neste estudo utilizaram-se como unidades de registros palavras e fragmentos de texto. As palavras foram utilizadas com vistas a dar consistência aos elementos identificados no quadro de quatro casas. Assim, procurou-se identificar os contextos em que foram empregadas durante as entrevistas. Os

fragmentos de texto foram utilizados para a construção de categorias analíticas apreendidas ao longo do processo de análise.

Tratamento dos resultados – inferência e interpretação: finalmente, nesta fase, procura-se destacar os resultados obtidos, podendo-se apresentá-los de forma discursiva.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS: Foram observados os preceitos legais da pesquisa com seres humanos, previstos na Resolução 466/2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob nº020/2013 (anexo B), bem como pelo Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do Rio Grande (anexo C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para apresentar os resultados e discussões da Representação Social de TE e ACS acerca da VDCM, inicialmente caracteriza-se o perfil dos sujeitos, após apresenta-se a análise geral da estrutura da representação social e a árvore máxima. Em seguida descrevem-se os quadros de quatro casas referentes às comparações relacionadas às variáveis: categoria profissional, zona de localização da UBSF, ano de conclusão do curso de formação e. Paralelamente buscam-se nas entrevistas fragmentos em que os termos evocados na análise estrutural são empregados, visando compreender seu contexto. Por fim, com base na abordagem processual, apresenta-se a influência dessas representações nas práticas de cuidado às vítimas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Participaram das evocações, 154 profissionais de saúde, sendo 39 TE e 115 ACS que trabalhavam em 12 UBSF urbanas e sete rurais, pois uma UBSF urbana recusou-se a participar. Das 19 UBSF, foram selecionadas quatro urbanas e seis rurais para a entrevista, totalizando 39 profissionais sendo 12 TE e 27 ACS. A diferença no número de TE e ACS, advém da composição das equipes que atuam nas UBSF as quais, além do enfermeiro e do médico, são formadas por um Técnico de Enfermagem e até 12 Agentes Comunitários de Saúde. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. (BRASIL, 2011b).

Analisando somente TE, a idade variou entre 27 e 60 anos, predominando a faixa etária acima de 50 anos, com 46,2%. A maioria, 84,6%, desses profissionais era do sexo feminino e 66,7% trabalhavam em UBSF da zona urbana. Entre os TE, 53,8% não possuíam companheiro (tabela 1). A comparação dos resultados desses profissionais com a literatura ficou prejudicada pela inexistência de publicações científicas que focassem exclusivamente os TE. No entanto, Oliveira e D'Oliveira (2008) analisam em conjunto o perfil de 129 TE e 50 enfermeiras e identificam que a idade variava

de 20 a 59 anos. Esses autores evidenciam também que a maioria reside com o parceiro.

Entre os ACS a idade variou de 24 a 65 anos, predominando a faixa etária dos 30 a 39 anos com 45,2% (tabela 1). No estudo de Fonseca et al. (2009) a faixa etária dos ACS variava entre 22 e 50 anos. Ao contrário dos TE, 76,5% dos ACS possuíam companheiro fixo e moravam com ele, o que pode facilitar o contato com situações de violência no ambiente familiar. Ressalta-se que, na maioria dos casos, a VDCM acontece no espaço doméstico e por pessoas com quem a vítima se relaciona. (MENDONÇA; SOUZA, 2010).

Tabela 1. Distribuição de TE e ACS segundo zona de localização da UBSF, sexo, faixa etária e estado civil. Rio Grande, RS, 2014.

Variáveis	TE		ACS	
	N	%	N	%
Zona de localização da UBSF				
Urbana	26	66,7	87	75,6
Rural	13	33,3	28	24,4
Sexo				
Feminino	33	84,6	107	93,0
Masculino	6	15,4	8	7,0
Faixa etária				
18 a 29 anos	1	2,6	18	15,7
30 a 39 anos	7	17,9	52	45,2
40 a 49 anos	13	33,3	28	24,3
50 ou mais anos	18	46,2	17	14,8
Estado civil				
Sem companheiro	21	53,8	22	19,1
Com companheiro e mora com ele	16	41,0	88	76,5
Com companheiro e não mora com ele	2	5,2	5	4,4

Fonte: Representações de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS. 2014.

Grande parte dos ACS trabalhava na zona urbana, deve-se considerar que o número de UBSF em área urbana é maior que na rural (tabela 1). Sabe-se que o ACS deve residir no bairro onde a UBSF se localiza. Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) identificam, em seu estudo, que a maioria dos ACS reside em zona urbana e é do sexo feminino.

Tabela 2. Distribuição de TE e ACS segundo escolaridade e ano de conclusão da formação. Rio Grande, RS, 2014.

Variáveis	TE		ACS	
	N	%	N	%
Escolaridade				
Superior Compl.	4	10,2	4	3,5
Superior Inc.	3	7,7	15	13,0
Médio Compl.	30	76,9	89	77,4
Médio Inc.	1	2,6	3	2,6
Fund. Compl.	1	2,6	4	3,5
Ano de conclusão da formação				
Até 31/12/2003	18	47,4	40	36,7
A partir de 01/01/2004	20	52,6	69	63,3

Fonte: Representações de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS. 2014.

Quanto à escolaridade, 76,9% dos TE possuíam o ensino médio completo, sendo que a maioria, 52,6%, o concluiu no ano de 2004 ou posteriormente (tabela 2). Destaca-se que a conclusão do ensino médio é pré-requisito para a realização do curso técnico que tem a duração de dois anos (BRASIL, 1986). Dentre esses profissionais, dois eram auxiliares de enfermagem e não possuíam o ensino médio.

Enfatiza-se que 17,9% dos TE estavam cursando ou haviam concluído o ensino superior, superando a exigência mínima para o exercício de sua função (tabela 2). Oliveira e D'Oliveira (2008), ao analisarem em conjunto TE e enfermeiras, constatam que a maioria possui o ensino médio completo, seguido do ensino superior.

A escolaridade mínima para exercer a profissão de ACS é o ensino fundamental e, desde 2006, conforme a Lei nº11.350, devem realizar um curso introdutório de formação inicial e continuada para exercer a profissão. (BRASIL, 2006b). Evidencia-se que a maioria, 77,4%, possui o ensino médio completo e 16,5% estavam cursando ou haviam finalizado o ensino superior (tabela 2), o

que também supera a exigência mínima de escolaridade para o exercício profissional. Tal resultado aproxima-se dos achados de Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007), em que a maioria dos ACS possui o ensino médio completo. Por outro lado, Fonseca et al. (2009) identificam que os ACS possuem apenas o ensino fundamental completo.

Da mesma forma que os TE, a maioria dos ACS 63,3%, concluíram sua escolaridade em 2004 ou posteriormente (tabela 2). Tal resultado, associado às faixas etárias predominantes e aos índices relacionados ao ensino superior, sugere que os profissionais estão buscando uma melhor qualificação profissional.

Tabela 3. Distribuição de TE e ACS segundo tempo de trabalho na UBSF e participação em eventos. Rio Grande, RS, 2014.

Variáveis	TE		ACS	
	N	%	N	%
Tempo de trabalho				
Meses a um ano	11	28,2	9	7,8
2 anos a 5 anos	12	30,8	75	65,3
6 anos a 10 anos	9	23,1	22	19,1
11 anos ou mais	7	17,9	9	7,8
Participação em evento				
Sim	27	69,2	90	78,3
Não	12	30,8	25	21,7

Fonte: Representações de Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS. 2014.

O tempo de trabalho na UBSF até o momento da coleta dos dados variou de alguns meses a 15 anos para os TE, predominando 30,8% entre dois e cinco anos (tabela 3). Para os ACS o tempo de trabalho variou de alguns meses a 17 anos, predominando 65,3% com dois a cinco anos.

Tais variações podem estar relacionadas à transferência de profissionais entre às UBSF, bem como ao constante ingresso de novos trabalhadores. Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) identificam que os ACS tinham entre sete meses e seis anos de trabalho, no entanto, muitos já exerciam a

profissão desde 1999, ano de implantação do Programa Saúde da Família. Também, Fonseca et al. (2009) apontam que os ACS tinham seis anos de trabalho.

Quando investigada a participação dos profissionais da saúde em algum evento ou curso sobre VDCM, desenvolvido em ambiente de trabalho, a maioria dos TE, 69,2%, e dos ACS, 78,3%, respondeu positivamente. Vislumbra-se que a participação nesses eventos possibilite a problematização do fenômeno e o planejamento de estratégias para a prática de cuidado às vítimas.

6.2 ANÁLISE ESTRUTURAL DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: TE E ACS

O *corpus* formado pelas evocações dos TE e ACS frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 767 palavras sendo 226 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E) foi três, a frequência mínima onze, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a 19. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro geral). (quadro 1).

Quadro 1. Estrutura das Representações Sociais de TE e ACS acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E < 3		≥ 3				
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 19	Abuso	19	2,263	Medo	31	3,129
	Agressão	35	1,857	Revolta	20	3,150
	Agressão-física	20	2,550			
	Covardia	25	1,880			
	Falta-de-respeito	31	2,484			
< 19	Abuso-poder	14	2,857	Baixa-auto-estima	18	3,556
	Dor	12	2,417	Submissão	18	3,222
	Humilhação	15	2,933			
	Impunidade	13	2,846			
	Sofrimento	14	2,643			
	Tristeza	15	2,733			
	Violência	11	2,545			

O sistema central de uma representação é duradouro, determinado socialmente, e liga-se “às condições históricas, sociológicas e ideológicas,

diretamente associado aos valores e normas, definindo os princípios fundamentais em torno dos quais se constituem as representações”. (ABRIC, 1998, p.33). O quadrante superior esquerdo constitui o provável Núcleo Central (NC), mais resistente a mudanças, é ele que unifica e estabiliza a representação. (ABRIC, 1998).

Portanto, no NC, encontram-se os cinco termos mais significantes para os sujeitos, pois possuem alta frequência de evocação e são mais prontamente evocados. Associados à caracterização descritiva e à inserção do objeto em estudo nas práticas sociais, identificam-se os termos *agressão* e *agressão física*, que constituem elementos funcionais. Ainda, os termos *abuso*, *covardia* e *falta de respeito*, indicando elementos normativos, originados do sistema de valores dos indivíduos, “determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto”. (ABRIC, 2003, p.41). A coexistência de tais elementos possibilita ao NC desempenhar seu papel avaliativo e pragmático, o que envolve tanto justificar os julgamentos de valor quanto a direcionar as práticas específicas. (ABRIC, 2003).

Nesse contexto, o termo *agressão* foi o mais frequente e prontamente evocado, ao passo que *falta de respeito* foi o segundo mais frequente e *covardia* o segundo mais prontamente evocado. A possível centralidade da RS da VDCM está fundamentada em aspectos negativos. Tais aspectos referem-se aos julgamentos do profissional em relação às ações do agressor e à qualificação das diferentes formas de violência. Assim, alguns termos do NC emergiram nas falas dos entrevistados, ao tentarem explicitar o que significava VDCM e comentar casos em que prestaram atendimento:

“É um **desrespeito** ao todo..., ao ser humano, parceira, mãe...” (TE-14)

“O **desrespeito** pela mulher, por eles acharem que somos o sexo fraco... é **agressão** em geral.” (ACS-188)

“Eu acho que é uma **agressão física**.” (ACS-142)

“É uma grande **falta de respeito** com a pessoa...” (TE-138)

“É todo tipo de violência, tanto **agressão física**, como a verbal...” (TE-155)

“É todo tipo de **agressão**, verbal, física, mental, todo tipo de **agressão** é violência.” (TE-54)

“Ela [vítima] disse que toda vez que seu esposo chegava em casa bêbado e ela comenta alguma coisa, ela apanha. É covardia!” (TE-95)

Observa-se que *agressão* e *agressão física* indicam a esfera funcional da VDCM interpretadas pelos TE e ACS. Demonstram que a ocorrência da *agressão física* deixa marcas no corpo da vítima e mesmo que não queira expõe sua situação violenta. Confirmando tal premissa, um estudo revela que a forma física da violência é facilmente reconhecida devido aos ferimentos e hematomas deixados no corpo da vítima. (LEÔNCIO et al., 2008). O termo generalizado *agressão* pode ter sido empregado para abarcar, além da forma física, as violências psicológica, patrimonial, moral e sexual, mesmo que não sejam assim denominadas pelos informantes.

Embora a violência física seja mais facilmente reconhecida, a maioria das mulheres casadas de um grupo pesquisado na Etiópia relatam ser, principalmente, vítimas de violência psicológica, como ciúmes, controle, ameaças, entre outros, seguida da física e sexual. (SEMAHEGN; BELACHEW; ABDULAH, 2013). Resultado semelhantemente é obtido em uma pesquisa realizada com mulheres do Iraque. (AL-ATRUSHI et al., 2013).

Os termos *abuso*, *falta de respeito* e *covardia* relacionam-se a julgamentos do profissional em relação às ações do agressor frente ao ato violento contra a mulher. Nesse sentido, um grupo de técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos compreendem a violência contra a mulher como desrespeito, agressões, atos físicos, intimidação e humilhação. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009). Embora o termo *abuso* não tenha sido explicitado durante as entrevistas, ele surge de maneira subjetiva nas entrelinhas, principalmente, ao afirmarem que a mulher não pode comentar o uso do álcool pelo marido, pois o simples comentário gera violência.

Os elementos periféricos são mais flexíveis e localizam-se no quadrante superior e inferior direito, sendo a primeira e segunda periferia, respectivamente. Tais elementos são mais acessíveis, vivos e concretos, “eles constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é laborada ou colocada em funcionamento”. (ABRIC, 1998, p.32). A transformação de uma representação se dá pela modificação dos

elementos do sistema periférico, é nele que “poderão aparecer e ser toleradas contradições”. (ABRIC, 1998, p.32).

Os termos constantes na primeira periferia, complementando o NC, possuem alta frequência, mas a posição média da ordem de evocação foi igual ou maior que três, impossibilitando que integrassem o NC. Portanto, *medo* foi o mais frequente e prontamente evocado, seguido de *revolta*. Essas duas palavras representam a esfera emocional da vítima e do profissional em relação ao agressor.

O sentimento de impotência, incerteza e medo da reação do agressor permeia a atuação profissional. (VIEIRA et al., 2013). Neste estudo o *medo* se faz presente e, muitas vezes, pode interferir no atendimento à vítima:

*“Tu fica com **medo** de te meter, de orientar, porque a gente sabe que é aquela coisa, o casal briga, e depois no dia seguinte volta ao normal. Então, em uma conversa [do casal] ela diz: - se eu vou atrás do que me dizem, eu tinha feito isso, isso e isso! E o homem pergunta: - mas quem que te disse? Quando tu vê, está se incomodando por ter se metido [...] A gente tem **medo** de se expor porque sabe que de repente pode dar alguma coisa [...] em outra unidade, tu tinhas que ver e ficar quieto, porque senão quando tu saía, recebia um tiro na cara [...] se tu vais te meter, elas [vítimas] acham ruim e depois elas mesmas falam para o marido que foi tu quem incentivou, denunciou, que ela não queria fazer, mas que foi o posto [UBSF] que incentivou...” (TE-95)*

*“Aonde tu denunciar, tu não pode continuar trabalhando [...] Como é que tu vai continuar trabalhando? [...] Tu trabalhas com **medo**, não consegues fazer nada. Ainda mais que botaram que tem que morar no ambiente que trabalha, todo mundo sabe quem eu sou, o endereço!” (ACS-13)*

Segundo o Decreto nº 3.189 de 1999, o ACS deve residir na comunidade em que trabalha. (BRASIL, 1999). Se por um lado isso facilita a aproximação e o vínculoafinidade com as famílias da comunidade, por outro pode prejudicar o alcance total de sua atuação profissional. Pois, embora ele atenda a vítima enquanto ACS, no final do dia ele caminha pelas ruas do bairro e se dirige para casa como qualquer outro morador da comunidade. Pode até mesmo vizinhar com o agressor e vítima, assim, o *medo* de sofrer represálias permeia suas decisões frente à VDCM.

Na fala do TE evidencia-se que o medo de sofrer consequências permeia as ações, referentes ao atendimento. Os profissionais utilizam o termo *medo* para designar um sentimento constante que a vítima tem em relação ao agressor e às reações dele. Isso, muitas vezes, a impede de buscar ajuda e

denunciar a situação de violência e, segundo Leôncio et al. (2008), o medo faz com que a vítima minimize a agressão. Verifica-se que as vítimas temem que os profissionais da UBSF denunciem a situação.

*“Ele vai na casa dela, ela tem **medo**, mas não sei porque volta, eu não entendo isso.” (ACS-157)*

*“A gente tenta explicar para elas aqui, que tem que denunciar, mas elas têm **medo**, não adianta...” (TE-95)*

*“Foi a família que confirmou, ela nega e acabou nem usando mais o posto, porque ela tem **medo** que a gente vá fazer alguma coisa [...] Eu disse para ela vir no posto que tinha sulfa para passar [nos ferimentos], conversar com a enfermeira, e ela não queria por nada, acho que por **medo** que pudessem relatar alguma coisa.” (ACS-104)*

Detectou-se uma situação em que o profissional de saúde, além de conviver com a vitimização das clientes, sofria violência, sendo seu pai o agressor:

*“Eu ficava em estado de nervos, com **medo**, não sabia o que fazer, não sabia se saía, se ficava, era horrível, era muito triste.” (ACS-02)*

A dominação masculina é geradora de medo tanto para as vítimas como para os profissionais que, devido a esse sentimento, consideram sua atuação individual precária. (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). O medo também é citado como uma consequência da violência, pois as vítimas vivem em constante alerta, sem saber quando e como será o próximo episódio de agressão. (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

Outro sentimento manifestado pelo profissional é a *revolta* que pode ser resultante do apoio dado à vítima para encorajá-la a sair da situação violenta, a qual, muitas vezes, resulta em reconciliações e manutenção da violência. Assim, esse fenômeno é penoso tanto para a vítima que procura o serviço quanto para os profissionais que às assistem. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009). O profissional também cultiva o sentimento de *revolta* frente a todo e qualquer ato violento contra as mulheres, muitas vezes, por já ter passado por situações semelhantes.

*“Às vezes a pessoa vem no outro dia totalmente [diferente] já é outra versão, mesmo que a gente saiba que aconteceu aquilo..., que ela foi agredida..., no outro dia troca a versão, isso **revolta!**” (TE-138)*

*“O que eu vejo é o ser humano voltando à época das cavernas, onde a mulher era usada como bicho, arrastada, maltratada, é isso que eu vejo e hoje em dia isso não pode acontecer porque está tudo muito evoluído, quando me deparo com uma situação dessas eu me **revolto** muito!” (ACS-03)*

*“Eu me **revolto** contra essas violências porque eu já passei por coisas...” (ACS-79)*

A *revolta* pode indicar, ainda, que TE e ACS estão cientes da necessidade de modificar e criar estratégias de intervenção junto ao grupo de mulheres de sua comunidade, embora, muitas vezes, as vítimas não desejem. Além de revolta, um estudo identificou os sentimentos de indignação, raiva e pena relatado por profissionais da saúde envolvidos na assistência à vítima. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Um estudo feito com ACS revela que esses profissionais elencam revolta e raiva ao referirem-se ao agressor. (FONSECA et al., 2009). Esses sentimentos também são partilhados por enfermeiros e médicos de um estudo realizado com foco na violência de gênero. (VIEIRA et al., 2013).

A segunda periferia é composta por termos evocados com menor frequência e menos prontamente, considerados os menos importantes. (OLIVEIRA et al., 2005). Essa zona constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais. (OLIVEIRA et al., 2007). Assim, os termos *submissão* e *baixa-auto-estima*, tiveram a mesma frequência de evocação, superior a três. Essas palavras evidenciam a imagem que os profissionais criaram das vítimas que se encontram imersas em um relacionamento prejudicial à saúde.

*“A cara dela deformada... olho roxo, boca cortada que não tinha como esconder com base [no rosto, para cobrir as marcas], aquilo que eu falei..., a **autoestima**...” (ACS-100)*

*“Porque a janta não estava pronta na hora que ele queria e aí eu disse que ela não é uma mulher jovem que tenha que se **submeter** a esse tipo de coisa. Uma mulher vivida já tem os filhos criados e ela me respondeu que viveu a vida toda assim e que agora já estava acabando a vida dela.” (ACS-03)*

*“A mulher é **submissa**, é o não do pai, o não do marido. Ela [vítima] falou que ele bebia, que quando ele não bebia era uma pessoa boa e aí a gente via a **submissão** dela, porque só quando ele bebia ele era agressivo.” (ACS-01)*

Os TE e ACS avaliam a postura da vítima e as aconselham a sair do relacionamento violento, a deixarem de ter medo e de serem submissas ao

agressor. Já a *baixa-auto-estima* apoia-se na imagem de uma face desfigurada pela violência e no sentimento de vergonha que a vítima tem por não conseguir mascarar hematomas e ferimentos.

Apesar de a vítima ser identificada como frágil e submissa, os ACS, em uma pesquisa, relatam que elas são capazes e devem colocar-se como responsáveis no processo de denúncia ao agressor. (FONSECA et al., 2009). Outro estudo, com enfermeiras e médicos, evidencia que a imagem da mulher, enquanto vítima de violência, é fortemente associada à visão de desproteção e de submissão ao homem. (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de contraste que possuem baixa frequência e O.M.E menor que três. Nele constam os termos: *abuso-poder, dor, humilhação, impunidade, sofrimento, tristeza, violência*. Os elementos da zona de contraste também são considerados importantes e possivelmente, reforçam ideias constantes na primeira periferia ou ainda revelam a existência de um subgrupo minoritário que possui uma representação diferente. (OLIVEIRA et al., 2005).

Ao comparar o NC das representações de profissionais que atuam em UBSF da zona rural e de ACS, com a zona de contraste do quadro geral, observa-se os primeiros têm no NC de sua representação os termos *sofrimento* e *tristeza*. Esse último termo também integra o NC da representação dos ACS demonstrando assim, a existência de dois subgrupos com RS que contêm variações. Nesse sentido, Oliveira ET al (2005) advertem que tal variação não modifica os elementos centrais nem a própria representação da totalidade dos informantes.

Destacam-se *humilhação* e *tristeza*, as mais frequentes, ambas citadas 15 vezes. O primeiro termo prontamente evocado é *dor* e o segundo *violência*. Observa-se nessa zona a esfera emocional fortemente associada aos sentimentos da vítima frente ao ato violento, representada pelos termos *humilhação, sofrimento, tristeza e dor*.

Este último é aplicado como uma sensação corporal por consequência da agressão física. É possível evidenciar em um estudo que, das mulheres que sofriam violência física, a maioria relatou contusões e dores no corpo, além de ferimentos e ossos quebrados. (SEMAHEGN; BELACHEW; ABDULAH, 2013).

Por outro lado, no sentido figurado, *dor* também representa um sentimento do profissional e da vítima em relação ao ato violento.

*“Todo tipo de violência, não precisa ser uma agressão, com **dor**, mas principalmente com palavras.” (ACS-148)*

*“Conversei com a pessoa, ela estava com **dor**, tinha caído, a princípio. Eu disse que ela precisava fazer um raio x [...], estava **doendo** bastante e ela disse que não podia porque iriam perguntar como que isso aconteceu e ela não tinha como explicar e não queria que ele fosse processado...” (ACS-79)*

*“É muito **dolorido** para mim [falar sobre o caso de violência atendido]” (ACS-139)*

*“Nem sei o que **dói** mais, se tu ver a pessoa ou a pessoa que fica totalmente arrasada...” (TE-138)*

Da mesma forma, *sofrimento* é tido como uma consequência da violência e um sentimento da vítima. Também tal termo é empregado quando o profissional se identifica como vítima de violência doméstica:

*“Tu está impotente frente aquela situação, frente aquela dor, aquele **sofrimento** que gera e todas as consequências que vem desse tipo de violência.” (TE-194)*

*“Eu já vou na casa dela há mais tempo, então me contou que **sofria**, que o marido batia com a cabeça dela na parede, que ela tinha medo de ter alguma coisa...” (ACS-157)*

*“O que eu presenciei foi uma violência psicológica, em um relacionamento que eu tive. Demorei para ver que eu estava **sofrendo** aquilo, quando eu li um banner que a gente tinha, eu disse: -[palavrão], eu estou **sofrendo** isso!!” (TE-194)*

Movidas pelas experiências depreciativas, as vítimas de violência relatam medo, sofrimento e tristeza. (MONTEIRO; SOUZA, 2007). No entanto, neste trabalho o sentimento de *tristeza* é associado unicamente ao profissional, por exemplo ao presenciar uma situação de violência entre familiares ou de algum caso atendido na UBSF.

*“Foi de **tristeza**, por eles não terem equilíbrio de conversar, manter a calma [...] eu achei muito **triste**...” (TE-08)*

*“Ela chegou muito machucada e como eu tenho já esse [vínculo] eu fico **triste**, deprimida por ver essas coisas...” (TE-08)*

Ao contrário do termo *tristeza*, *humilhação* refere-se à vítima e às situações que ela suporta do agressor, mesmo que nesse caso a vítima seja

uma ACS. Por vezes a humilhação e raiva podem estimular a vítima a formalizar a queixa contra o agressor. (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

*“Se eu comprasse alguma coisa que na visão dele não era necessário, eu estava colocando dinheiro dele fora, porque quem trabalhava era ele, quem sustentava a casa era ele, uma **humilhação!**” (ACS-03)*

O agressor inicia privando a mulher do convívio com familiares e amigos, a seguir adota práticas que levam ao constrangimento e à humilhação e, finalmente, à violência física. (LEÔNCIO et al., 2008). Como reforço do NC, para a qualificação das diferentes formas de VDCM, identifica-se o termo *violência*. Também *abuso-poder* reforça o termo *abuso* do NC e concretiza o exercício do *poder* que o agressor acredita ter sobre suas vítimas.

*“Eu até vi que [ela] sofre algum tipo de **violência**, mas não vejo marcas, as marcas não tão visíveis são até piores”. (ACS-157)*

*“Eu não sei se era respeito ou era medo, a gente não tinha ação, ficávamos quietas e achando que aquilo era normal, o dono da casa, o homem tem **poderes** e a gente não tem!” (ACS-10)*

*“Tem muito isso, o homem **pode** tudo e a mulher não, acho que é uma **violência**.” (TE-08)*

Verifica-se que *violência* assim como *agressão* é empregada em um sentido generalizado, que engloba todas as outras formas, que não a física. Quanto ao *poder*, um estudo aponta que Enfermeiros e médicos visualizam a agredida como a vítima e o agressor como algoz, forte e detentor do poder. (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Evidenciam-se as relações de poder entre homens e mulheres, mantidas de geração em geração e que pode ser o gatilho para os sentimentos de medo, revolta, sofrimento, tristeza, entre outros.

Ainda, a palavra *impunidade* primeiramente faz lembrar a pouca ou demorada resolutividade de medidas que visam punir o agressor. No entanto, os TE e ACS empregam, subjetivamente, o termo referindo-se ao fato das vítimas deixarem seus agressores livres de punição, seja por não desejarem denunciar ou por denunciarem e acabarem voltando atrás.

*“Eu acho que é uma **impunidade** bem grande que acontece, que a gente vivencia.” (TE-194)*

“Na última briga deles veio polícia, promotor, meu sogro foi afastado de casa [...] o que aconteceu? Passou uns seis meses ela [sogra] pediu para ele voltar, foi na polícia [...] ele está em casa agora, fez tudo de novo [...]. Umás três famílias aconteceu da polícia vir, afastar a pessoa da casa, o que aconteceu? A pessoa [vítima] ir lá e pedir para ele voltar...” (ACS-157)

“Ele nem registrou queixa, não fez nada, ele só disse que tinha que ser ela, que tinha que ser a vítima e não eu [profissional]!” (ACS-139)

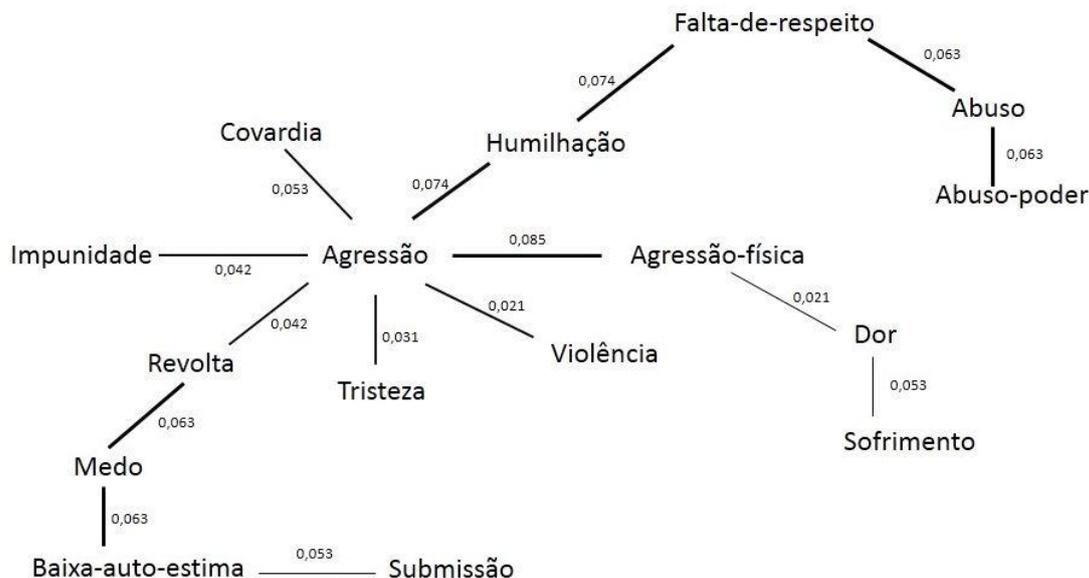
Ainda, os agressores saem impunes, quando o profissional tenta denunciá-los e o responsável da delegacia faz pouco caso. Nesse sentido, muitas mulheres se dizem cansadas de procurar por apoio jurídico, uma vez que o fizeram e não obtiveram resposta, ou seja, sem uma solução eficiente. (PAZO; AGUIAR, 2012). Algumas vítimas realizam inúmeras denúncias, o que pode ser justificado pela ineficiência judiciária ou pela tardança no processo punitivo. (VIEIRA et al. 2012).

6.3 ANÁLISE DE SIMILITUDE: ÁRVORE MÁXIMA DA REPRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Evidencia-se, pela análise do quadro de quatro casas geral, que o termo *agressão*, mais frequente e mais prontamente evocado, possivelmente constitui a centralidade da representação. Após analisar a conexidade entre os termos constantes no quadro, verifica-se que *agressão* estabelece muitas conexões com outros elementos (figura 4). O maior índice de conexão foi com o termo *agressão física*, presente no NC. Tais termos apontam a tentativa de qualificar as diferentes formas de VDCM, sendo a física mais facilmente reconhecida devido às visíveis marcas deixadas no corpo da vítima.

Embora tenha uma fraca conexão com *agressão física*, o termo *dor* e, em seguida, *sofrimento* associam-se com a prática cotidiana dos indivíduos, possivelmente apontando as vagas queixas feitas pelas vítimas ao procurarem o serviço de saúde, tentando omitir a violência física e suas consequências.

Figura 4. Árvore máxima da análise de similitude das evocações mais frequentes na análise geral de TE e ACS. Rio Grande, RS, 2014.



A noção de *agressão* é central para a representação da VDCM, mantendo conexões também com os termos: *humilhação*, *covardia*, *impunidade*, *revolta*, *tristeza* e *violência*. A maioria desses termos pertence à zona de contraste, exceto *covardia* do NC e *revolta* da primeira periferia. Destaca-se esta última por manter conexões com o termo *medo*, também da primeira periferia, seguida de *baixa-auto-estima* e por fim *submissão*, ambas da segunda periferia.

Percebe-se que, possivelmente, a *agressão* gera o sentimento de *revolta*, tanto para a vítima como para o profissional. Ao vivenciar uma situação violenta ou prestar atendimento à vítima, o sentimento de *medo* multiplica-se e, por vezes, impede que seja tomada alguma ação contra o agressor que, por sua vez, leva à *baixa-auto-estima* e mantém, vítima e profissional, submissos frente à imagem dominadora do agressor.

A segunda conexão com o termo *agressão* foi *humilhação*, o mais frequente da zona de contraste, que por sua vez tem uma forte conexão com *falta de respeito* que tem conexão com *abuso*, ambos constantes no NC. Este último, mantendo um forte índice, tem conexão com *abuso-poder*, da zona de contraste.

6.4 ANÁLISE ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER, SEGUNDO AS VARIÁVEIS SELECIONADAS

Apresentam-se as comparações das representações sociais de acordo com as variáveis incluídas neste estudo. Primeiro estuda-se a categoria profissional, TE e ACS. Em seguida a zona de localização da UBSF, urbana e rural, o ano de conclusão da formação até 2003 e após 2003 e finalmente a idade menor que 40 anos e igual ou maior que 40 anos.

6.4.1 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: categoria profissional

Comparando-se, esquematicamente, as estruturas representacionais da VDCM dos TE com a dos ACS é possível distinguir, pelas intercessões, os elementos em comum daqueles pertencentes apenas ao NC de uma ou outra representação. Este esquema é uma adaptação da análise representacional apresentada por Pecora (2007), em sua tese de doutorado intitulada “memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua Juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX”. Nela, a autora sintetizou os resultados da análise dos núcleos centrais da referida representação. Na figura 5 encontra-se a comparação entre TE e ACS, na figura 6 a comparação desses grupos com o resultado da análise estrutural geral.

Figura 5. Comparação dos núcleos centrais da representação de TE e ACS acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

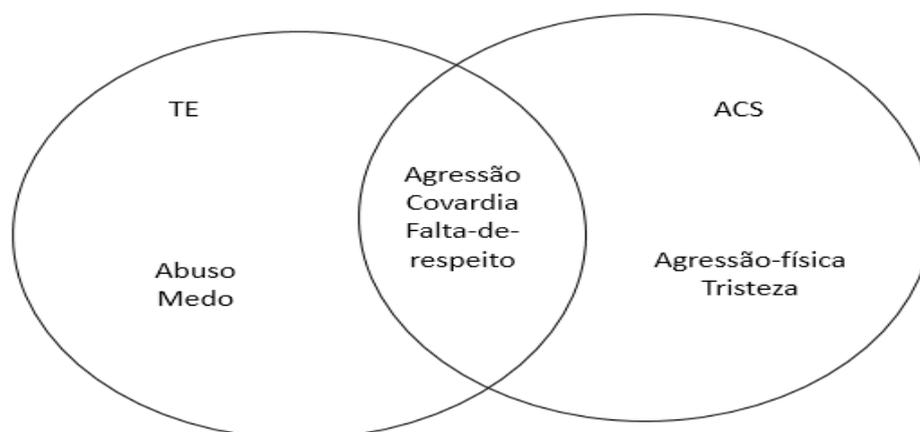
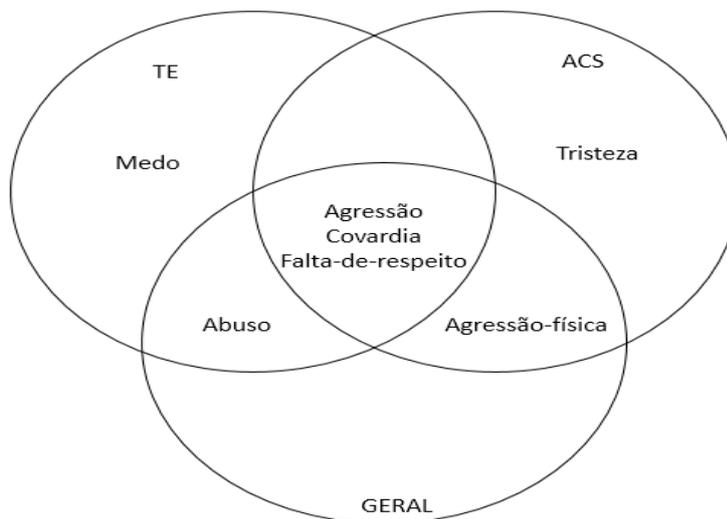


Figura 6. Comparação dos núcleos centrais da representação de TE e ACS acerca da violência doméstica contra a mulher com o núcleo central da análise geral. Rio Grande, RS, 2014.



Nota-se que os elementos mais frequentes (*agressão e falta de respeito*) e mais prontamente evocados (*agressão e covardia*), presentes no NC da análise geral da representação social, são comuns aos esquemas advindos das representações dos TE e ACS.

O termo *agressão física* mantém-se no NC da representação dos ACS, assim como *abuso* no NC da representação dos TE. Para estes profissionais surge o termo *medo* no NC, presente na primeira periferia do quadro geral e, como se pode visualizar, no quadro 2 é o segundo mais frequente. Para tais profissionais é mais intenso o sentimento de *medo*.

No NC da representação dos ACS surge o termo *tristeza* que no quadro geral localiza-se na zona de contraste. É possível visualizar no quadro 3 que tal termo possui baixa frequência, possivelmente demonstra a esfera emocional que a situação de violência gera nesses profissionais.

O *corpus* formado pelas evocações dos TE frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 195 palavras sendo 106 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima três, as palavras com

frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a cinco. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 2).

Quadro 2. Estrutura das Representações Sociais de TE acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 5	Abuso	6	2,333	Aceitação	5	3,000
	Agressão	14	1,500			
	Covardia	7	2,571			
	Falta-de-respeito	6	2,167			
	Medo	10	2,900			
< 5	Abuso-poder	3	2,667	Auto-estima-baixa	3	4,000
	Agressão-física	4	2,000	Dependência econômica	3	4,000
	Humilhação	3	2,667	Família	4	3,500
	Intolerância	3	2,667	Financeiro	3	4,667
	Maldade	3	2,000	Impunidade	3	3,000
				Omissão	4	4,000
				Revolta	4	3,000
				Submissão	3	4,000
				Vergonha	3	3,667

Observa-se que o único termo presente na primeira periferia, *aceitação*, não foi citado literalmente, mas no contexto das falas seu significado fica explicitado, representando a postura de conformismo que os TE assumem frente às circunstâncias descritas no NC. Esses profissionais deparam-se com situações que os levam a descrever no fim do ciclo da violência. Entre essas situações cita-se a falta de iniciativa da vítima em querer romper com a violência, a pouca resolutividade judicial e a morosidade quanto às medidas de punição ao agressor.

Principalmente pelo fato das vítimas não desejarem fazer a denúncia do agressor, os profissionais acabam tolerando as situações de violência e desistem de tentar estimular e apoiar a vítima a enfrentá-las. Embora os TE reconheçam que devam denunciar, não o fazem para não ir contra o desejo da vítima. Assim, abrem mão de suas responsabilidades e permitem que a violência se perpetue:

*“Às vezes as coisas não andam como tem que andar e tu tens que **aceitar**... No fim, depois o paciente acaba se **acomodando**.” (TE-145)*

Destaca-se que, embora *aceitação* tenha sido evocado somente pelos TE, o termo surge nas falas dos ACS referindo-se como uma avaliação da postura que a vítima assume diante da sua relação violenta com o parceiro.

“Não entendo, porque seria uma relação que eu não aguentaria muito tempo, mas talvez na visão dela, o modo como ela levou a vida, ele foi o único namorado, único homem. Para ela, aquilo ali tinha outro peso, que talvez para mim e minha geração tem outro...” (ACS-100)

“Elas [as vítimas] estão aceitando aquilo [a violência], mas elas sabem que não precisam aceitar!” (ACS-157)

A aceitação da violência pela vítima e a defesa pelo agressor ao vê-lo ser preso por policiais, também encontra-se em um estudo com mulheres casadas da Etiópia. (SEMAHEGN; BELACHEW; ABDULAH, 2013). Muitas vezes, a *aceitação* advém da *dependência econômica e financeira*, esses termos, no contexto das falas de TE e ACS, retratam alguns dos motivos para a vítima não realizar a denúncia.

*“Incentivei ela a dar um rumo na vida dela, arrumar um serviço para se **manter**.”* (TE-75)

*“Não tem como eu fazer, se ela não quer sair dessa, ela diz que não tem como se **sustentar...**”* (ACS-03)

A dependência financeira e o bem-estar dos filhos são preocupações constantes que interferem na decisão de sair de casa e expor a violência sofrida. (LABRONICI et al., 2010). Além disso, o retorno ao relacionamento com o agressor, também é justificado pelo sentimento de amor, ameaças, incredibilidade na lei, desejo de manter a família e a esperança de que o parceiro possa melhorar. (COSTA et al., 2011; GARCIA et al., 2008).

Ainda, lembrando que a segunda periferia aproxima-se das práticas sociais, *omissão* deveria demonstrar o reconhecimento e a preocupação dos profissionais da saúde quanto ao cumprimento do seu papel ético e legal no atendimento às vítimas. No entanto, tal termo está diretamente relacionado à vítima, que opta por não revelar ao profissional sua condição. Muitas omitem sua realidade ao procurar algum serviço de saúde por vergonha, queixando-se de dor, sofrimento, depressão, problemas gástricos, entre outros. (MONTEIRO;

SOUZA, 2007; DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; COSTA; LOPES, 2012).

*“Maus tratos, **omissão** da pessoa [vítima].” (TE-106)*

*“É que tem muitas [vítimas] que **omitem**, não dizem, de repente possa ter mais [vítimas], mas não que a gente saiba...” (ACS-140)*

“A minha parte foi fazer o elo dela com o meu enfermeiro, para caso ela quisesse fazer denúncia, mas como ela não quis, eu fiquei só observando...” (ACS-04)

Nessa última fala, observa-se que embora o termo *omissão*, evocado exclusivamente por TE, não apareça literalmente, no contexto das falas de TE e ACS, surge sutilmente implícito, revelando a negligência profissional no atendimento à vítima. O atendimento ocorre quando a vítima admite ser agredida, mas se ela não deseja fazer a denúncia, o profissional lava as mãos quanto à responsabilidade e ao compromisso ético e legal.

Destaca-se também o termo *família* que muitas vezes é a primeira opção de apoio que a vítima procura e, em algumas situações, não encontra. Tal termo, embora exclusivo da representação dos TE, surgiu também na fala de ACS, apontando um dos motivos pelo qual a vítima decide manter o relacionamento com o agressor:

*“A gente fica muito de mãos amarradas, tu chega até ali, mas tem a **família**, às vezes as **famílias** não querem... eu penso assim, é deixar as coisas acontecerem.” (TE-145)*

*“Às vezes a mulher permite isso, não quer denunciar, não quer fazer porque gosta do marido e tem filhos, vai desestruturar a **família**”. (ACS-149)*

A família pode ser o principal motivo para que as mulheres desistam do processo contra o companheiro, além da afetividade que ainda sentem por ele, ou pela dependência econômica. (JONG; SADALA; TANAKA, 2008). A *família* que deveria ser o porto seguro para as vítimas, muitas vezes não as apoiam. Dessa forma, as mulheres desistem da denúncia por ficarem totalmente dependentes do agressor e deixam de ter perspectivas para seu futuro. (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

Ainda, apesar de exclusivo da representação de TE, o termo vergonha surge na fala dos ACS. Pode referir-se ao sentimento do profissional ao presenciar uma situação de violência ou da vítima em vivenciá-la. Algumas

vítimas se sentem envergonhadas por se entregarem à violência e por procurarem atendimento de saúde. (MONTEIRO; SOUZA, 2007).

*“Em algumas casas me considero um agente comunitário, outras já sou da casa, fico com um pouco de **vergonha** e depois tento conversar [...] aquilo já é normal, casou assim, namorava assim, já era estúpido, grosso...” (ACS-149)*

*“Toda a roupa dela rasgada [...] chorou muito [...], ela estava com **vergonha**.” (ACS-139)*

O *corpus* formado pelas evocações dos ACS frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 572 palavras sendo 193 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima oito, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a 14. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 3).

Quadro 3. Estrutura das Representações Sociais de ACS acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 14	Agressão	21	2,095	Baixa-auto-estima	15	3,467
	Agressão-física	16	2,688	Medo	21	3,238
	Covardia	18	1,611	Revolta	16	3,188
	Falta-de-respeito	25	2,560	Submissão	15	3,067
	Tristeza	14	2,786			
< 14	Abuso	13	2,231	Drogadição	8	3,250
	Abuso-poder	11	2,909	Humilhação	12	3,000
	Dor	10	2,200			
	Impunidade	10	2,800			
	Sufrimento	12	2,750			
	Violência	9	2,778			

Destaca-se o termo *drogadição* associado ao agressor, o qual evidencia o contexto socioprofissional que o ACS está inserido e a realidade do seu cotidiano.

*“Ela iria perder a guarda do menino por estar com a pessoa, porque ele é usuário de **drogas**...” (ACS-139)*

*“Um casal brigando, por uso de **drogas** e não sei se álcool, mas geralmente a **droga** é um carro chefe em uma família, depois que entra destrói mesmo.” (ACS-78)*

Nas inúmeras visitas domiciliares que esses profissionais realizam e por residirem no bairro em que trabalham, podem facilmente presenciar a associação do uso de drogas com o desencadeamento da VDCM. Observa-se que esses profissionais reconhecem também o abuso de bebidas alcólicas. Um estudo com ACS identifica que esses profissionais relatam que o abuso de álcool e outras drogas são desencadeadoras do ato violento. (SCARANTO; BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO, 2007). Em outra pesquisa, as mulheres vítimas de violência afirmam que o companheiro com quem se relacionam faz uso de álcool e drogas. (VIEIRA et al. 2012).

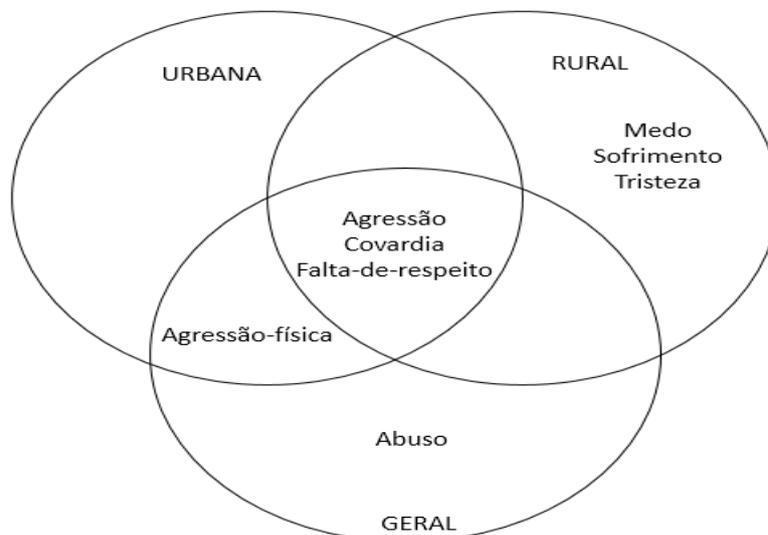
6.4.2 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: zona de localização das UBSF

Nas figuras 7 e 8, respectivamente, são apresentadas esquematicamente as comparações entre o NC da representação social dos profissionais da zona urbana com as dos profissionais da zona rural, e de ambos com o NC da análise geral.

Figura 7. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais trabalhadores da zona urbana e rural acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.



Figura 8. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais trabalhadores da zona urbana e rural acerca da violência doméstica contra a mulher com o núcleo central da análise geral. Rio Grande, RS, 2014.



Analisando as figuras, identifica-se que os termos *agressão*, *covardia* e *falta de respeito* continuam centrais. Nenhuma nova palavra aparece no NC das representações obtidas na zona urbana, mas essa tem em comum ao quadro geral o termo *agressão física*.

Destaca-se que a esfera emocional representada pelos termos *medo*, *sofrimento* e *tristeza* restringe-se ao NC das representações dos profissionais da zona rural. Um dos fatores que contribui para o desencadeamento de tais sentimentos pode ser inferido do estudo de Costa, Lopes (2012) que afirmam que a localização das UBSF rurais promove o afastamento e dificulta o acesso aos serviços de proteção à mulher, como DEAM, defensorias, juizados, entre outros. Assim, sem esse suporte imediato, há maior dificuldade para uma tomada de posição, e os profissionais podem sentir-se vulneráveis frente aos casos de violência em que prestam atendimento.

O *corpus* formado pelas evocações dos 113 trabalhadores da zona urbana, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 565 palavras sendo 190 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima 10, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a 17. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 4).

Quadro 4. Estrutura das Representações Sociais de trabalhadores da zona urbana acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 17	Agressão	22	1,955	Medo	26	3,269
	Agressão-física	17	2,706			
	Covardia	19	1,737			
	Falta-de-respeito	25	2,720			
< 17	Abuso	15	1,933	Baixa-auto-estima	15	3,733
	Abuso-poder	10	2,800	Revolta	15	3,067
	Humilhação	14	2,857	Submissão	14	3,000

O *corpus* formado pelas evocações dos 41 trabalhadores da zona rural, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 202 palavras sendo 112 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima quatro, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a cinco. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 5).

Quadro 5. Estrutura das Representações Sociais de trabalhadores da zona rural acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 5	Agressão	13	1,692	Revolta	5	3,400
	Covardia	6	2,333			
	Falta-de-respeito	6	1,500			
	Medo	5	2,400			
	Sufrimento	5	2,400			
	Tristeza	6	2,667			
< 5	Impunidade	4	1,750	Abuso	4	3,500
				Abuso-poder	4	3,000
				Falta-de-diálogo	4	3,250
				Família	4	3,250
				Submissão	4	4,000

Os termos *abuso* constante na representação da VDCM da zona urbana e *impunidade* da rural são elementos de contraste. Ambos possuem uma baixa frequência, apesar de terem sido muito prontamente evocados.

Destaca-se, ainda, que o termo *falta de diálogo*, presente na segunda periferia da representação dos trabalhadores da zona rural, surge no contexto das falas:

*“Tristeza por eles [vítima e agressor] não terem o equilíbrio de **conversar**, manterem a calma [...]” (TE-08)*

Esse termo indica que é pequena a comunicação entre vítima e agressor, o que pode ser o gatilho desencadeador de violência. Outros gatilhos citados pelas vítimas são o ciúme, a infidelidade e a recusa sexual. (GARCIA et al., 2008). Por outro lado, poderia ilustrar a falta de comunicação entre vítima-profissional, agressor-profissional e entre a própria equipe de saúde. Sabe-se que cada vez mais cresce a demanda dos serviços de saúde, sem que o mesmo ocorra com o quantitativo de profissionais. Dessa forma, a falta de tempo e o número reduzido de funcionários, entre outros, são obstáculos para que a equipe de saúde desenvolva ações preventivas e educativas acerca da VDCM junto à comunidade. (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

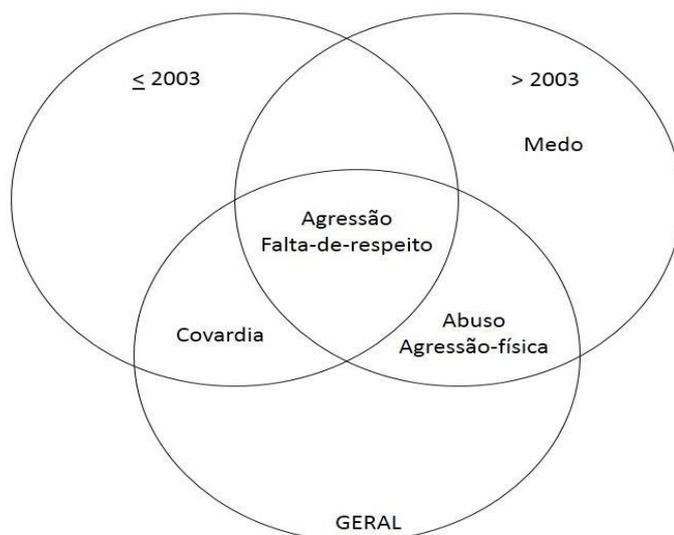
6.4.3 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: ano de conclusão de curso de formação

As comparações do NC da representação dos profissionais, formados até 31/12/2003 com os formados a partir de 01/01/2004 e desses com o quadro geral, foram esquematizadas nas figuras 9 e 10, respectivamente.

Figura 9. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais formados até 2003 e após 2003 acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.



Figura 10. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais formados até 2003 e após 2003 acerca da violência doméstica contra a mulher com o núcleo central da análise geral. Rio Grande, RS, 2014.



Ao analisar a figura 9, nota-se que apenas os termos centrais *agressão* e *falta de respeito* são comuns aos dois núcleos. O termo *covardia* até então central, bem como *abuso*, são exclusivos do grupo com formação após 2003. Assim como o termo *agressão física* é para o grupo com formação até 2003. Embora muito semelhantes, o NC da representação dos profissionais com maior tempo de formação possui mais elementos funcionais (*agressão* e *agressão física*), ao passo que os profissionais com menor tempo de formação evocaram mais elementos normativos (*abuso*, *covardia* e *falta de respeito*).

Ao comparar o quadro geral com os outros dois grupos (figura 10), percebe-se que nenhum termo é exclusivo de um ou outro grupo, ou seja, os dois grupos aproximam-se fortemente dos resultados do quadro geral, de forma que, provavelmente, o tempo de formação pouco interfere na representação geral da VDCM.

Totalizaram-se 53 profissionais formados até 2003, o *corpus* formado por suas evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 265 palavras sendo 120 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima cinco, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a nove. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 6).

Quadro 6. Estrutura das Representações Sociais de profissionais formados até 2003 acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 9	Agressão	13	1,692	Baixa-auto-estima	10	3,800
	Agressão-física	9	2,444	Medo	13	3,000
	Falta-de-respeito	12	2,333	Revolta	9	3,000
< 9	Abuso	6	2,667	Impunidade	7	3,143
	Covardia	5	2,000	Submissão	6	3,500
	Humilhação	6	2,500			
	Sofrimento	6	1,667			

Totalizaram-se 101 profissionais formados após 2003, o *corpus* formado por suas evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 412 palavras sendo 159 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima sete, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a 11. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 7).

Quadro 7. Estrutura das Representações Sociais de profissionais formados após 2003 acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 11	Abuso	12	1,833	Medo	17	3,176
	Agressão	18	1,944			
	Covardia	19	1,842			
	Falta-de-respeito	14	2,500			
< 11	Agressão-física	10	2,700	Abuso-poder	9	3,000
	Violência	8	1,875	Falta-de-diálogo	8	3,250
				Humilhação	8	3,375
				Revolta	10	3,300
				Sofrimento	7	3,143
				Submissão	9	3,000
				Tristeza	8	3,000

Pode-se observar nos quadros 6 e 7 que o termo *medo*, assim como no quadro geral, consta na primeira periferia com alta frequência. Esse termo reafirma a esfera emocional da representação, sendo unânime entre os profissionais, independentemente do tempo de formados, o temor ao agressor, bem como a percepção de que as vítimas enfrentam diariamente esse temor.

Destaca-se o termo *covardia* no grupo com maior tempo de formação, consta na zona de contraste, ao passo que no quadro geral está no NC. Nesse mesmo grupo, o termo *sofrimento*, localizado na zona de contraste, é mais prontamente evocado do que o termo *agressão* no NC, evidenciando a preocupação desses profissionais com as consequências da violência para as vítimas.

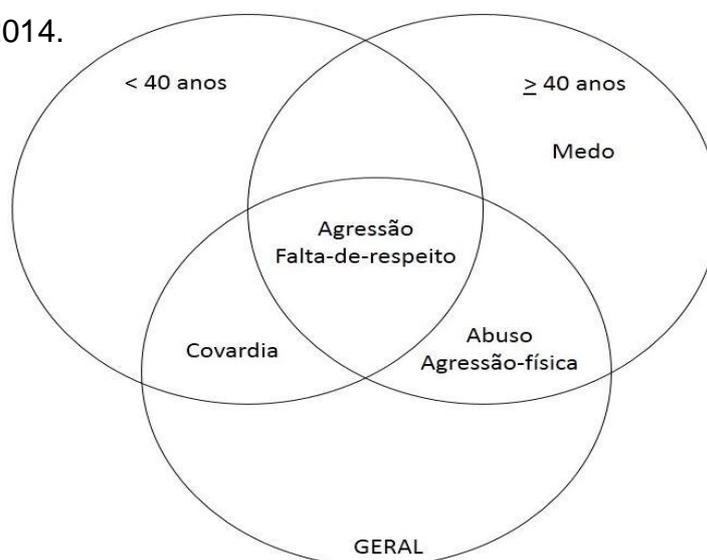
6.4.4 Análise estrutural da Representação Social da Violência Doméstica Contra a Mulher: idade dos profissionais

Nas figuras 11 e 12, respectivamente, estão representadas esquematicamente as comparações do NC da representação dos profissionais com idade menor que 40 anos e dos profissionais com idade igual ou maior que 40 anos e desses com o quadro geral.

Figura 11. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais com idade menor que 40 anos e idade igual ou maior que 40 anos acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.



Figura 12. Comparação dos núcleos centrais da representação de profissionais com idade menor que 40 anos e idade igual ou maior que 40 anos acerca da violência doméstica contra a mulher com o núcleo central da análise geral. Rio Grande, RS, 2014.



Os termos centrais são *agressão* e *falta de respeito*, já *covardia* é evocado pelos profissionais mais jovens, ao passo que aparece na zona de contraste para os de mais idade (quadros 8 e 9). Nesse grupo, o termo central *agressão física* reafirma a forma de violência mais facilmente reconhecida e, possivelmente, pelo amplo alcance e divulgação das formas psicológica,

sexual, patrimonial e moral, esse termo não consta na representação dos mais jovens.

Embora as representações sejam muito semelhantes, destaca-se a presença do termo *medo* na representação dos profissionais com idade igual ou maior que 40 anos. Infere-se que esse sentimento decorre da inexistência, até 2006, de uma lei específica sobre violência contra a mulher, o que fazia com que os profissionais se sentissem desamparados e com medo do agressor. A ampla divulgação da LMP, a proteção que confere às vítimas e punições ao agressor, possivelmente, promova maior segurança aos profissionais, fazendo com que os mais jovens não expressem o sentimento de medo.

Totalizaram-se 86 profissionais com idade menor que 40 anos, o *corpus* formado por suas evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 427 palavras sendo 149 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima oito, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a 13. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 8).

Quadro 8. Estrutura das Representações Sociais de profissionais com idade menor que 40 anos acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 13	Agressão	19	2,105	Medo	17	3,353
	Covardia	18	1,833	Revolta	16	3,250
	Falta-de-respeito	20	2,350			
< 11	Abuso	11	2,091	Baixa-auto-estima	10	3,500
	Abuso-poder	8	2,625	Humilhação	12	3,000
	Impunidade	10	2,700	Submissão	12	3,417
	Sofrimento	10	2,400	Tristeza	10	3,000

Totalizaram-se 68 profissionais com idade igual ou maior que 40 anos, o *corpus* formado por suas evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 340 palavras sendo 148 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação

(O.M.E.) foi três, a frequência mínima cinco, as palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando uma frequência média igual a oito. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (quadro 9).

Quadro 9. Estrutura das Representações Sociais de profissionais com idade igual ou maior que 40 anos acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2014.

O.M.E		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.	Termo evocado	Freq.	O. M. E.
≥ 8	Abuso	8	2,500	Baixa-auto-estima	8	3,625
	Agressão	16	1,563			
	Agressão-física	13	2,462			
	Falta-de-respeito	11	2,727			
	Medo	14	2,857			
< 8	Covardia	7	2,000	Abuso-poder	6	3,167
	Dor	7	2,571	Aceitação	5	3,000
	Submissão	6	2,833	Alcoolismo	5	3,200
	Tristeza	5	2,200	Drogadição	6	3,500
				Falta-de-diálogo	5	3,600
				Família	5	3,200
				Filhos	5	4,200

Na primeira periferia da representação dos profissionais com mais idade consta o termo *baixa-auto-estima*, que no quadro geral aparece na segunda periferia. Já a primeira periferia da representação dos mais jovens permanece igual ao do quadro geral, com os termos *medo* e *revolta*.

Destaca-se que na segunda periferia da representação dos profissionais com mais idade surge o novo termo *alcoolismo*, representando a realidade que tais profissionais presenciam no seu cotidiano de trabalho ou no ambiente familiar. Reafirmando o exposto por Oliveira et al. (2007), que essa zona aproxima a representação das práticas sociais.

*“a gente gostava muito do meu pai, só que **álcool** não tinha condições [...], não era nem da bebida, talvez alguma coisa com droga, porque ele ficava enlouquecido.” (TE-54)*

Um estudo realizado na Etiópia evidencia que quase 70% dos maridos são usuários de drogas. (SEMAHEGN; BELACHEW; ABDULAH, 2013). Observa-se também a associação de drogas com o abuso de bebidas alcólicas, que geram comportamentos desrespeitosos, demonstrações de dominação e a ocorrência de diferentes tipos de violência. (VARGAS, ZAGO, 2005).

Na representação dos profissionais com idade igual ou maior que 40 anos surge o termo *filhos*, possivelmente relacionado à preocupação das vítimas com o bem-estar dos filhos e por isso a decisão delas em não agir contra o agressor.

“Ela tem os filhos dela pra sustentar, ela tem os filhos que dependem dela e dependem da casa...” (ACS-79)

“Ela dizia: -mas é pelos meus filhos, eu aguento pelos meus filhos!” (ACS-100)

“Agride ela fisicamente, é o companheiro, ou até o filho, a gente tem caso de filho que bate na mãe.” (ACS-79)

Também os *filhos* são apontados como causadores da agressão. Nota-se que não aparece a preocupação do profissional de que a violência seja estendida aos filhos. No entanto, estudos abordam diferentes nuances desse fenômeno. Enquanto Garcia et al. (2008) e Labronici et al. (2010), afirmam que a vítima opta por conviver com a violência em nome da união familiar e do bem-estar dos filhos, Brandão (2006) apregoa que elas decidem denunciar o agressor para preservar os filhos das situações de risco. Por outro lado, Delgado, Enríquez (2010) apresentam, nos resultados de um estudo realizado na Colômbia, que as mães eram agredidas pelos filhos por tentarem aconselhá-los sobre sua saúde.

6.5 INFLUÊNCIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NAS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS VÍTIMAS

A abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS) foi adotada para analisar a influência das representações de TE e ACS acerca da VDCM nas práticas de cuidado às vítimas. Primeiramente, ficou evidente que o fenômeno da VDCM, enquanto objeto de estudo da TRS, produz representações nos sujeitos investigados, pois se faz presente, de forma constante, em seu cotidiano. Conforme apregoa Sá (1998), para produzir representações sociais, o fenômeno deve ter pertinência cultural e social, estar em todos os lugares a todo o momento, tanto no espaço coletivo quanto individual. Confirmando tais afirmações os informantes referem:

“Comecei a pensar que é triste quando tu vê pela televisão, lê um artigo de jornal e escuta na rádio. Agora quando tu te deparas cara-a-cara é mais complicado.” (TE-138)

“São tantas as coisas que a gente vê aqui no posto...” (TE-145)

“A gente escuta, diariamente, acontece vários espancamentos, estupro e, de tudo um pouco.” (ACS-192)

Assim, tanto pela mídia como pelas atividades desenvolvidas diariamente na comunidade, os TE e ACS estão rodeados pela VDCM e sofrem seu impacto. Nesse sentido, a visita domiciliar feita rotineiramente pelos ACS é vista como a principal forma de detecção de atos violentos, pois a proximidade, confiança e amizade com as vítimas, fazem deles ombros amigos para desabafos. (COSTA; LOPES, 2012; SCARANTO; BIAZEVIC; MICHEL-CROSATO, 2007). Portanto, acredita-se que as representações de TE e ACS acerca da VDCM influenciam suas práticas de cuidado às vítimas.

Muitos profissionais têm a representação da VDCM como situações do cotidiano do casal, provavelmente fundamentam os atos violentos em padrões patriarcais que legitimam a dominação masculina. (BOURDIEU, 1999). Como consequência, sua forma de cuidar limita-se a conversar, escutar atentamente e aconselhar:

“Muito grave não, [...] mais briga de casal que se resolveram.” (TE-138)

“Dar apoio, tentar encaminhar...” (ACS-100)

“Eu conversei com ela, perguntei como ela estava se sentindo [...]” (ACS-95)

Por outro lado, alguns TE e ACS representam a VDCM como um crime impune, que precisa ser denunciado para que providências judiciais sejam tomadas. Assim, enfocam a necessidade de uma prática de cuidado que, além de acolhedora, informe sobre a legislação protetiva e locais para denúncia.

“Orientei ela, que existe a lei Maria da Penha, que tinha que ser ela mesma a fazer a denúncia [...]” (TE-75)

“Eu dizia: por que tu não denuncia? Denuncia assim: não diz que tu é a mulher, [diz] que tu é uma vizinha e que denunciou ele. Ele nunca vai saber...” (ACS-157)

“A gente tenta orientar todos os meios que ajudam a mulher, no caso a delegacia da mulher. Aqui mesmo a gente acolhe, mas infelizmente chega um ponto que para, porque elas não querem mais seguir, que vai dar muito problema ou porque gostam do marido.” (ACS-149)

Acolher a vítima de forma humanizada é primordial para que ela sinta-se confortável e confie no profissional. Costa, Lopes (2012) defendem essa premissa ao descreverem que o adequado atendimento prestado pelos profissionais de saúde, engloba acolhimento, criação e manutenção do vínculo de confiança, orientações e encorajamento da vítima para falar sobre a situação. Por outro lado, autores apontam que as práticas biomédicas constituem o foco na assistência aos agravos físicos. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Durante o acolhimento, as orientações às vítimas devem ser claras, corretas e esclarecedoras e não apenas informativas. Com essa abordagem, um estudo identifica que a maioria dos profissionais da saúde refere-se à LMP como fonte de informação para orientar as vítimas, no entanto, admitem não conhecê-la na íntegra. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Os TE e ACS representam a VDCM como algo amedrontador para a vítima e para si. Assim, embasados na imagem do agressor como detentor de poder, procuram manter o anonimato. A orientação de se passar por uma vizinha para realizar a denúncia, além de demonstrar um conhecimento superficial quanto a LMP, contribui para que a vítima se mantenha submissa, sem assumir a responsabilidade por seus atos.

Pelas falas, nota-se que os profissionais norteiam sua atuação pelo desejo da vítima. Embora se mostrem dispostos a colaborar e apoiar, a responsabilidade de agir para resolver a situação de violência fica exclusivamente como dever da vítima. É preciso considerar que ela se encontra em um momento muito frágil, em que seus sentimentos estão confusos e acabam influenciando na tomada de decisão.

Estudos demonstram que alguns profissionais e serviços de saúde atuam de forma reducionista no que tange ao atendimento à vítima, focando o cuidado em aspectos biomédicos e incumbindo-a de denunciar. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; GUEDES; FONSECA, 2011). Em outro, os profissionais de saúde entrevistados responsabilizam a mulher pela situação de violência em que se encontra, referindo ser fruto de suas próprias escolhas. (KISS; SCHRAIBER, 2011). No entanto, para o enfrentamento de situações

complexas, é essencial a corresponsabilização entre o serviço de saúde, a mulher e a sociedade. (GUEDES; FONSECA, 2011).

Cabe destacar que a LMP foi modificada em 2012. Pela nova versão, nos casos de lesão corporal, a denúncia pode ser feita por qualquer pessoa, junto aos Órgãos Policiais e Ministério Público. (BRASIL, 2012b). Essa modificação é mais um reconhecimento da fragilidade e desequilíbrio emocional desencadeados pela VDCM, sendo desumano responsabilizar exclusivamente a vítima por essa iniciativa que, atualmente, pode ser adotada por familiares, vizinhos, amigos ou mesmo filhos e filhas.

Os TE e ACS embora responsabilizem a vítima quanto à denúncia, ao serem questionados sobre seus compromissos éticos e legais no atendimento à agredida, erroneamente, referem ser sua essa responsabilidade.

“Chamar a polícia.” (ACS-157)

“Legalmente eu não tenho, eu não posso denunciar a pessoa, se a agredida não quer. Então eu não tenho como passar por cima dela, eu assisti o que ela falou e a gente guarda a situação para si.” (ACS-79)

“Éticamente acho que agi correto, orientei ela, falei com ela sozinha, ela conseguiu expor os problemas. Só que legalmente eu deveria ter denunciado, mas a gente não pode, tem que ser a pessoa.” (TE-75)

Apesar de reconhecerem, erroneamente, como seu dever a denúncia policial, os profissionais tornam a passar essa presumida responsabilidade para a vítima. Os resultados de um estudo apontam que os profissionais de saúde orientam a vítima a procurar a delegacia da mulher e fazer a denúncia, mas quando a vítima não aceita essa alternativa, eles se desincumbem de qualquer ação, alegando que não podem obrigá-la a nada. (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009). Outro estudo, pautado na TRS, no qual a violência contra a mulher é representada pelas Enfermeiras como dor, agressão física, agressão psicológica, violação, sofrimento e agressão, evidencia que, após confortar a vítima, a orientavam a procurar a polícia e denunciar. (LEAL; LOPES; GASPARG, 2011).

Os TE e ACS representam a VDCM como um crime que precisa ser denunciado e esse é seu dever. No entanto, pelo vínculo com a família e comunidade, abstêm-se. Ainda, representam a VDCM como uma situação geradora de medo, provavelmente embasados na possibilidade de sofrerem

represália pelo agressor. Assim, desenvolvem uma prática de cuidado permeada pela insegurança que muitas vezes desencadeia a desresponsabilização quanto à vítima.

“É muito mais fácil tu fazer uma ligação anônima do que eu como agente. [...] a partir do momento que eu denunciar, aquela família não vai deixar eu entrar mais dentro da casa.” (ACS-188)

“O agressor pega a gente, porque ela acaba aceitando ele e nos culpando por fazer aquilo com o coitadinho.” (ACS-187)

“Se eu fizer isso [denunciar], sozinha, pode saber que no outro dia eu não estarei viva. [...] Elas [assistente social, psicóloga] vieram aqui e a polícia também, elas foram embora e a polícia também. Agora, eu não, eu moro aqui.” (ACS-13)

“A gente sabe que deveria denunciar, mas a gente não faz isso, porque aquela coisa, as pessoas dizem: tu moras aí e em briga de marido e mulher ninguém mete a colher...” (ACS-72)

Outra justificativa para os TE e ACS absterem-se de denunciar é a falta de apoio da equipe. Esta, aliada às dificuldades da vítima em quebrar o ciclo da violência, leva os profissionais a se sentirem impotentes. (HERRERA; AGOFF, 2006). Um ACS, com ajuda médica, agiu de forma ética e legal, no entanto, o desfecho de tal atitude o desmotivou.

“Eu acho que legalmente a gente tem que fazer a denúncia, mas, geralmente, nos postos, não somos apoiados a fazer a denúncia. Até por nós, que moramos na área, uma proteção para nós.” (ACS-187)

“Eu me senti muito desamparada, eu e a médica denunciemos com o consentimento da mulher, depois ela [a mulher] falou que nunca tinha falado, que a gente acionou porque a gente quis. Ela disse que não me processaria porque se dava bem comigo, mas que a médica sim. Eu tenho obrigação de denunciar, mas não tenho ninguém que me ampare. Por isso que eu acho que as pessoas não denunciam tanto, a não ser anônimo, porque a lei te obriga e não te ampara. Às vezes denunciando, tu te afasta daquela família... a gente é a frente de tudo, porque a gente está todo dia na família.” (ACS-188)

Permeados pelo medo de trabalhar em bairros onde a marginalidade é constante, os profissionais da saúde sentem-se coagidos pelos agressores. Um estudo constatou que muitos não se envolvem na questão da violência pelo risco de morte. (MOREIRA et al., 2008). De forma diferente, há profissionais que, visando à solução do problema, convidam o agressor para conversar. (MOREIRA et al., 2008).

Percebe-se que a prática do cuidado à vítima é permeada pelo medo e, por vezes, também pelo desamparo legal da equipe. As representações sociais de TE e ACS quanto à responsabilidade profissional fundamentam-se nas consequências dessa em sua vida privada. Assim, visando à própria proteção, o profissional se omite.

Percebe-se que os profissionais confundem os termos denúncia e notificação compulsória. Uma vez que reconhecem como compromisso ético e legal realizar a denúncia, mas não o fazem e, quando questionados sobre o que é a notificação compulsória, muitos afirmam não saber do que se trata. Alguns profissionais arriscam conceituar notificação compulsória e o fazem de forma incorreta:

“A gente viu em capacitação, mas eu não lembro mais.” (ACS-187)

“É quando o fato é tão extremo que tu não precisa da autorização da pessoa, então vai alguém lá e denuncia, sem o consentimento das partes envolvidas.” (ACS-12)

“É quando alguém não quer admitir que está sofrendo violência e vem algum parente dizer o que está acontecendo.” (ACS-09)

Cabe esclarecer que a notificação compulsória consiste no registro organizado e sistemático, em formulário próprio, dos casos conhecidos, suspeitos ou comprovados de violência contra a mulher. (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010). Destaca-se que o profissional de saúde não precisa conhecer o agressor, mas sim preencher o formulário de notificação. (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010). Alguns TE e ACS foram mais coerentes em suas respostas:

“Eu já ouvi falar, mas no caso de doenças, é um formulário que a gente preenche e manda para a secretaria.” (ACS-140)

“Tem de quando a pessoa está doente com tuberculose, coisa parecida, tu faz uma notificação compulsória, eu acho que de acidentes, acidentes domésticos e de trabalho... agora para a violência contra a mulher não, não me lembro de ter ouvido falar disso.” (ACS-79)

“É tu colocar todos os dados, os itens do paciente, da vida do paciente em um documento e esse documento ser encaminhado para outro local aonde será contabilizado junto com outros [documentos]. Acho que serve para os órgãos competentes tomarem uma atitude e também para fazer um somatório, para no final isso ser exposto.” (TE-06)

“Serve para ficar registrada a violência contra essa mulher e vai servir de base para um estudo mais tarde, se está diminuindo a violência, se está aumentando.” (TE-54)

Embora se aproximem do conceito de notificação compulsória, esses depoimentos não têm clareza nem tão pouco demonstram o reconhecimento da mesma como uma responsabilidade profissional. A confusão entre denúncia e notificação compulsória é identificada em um estudo com profissionais de saúde da atenção básica, que as citam como sinônimos. (KIND et al., 2013). Ainda, um estudo desenvolvido com médicos e enfermeiros aponta que esses profissionais assumem posturas diferentes em relação à notificação compulsória. Enquanto médicos não a realizam, enfermeiros afirmam realizar e complementam referindo que o atendimento deve ser pela equipe multiprofissional. (VIERIA et al., 2013).

A notificação compulsória, em território brasileiro, foi estabelecida pela Lei nº 10.778, em 2003, que determina que devam ser notificados todos os casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Destaca-se que pelo artigo 5º, “a inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis”. (BRASIL, 2003, art.5º). Compreende-se que o profissional da saúde também fica sujeito às penalidades relativas ao seu Código de Ética Profissional. (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

No que tange ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), o Art. 23 determina que enfermeiros e técnicos de enfermagem têm o dever e responsabilidade de “encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei”. Também tais profissionais, pelo Art. 34, são proibidos de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência”. Assim, ao questionar os TE quanto a existência de alguma legislação que regule sua conduta profissional, eles afirmam:

“Não, se existe eu não sabia. Existe? Eu não sabia.” (TE-14)

“Tem uma lei, a Maria da Penha.” (TE-54)

Observa-se o desconhecimento quanto à legislação que rege a conduta do profissional de enfermagem, essa é confundida com a LMP. De forma mais

direcionada questionaram-se os TE quanto ao Código de Ética de Enfermagem:

“Eu não sei falar sobre isso, mas tem, e a gente tem um protocolo de atendimento à violência.” (TE-54)

Embora os códigos de ética profissional não normatizem explicitamente a conduta frente à violência doméstica, eles afirmam ser dever dos profissionais, zelar pela saúde e dignidade dos pacientes. (SALIBA et al., 2007). Destaca-se que os ACS não possuem um Código de Ética que regulamente sua conduta profissional, essa é regida pelo Decreto nº 3.189 que fixa as diretrizes para o exercício de sua atividade. (BRASIL, 1999). Apesar disso, o único profissional que citou o código de ética foi um ACS:

“Eu sei que existe uma coisa tipo código de ética que impõe, que tem que agir dessa forma, tem que tratar a pessoa dessa maneira...” (ACS-79)

Apenas um ACS cita, superficialmente, o decreto que regulamenta sua conduta profissional, por outro lado, alguns justificam seu desconhecimento referindo que a instituição não lhe prestou essa informação:

“A lei das atribuições do agente comunitário, das coisas que a gente deve fazer no caso...” (ACS-140)

“Não sei, até agora ninguém me falou nada sobre isso no trabalho, como fazer.” (ACS-02)

O pouco conhecimento sobre a LMP, legislações e políticas também é identificado em outro estudo. Neste, embora tenham conhecimento restrito, os profissionais apontam a LMP como instrumento legal de enfrentamento à violência e fonte de orientações às vítimas. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009). Esta superficialidade pode influenciar nas práticas de cuidado às vítimas de violência, pois é fundamental que os profissionais tenham um correto conhecimento para orientar e encaminhar as vítimas.

Os ACS devem realizar visitas domiciliares periódicas, com o objetivo de monitorar situações de risco à família. (BRASIL, 1999). Essas situações contemplam a atenção às vítimas de violência e são apresentadas em publicação especificamente destinada a normatizar o trabalho desses profissionais. (BRASIL, 2009b). Há ainda o Guia Prático, que determina como

papel do ACS atentar para as diferentes manifestações de violência familiar, devendo imediatamente recorrer a sua equipe. (BRASIL, 2009c). Esta deve adotar medidas e estratégias de intervenção para o acolhimento e atendimento às vítimas. No entanto, apoiados no papel de líder de equipe, os TE e ACS citam a Enfermeira como a primeira pessoa a recorrer:

“Quando a gente vê que a coisa é séria, a gente já passa para a enfermeira, quem termina realmente o acolhimento é a enfermeira!” (TE-155)

“Primeiro investigo a família para saber o que é que está acontecendo e qualquer coisa mais grave que aconteça é passado para a enfermeira.” (TE-106)

“Tu tem que trazer aqui no posto, para uma enfermeira, não é que eu não possa me envolver ...” (ACS-148)

Observa-se, neste estudo, que as práticas de cuidado às vítimas, são transferidas à Enfermeira. Situação semelhante é descrita por Hesler et al. (2013) ao mencionarem que os Enfermeiros são os principais membros da equipe, a quem os ACS recorrem para auxiliá-los e orientá-los.

No entanto, independente da categoria do profissional de saúde que atende vítimas de violência, o registro no prontuário deve conter todos os aspectos referentes ao estado de saúde, procedimentos e cuidados prestados. Esses prontuários, segundo a LMP poderão ser usados como provas complementares para esclarecimentos do fato, durante o julgamento do agressor. (BRASIL, 2006a). Ainda, quanto ao trabalho em equipe, a LMP prevê atendimento multidisciplinar por profissionais das áreas psicossocial, jurídica e de saúde, no entanto, esta equipe restringe-se aos Juizados de Violência Doméstica e Familiar já existentes ou que forem criados. (BRASIL, 2006a).

Por sentirem-se limitados pela complexidade do fenômeno da VDCM, um estudo identifica que os profissionais da saúde optavam por encaminhar as vítimas para serviços especializados. (MOREIRA et al., 2008). Neste estudo, alguns TE e ACS elencam os serviços de proteção à vítima de violência aos quais podem recorrer:

“O único local que eu sei é a Delegacia da Mulher, mas, muitas vezes, eu ouço falar tão mal, do descaso...” (TE-06)

“No caso de agressão, por exemplo, se encaminha direto para a polícia ou para a Delegacia da Mulher. Se for um caso de não agressão física, mais psicológica, verbal,

encaminha para o órgão responsável, que pode ser o Conselho de idoso ou o NASF...”
(ACS-85)

Embora haja confusão e desconhecimento sobre os órgãos de proteção, a Delegacia da Mulher foi a mais citada. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF foi apontado como um recurso da Atenção Básica de Saúde, com o qual podem contar para o cuidado às vítimas de violência. Isso demonstra que, nas representações sociais de TE e ACS, a VDCM é descrita como um complexo problema de saúde, que necessita ser enfrentado por meio da articulação de uma rede de apoio multiprofissional.

O NASF, criado pelo Ministério da Saúde em 2008, tem por objetivo ampliar as ofertas, resolutividade, abrangência e alvo das ações. (BRASIL, 2009a). Esse núcleo conta com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, como assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, entre outros. (BRASIL, 2013b). Suas ações devem ocorrer de forma integrada, com atendimento compartilhado e construção conjunta de planos terapêuticos com a equipe de saúde já existente na UBSF. (BRASIL, 2009a).

Dentre os serviços de proteção à vítima, além da delegacia da mulher e o NASF, foram citados a casa abrigo, ONGs e o disque denúncia. Um estudo realizado com médicos trabalhadores em UBSF constata que eles não conhecem os locais de encaminhamento da vítima, delegando essa função à enfermagem. (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009). No referido estudo, os principais encaminhamentos das vítimas foram para a delegacia da mulher, hospitais e serviços de saúde mental. (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

Constata-se que nenhum profissional elencou a UBSF como um serviço de proteção à vítima. Por outro lado, as vítimas deixam de procurar apoio nas UBSF, por não as visualizarem como locais para esse fim. (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

A responsabilidade da prática de cuidado às vítimas não deve ser repassada de um profissional para o outro, tampouco de um serviço para outro. Deve-se estabelecer uma rede de cuidado, em que todos esses serviços possam atuar coletivamente e de forma integrada. Nesse sentido, um estudo traz o depoimento de uma TE que admite ser importante atender a vítima de

maneira integrada, mas que a rede está sendo, lentamente, construída pelos profissionais da saúde. (DUTRA et al., 2013).

Os profissionais de saúde compreendem a VDCM como um complexo problema que, muitas vezes, foge à sua alçada. Embora de forma incipiente reconhecem a necessidade de uma rede de atendimento à vítima, composta por profissionais de diferentes áreas, que possibilite a resolutividade do caso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos científicos acerca do fenômeno da VDCM vêm aumentando cada vez mais, tendo em vista que tal fenômeno é impactante na sociedade, no governo, nas leis, nas famílias, mas principalmente na saúde da vítima. A sua repercussão mundial, nas esferas culturais, religiosas e sociais confirma a necessidade de seu estudo em Representações Sociais.

Dessa forma, o suporte teórico utilizado mostrou-se adequado, permitindo que os objetivos propostos fossem alcançados. Encontraram-se algumas dificuldades durante o desenvolvimento do estudo. Na fase de coleta dos dados destaca-se o difícil acesso às UBSF localizadas na zona rural e a grande demanda dos serviços da área urbana. Na interpretação e discussão elenca-se a quase inexistência de publicações científicas com foco, exclusivamente, nos TE. Apesar da relevância temática, evidencia-se essa carência de estudos, que suscita entraves no compartilhamento de conhecimento e experiências, bem como na contribuição para que outros profissionais possam aprimorar suas práticas de cuidado às vítimas. Assim, este estudo demonstra a necessidade de que novas pesquisas, referentes a VDCM, sejam desenvolvidas.

A possível centralidade das representações sociais de TE e ACS acerca da VDCM está fundamentada em aspectos negativos. Apresentando como elementos funcionais, *agressão* e *agressão-física*; e normativos, *abuso*, *covardia* e *falta-de-respeito*. Esses termos referem-se aos julgamentos do profissional em relação às ações do agressor. Qualificando a forma física da violência, os profissionais evocaram *agressão-física* e as demais formas, psicológica, sexual, moral e patrimonial, como *agressão*. Constata-se que os profissionais reconhecem, facilmente, a VDCM por meio das marcas deixadas no corpo da vítima, o que possivelmente influencia em um cuidado com foco nos agravos físicos.

Por meio da análise de similitude foi possível identificar a participação do termo *agressão* no NC da representação social de ACS e TE, a partir do qual se estabelecem as demais conexões, estruturando a representação. Evidenciou-se, ao analisar a estrutura representacional da VDCM por meio das

categorias escolhidas, que há variações nos subgrupos dos ACS e profissionais trabalhadores em UBSF localizadas na zona rural.

Por meio da abordagem processual, verifica-se que TE e ACS representam a VDCM como complexo problema de saúde que requer uma prática de cuidado pautada em responsabilidades ética e legal. Para prestá-la os profissionais expressam a necessidade de uma rede integrada entre os serviços de saúde e de proteção às vítimas.

O funcionamento dessa rede, normatizada por órgãos públicos e pouco efetivada no cotidiano de trabalho, servirá de apoio aos profissionais de saúde, que poderão sentirem-se mais seguros, principalmente os que atuam em UBSF das zonas rurais, bem como mais amparados pelos serviços jurídicos e policiais. Todos os profissionais devem assumir suas responsabilidades quanto à prática de cuidado às vítimas, abandonando o fazer pautado nas necessidades físicas e englobando além do acolhimento, o correto encaminhamento e a realização da notificação compulsória.

É premente esclarecer junto aos TE e ACS, bem como ao restante da equipe de saúde, a diferença entre denúncia e notificação compulsória, bem como a implicação desta na responsabilidade profissional. Como auxílio para o atendimento a essa necessidade, os resultados deste estudo serão problematizados com os profissionais que participaram da pesquisa, os demais profissionais das UBSF, secretaria da saúde e gestores, representantes da DEAM e comunidade acadêmica. Além disso, será realizada uma mesa redonda para debater a responsabilidade profissional, notificação compulsória, denúncia, serviços de proteção, encaminhamentos, entre outros.

Embora, muitas vezes, o Enfermeiro assuma o papel de líder da equipe de saúde, ele também se encontra em uma posição delicada, necessitando de apoio. Este está inserido na equipe e pode ser incitado pela educação permanente. Por meio desta, o Enfermeiro estimula e instiga sua equipe à buscar por capacitações, leituras e debates grupais acerca da VDCM, para que juntos desenvolvam estratégias e ações de intervenção perante à vítima, à sua família bem como ao agressor e à comunidade.

Conhecer as representações sociais dos TE e ACS possibilita compreender suas práticas de cuidado no cotidiano profissional frente à

situação de violência. Acredita-se ainda que esses resultados poderão contribuir para o delineamento de leis, políticas e programas de saúde que norteiem as práticas de cuidado às vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Goiânia:UCG, 2003.

AL-ATRUSHI, H. H. et al. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. **BMC Womens Health**. vol.13, n.37, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852841/>>. Acesso em: 24 jan. 2014.

BARDIN, L. A codificação. In: Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições70, 2011.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Rev. Eletrônica dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol.2, n.3, p.68-80, 2005.

BORREGO, M. A. R.; VAQUERO-ABELLÁN, M.; ROSA, L. B. Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.20, n.1, p.11-18, 2012.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Actions addressing violence against women at two primary healthcare centers in the municipality of Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. v.13, n.28, p.165-74, 2009.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRANDÃO, E. R. Renunciando de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.2, p.207-231, 2006.

BRASIL. **Lei nº 3.071, de 1º de Janeiro de 1916**. Dispõe sobre o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. 1916.

_____. **Lei nº. 7.498 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.

Disponível em:

<<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/constituicao/crfb.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

_____. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. **Convenção de Belém do Pará**. Adotada em Belém do Pará, Brasil, 1994. Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém do Pará, 1994.

_____. **Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999**. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS). 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Lei nº 10.507 de 10 de junho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências, Brasília, 2002.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre a Lei Maria da Penha. 2006a.

_____. **Lei n. 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Dispõe sobre As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher: norma técnica de padronização – DEAMs**. Brasília: SPM, 2006c.

_____. Secretaria Especial de Políticas Para As Mulheres. Enfrentamento à violência contra a mulher. **Balanco de ações 2006-2007**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Saúde na escola/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Violência doméstica é tema de debate no mês da mulher**. 2010a. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=noticias&cod=7790>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

_____. IBGE. **População feminina na cidade do Rio Grande/RS**. 2010b. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria nº 2.027 de 25 de agosto de 2011**. Altera a Portaria nº 648/GM/MS. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html>. Acesso em: 11 jan. 2014.

_____. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. **Dossiê do movimento de mulheres do rio grande do sul à comissão parlamentar mista de inquérito sobre a violência contra a mulher**. 2012a. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/download/SubdaMulher/Anexo%201.PDF>>. Acesso em: 23 set. 2013.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Supremo julga precedente ação da PGR sobre Lei Maria da Penha**. 2012b. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=199853>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

_____. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013a.

_____. **Portaria nº 256, de 11 de março de 2013**. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos

de Saúde (SCNES). 2013b. Disponível:
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118256-256.html>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

CALDEIRA, C. Voto Feminino. **Espaço Aberto.nº25**. 2002. Disponível em:
<<http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2002/espaco25nov/0varia.htm>>. Acesso em: 29 out. 2013.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/2007. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, A. M. et al. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev Rene**, vol.12, n.3, p.627-35. 2011.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev Esc Enferm USP**, vol.46, n.5, p.1088-1095. 2012.

CFEMEA. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida. Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário**. 2ª ed., Brasília, 2009.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.287-99. 2009.

DELGADO, F. L. Y.; ENRÍQUEZ, C. H. Haciendo visible lo invisible. Violencia de género y entre generaciones en una comunidad indígena colombiana. **Invest Educ Enferm**, vol.28, n.3, 2010.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

FERRANTE, F. G.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: a percepção dos médicos do serviço público de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008.

FONSECA, R. M. G. S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol.17, n.6. 2009.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.24, n.11, p.2551-2563. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª.ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

- GONÇALVES, T.; VANIN, I. M. Formação de Formadores em Gênero para Trabalhadoras do Setor Comércio. **Caderno de textos gênero e trabalho**. Salvador, 2006.
- GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis: Mulheres, 1998.
- GUARESCHI, P. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o Bem e o Mal entre os Neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S.(orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, vol.45, n.(esp.)2, p.1731-5. 2011.
- GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, vol.47, n.2, p.304-11. 2013.
- HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemmas of healthcare providers towards domestic violence in Mexico. **Cad. Saúde Pública**, vol.22, n.11. 2006.
- HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, vol.34, n.1, p.180-186. 2013.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____(Org.) **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001.
- JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D'A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev Esc Enferm USP**, vol.42, n.4, p.744-51. 2008.
- KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol.29, n.9, p.1805-1815. 2013.
- KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n.3, p.1943-1952, 2011.
- LABOISSIÈRE, P. Pedidos de informação sobre Lei Maria da Penha foram 434.734 em cinco anos. **Jornal do Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.jb.com.br/pais/noticias/2011/08/05/pedidos-de-informacao-sobre-lei-maria-da-penha-foram-434734-em-cinco-anos/>>. Acesso em: 17 ago. 2013.
- LABRONICI, L. M. et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev Esc Enferm USP**, vol.44, n.1, p.126-33. 2010.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, M. F. M. Social representations of violence against women in the nursing perspective. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, vol.15, n.37, p.409-24. 2011.

LEÔNICIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. enferm. UERJ**, vol.16, n.3, p.307-12. 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, vol.42, n.3, p.467-73. 2008.

LIMA, L. **Dilma lançará centros para atender mulheres vítimas de violência**. 2013. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/politica/2013-03-12/dilma-lancara-centros-para-atender-mulheres-vitimas-de-violencia.html>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

LUZ, A. F.; FUCHINA, R. A evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho. **Revista Semina**, vol.7, n.1. 2009.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; FRANCISCO, M. T. R. Abordagem estrutural das representações sociais sobre a AIDS entre os servidores de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol.7, n.2, p.186-195. 2003.

MENDONÇA, E. T.; SOUZA, L. V. The domestic violence against women as a matter of public health. **J Nurs UFPE on line** [Internet], vol.4, n.2, p.874-81. 2010. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/666/pdf_6>. Acesso em: 14 jul. 2013.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**, vol.16, n.1, p.26-31. 2007.

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol.42, n.6, 2008.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: _____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. Prefácio da 2ª Edição. Tradução In: _____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012a.

_____. Representação social: um conceito perdido. In: _____. **A psicanálise social: um conceito perdido**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012b.

OLIVEIRA, A. R.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadores de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Rev Saúde Pública**, vol.42, n.5, p.868-76. 2008.

- OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, vol.41, n.4, 2007.
- OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.(org). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações sociais**. João Pessoa: UFPE/ Editora Universitária, 2005.
- OLIVEIRA, D. C. et al. O Sistema Único de Saúde na Cartografia Mental de Profissionais de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, vol.16, n.3, p.377-86. 2007.
- OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):351-8.
- PAIM, J. **Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica**. Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil, Brasília, 2006.
- PAZO, C. G.; AGUIAR, A. C. Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol.22, n.1, p.253-273, 2012.
- PECORA, A. R. Memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX. 2007.
- PORTAL DA FAMÍLIA. Origem do Dia Internacional da Mulher. 2011. Disponível em: <<http://www.portaldafamilia.org/datas/diadamulher/origem&demarco.shtml>>. Acesso em: 18 ago. 2013.
- RIO GRANDE DO SUL. Delegacia de Polícia Especializada no atendimento às mulheres Rio Grande/RS, **Delegacia de Polícia para mulher – RIO GRANDE/RS**. 2009.
- SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: _____. **A identificação dos fenômenos de representação social**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- _____. Introdução. In: _____. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, vol.41, n.3, p.472-7. 2007.

SANTINON, E. P.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 74. 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol.27, n.4, p.694-705. 2007.

SEMAHEGN, A.; BELACHEW, T.; ABDULAHI, M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. **Reprod Health**, vol. 5, n.10, p.63. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879008/>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

SILVA, C. D. et al. Epidemiologia da Violência Contra a Mulher: Características do Agressor e do Ato Violento. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 7(1):8-14, jan., 2013.

SILVA, C. D.; GOMES, V. L. O. **Violência Doméstica e Familiar Registrada na Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres no Município do Rio Grande/Rs**. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande-FURG. 2012.

VARGAS, N. I. T.; ZAGO, M. M. F. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.13, s:n, p.806-812. 2005.

VERGÈS, P. Os questionários para análise das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; et al. (Ed.), **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005.

VIEIRA, E. M. et al. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n.3, p.681-690, 2013.

VIEIRA, L. B. et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paul Enferm**, vol.25, n.3, p.423-9. 2012.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**, vol.30, n.4, p.609-16. 2009.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Flacso Brasil, 2012.

WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. **WHO report highlights violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions'**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html>. Acesso em: 14 out. 2013.

ANEXO A – Ficha de notificação violência doméstica, sexual e/ou outras violências

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: center;">2 - Individual</div>		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares						
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação						
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência			Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)			43 Geo campo 3	
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência			46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado				
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 020/ 2013**CEPAS 03/2013**

Proc.: 23116.000220/2013-64

Título: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER, ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, QUE ATUAM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Pesq. Resp.: Vera Lúcia de Oliveira Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 010/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER, ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, QUE ATUAM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/07/2015.

Rio Grande, RS, 01 de março de 2013.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO C – Declaração da instituição co-participante**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

Declaração da instituição Co-participante:

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, acerca do projeto Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam em unidades básicas de saúde da família, no município do Rio Grande, proposto pela pesquisadora Dr^a. Vera Lúcia de Oliveira Gomes. Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Vera Elizabeth Lima da Silva

Vera Elizabeth Lima da Silva
SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RIO GRANDE

Rio Grande, Rio Grande do Sul, 30 de abril de 2013

APÊNDICE A – Quadro 1 - Classificação dos estudos, segundo o código de identificação, título, base de dados, periódico, Qualis da enfermagem, ano de publicação e área.

Código	Título	Base dados	Periódico	Qualis	Ano de publicação	Área
1	A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero	SCIELO	Rev. Esc. Enfer. USP	A2	2011	Enf.
2	A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2013	Med.
3	A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro	SCIELO	Saúde Sociedade	B1	2009	Saúde Coletiva
4	A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2009	Enf.
5	Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela – Brasil, 2009	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2012	Med.
6	Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	SCIELO	Cad. Saúde Pública	A2	2008	Med.
7	Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2012	Enf.
8	Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2012	Med. Social
9	Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras	SCIELO	Rev. Latino-Am. Enf.	A1	2012	Enf. Med. Odont.
10	Gender and sexual violence among students at a brazilian university	SCIELO	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	B1	2012	Saúde Reprodutiva
11	Haciendo visible lo invisible. Violencia de género y entre generaciones en una comunidad indígena colombiana	SCIELO	Invest Educ Enferm.	B1	2010	Odont. Psicol.
12	Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: Características socioeconômicas	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2012	Enf.
13	Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2013	Enf.
14	Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2009	Enf. Psicol. Med.
15	Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2010	Enf.
16	Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência	SCIELO	Interface-Comunic, Saúde, Educ.	B1	2007	Med.
17	Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar	SCIELO	Texto Contexto Enf.	A2	2012	Enf.

	fenomenológico					
18	Renunciando Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2006	Med. Preventiva
19	Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2011	Med. Preventiva
20	The response to gender violence among Brazilian health care professionals	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2013	Enf. Med. Psicol.
21	Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil	SCIELO	Cad. Saúde Pública	A2	2010	Med.
22	Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família	SCIELO	Rev Panam Salud Publica	B1	2010	Med. Psiquiat.
23	Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde	SCIELO	Rev. Esc. Enfer. USP	A2	2008	Enf.
24	Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher	SCIELO	Estudos de psicologia	B2	2011	Psicol.
25	Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	SCIELO	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	B1	2012	Enf. Med. Social
26	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2013	Enf.
27	Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde	SCIELO	Rev. Bras. Epidemiol.	B1	2010	Med. Preventiva
28	Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2007	Med. Preventiva
29	Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2010	Psiquiatria
30	Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2009	Enf.
31	Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano	SCIELO	Texto Contexto Enf.	A2	2007	Enf.
32	Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres	SCIELO	Rev. Brasileira Enf.	A2	2009	Enf.
33	A Violência Conjugal Contra a Mulher a Partir da Ótica do Homem Autor da Violência	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2008	Enf.
34	A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2011	Psicologia Social
35	A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres	LILACS	Esc. Anna Nery Enf.	B1	2009	Enf.
36	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	LILACS	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	B1	2009	Assist. Social Med.

37	Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2011	Enf. Med. Preventiva Filosofia
38	Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2007	Med. Preventiva
39	Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal	LILACS	Esc. Anna Nery Enf.	B1	2008	Enf.
40	Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica	LILACS	Rev. Esc. Enfer. USP	A1	2008	Enf.
41	Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México	LILACS	Cad. Saúde Pública	A2	2006	Saúde Pública
42	Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica	LILACS	Rev chil neuro-psiquiat	B1	2010	Psicol.
43	Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2008	Enf. Terapia ocup. Saude Col.
44	Femicídios: homicídios femininos no Brasil	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2011	Enf.
45	Homens desvelando as formas da violência conjugal	LILACS	Acta Paul Enf.	A2	2008	Enf.
46	Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência	LILACS	Acta Paul Enf.	A2	2012	Enf.
47	O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores	LILACS	Rev. enferm. UERJ	B1	2008	Enf.
48	Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher	LILACS	Psicologia ciência e profissão	B2	2007	Odont. Saúde Coletiva
49	Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o Enfrentamento da violência contra a mulher	LILACS	Rev. enferm. UERJ	B1	2012	Enf.
50	Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas	LILACS	Esc Anna Nery	B1	2012	Enf.
51	Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida	LILACS	Esc Anna Nery	B1	2011	Enf.
52	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	LILACS	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2007	Enf.
53	Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil	LILACS	Rev. Saúde Pública	A2	2007	Med. Preventiva
54	Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave	LILACS	Interface, comunic., saúde e educ.	B1	2011	Psicol. e educação Med. Social
55	Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento	LILACS	Paidéia	B3	2011	---
56	Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem	LILACS	Interface, comunic., saúde e educ.	B1	2011	Enf.
57	Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo	LILACS	Physis Revista de Saúde Coletiva	B1	2012	Med.
58	Serviços de saúde e a violência na	LILACS	Interface,	B1	2011	Saúde

	gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro		comunic., saúde e educ.			coletiva
59	Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem	LILACS	Rev. enferm. UERJ	B1	2011	Enf.
60	Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência	LILACS	Rev Rene	B2	2011	Enf.
61	Violência contra a Mulher e atendimento Psicológico: o que Pensam os/as gestores/as municipais do SUS	LILACS	Psicologia ciência e profissão	B2	2006	Psicol.
62	Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	LILACS	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	B1	2009	Psicol. Med. Social
63	Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI	LILACS	Rev. Rene	B2	2010	Enf.
64	Violência doméstica contra a mulher na visão do agente Comunitário de saúde	LILACS	Rev Latino-am Enfermagem	A1	2009	Enf.
65	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2012	Saúde Reprodutiva
66	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2008	Ciências da Saúde
67	Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004 – 2007	LILACS	Rev. Peru. epidemiol.	Impact Factor: 13.069	2009	Med.

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande
Escola de Enfermagem
Grupo de estudos e pesquisa sobre enfermagem, Gênero e Sociedade.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa “Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família, do município do Rio Grande/RS”. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Ass. do participante Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante

----- Ass. do responsável pelo estudo Data / /

APÊNDICE C – Mapeamento das UBSF por regiões do município do Rio Grande/RS



APÊNDICE D – Roteiro para coleta de dados - Perfil Sócio demográfico e Evocações

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA A MULHER PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE NO MUNICIPIO DO RG/RS.

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS **Data:** ____ / ____ / ____
ENTREVISTADORA: _____
UBSF _____ **Informante nº:** _____

Localização da UBSF em zona:
 Zona urbana **Zona rural**

DADOS DO INFORMANTE:

Sexo:
 Feminino **Masculino**

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:** _____

Nível de escolaridade:

Superior completo **Superior incompleto**
 Médio completo **Médio incompleto**
 Fundamental completo **Fundamental incompleto**

Formação profissional:

Técnico de enfermagem **ACS**

Ano de conclusão do curso de formação profissional: _____
Mês e ano em que iniciou seu trabalho nesta UBSF: ____ / ____

Estado civil

com companheiro e não mora com ele
 com companheiro e mora com ele
 sem companheiro

ROTEIRO - Evocações livres

1º -Solicitar ao participante que diga as primeiras cinco palavras ou expressões que lhe ocorram a partir da expressão **“Violência doméstica contra a mulher”**

Já participou de eventos promovidos em seu trabalho sobre VDCM?

Sim **Não**

APÊNDICE E – Roteiro para coleta de dados – Entrevista**TEMAS A EXPLORAR**

- 1-Para você o que significa violência doméstica contra a mulher?
- 2-No seu ambiente de trabalho, você já atendeu a alguma cliente vítima de violência doméstica? *(Se não, passar para nº 07)*
- 3-Como você identificou que se tratava de um caso de violência doméstica contra a mulher?
- 4-Qual foi o caso mais grave de violência doméstica contra a mulher, atendido por você nesta UBSF? Porque?
- 5- Como você atendeu a essa cliente?
- 6- Neste trabalho entende-se por conduta ética as ações adequadas do ponto de vista profissional, e por legal as ações que atendem a legislação ou seja, corretas perante a lei. Do ponto de vista ético e legal, como você avalia sua conduta? Porque?
- 7-Em seu ambiente familiar você já enfrentou ou presenciou alguma situação de violência contra a mulher? *(Se não, passar para nº 10)*
- 8-Você pode descrever essa situação?
- 9-Qual foi sua reação frente a essa situação?
- 10-Você conhece, no município do Rio Grande algum serviço de proteção à mulher Vítima de violência doméstica? Se sim, qual?
- 11-Você conhece alguma legislação que regulamente a sua conduta profissional para o atendimento de vítimas de violência doméstica? Se sim qual?
- 12-Quais seus compromissos legais frente a uma situação de violência doméstica contra a mulher?
- 13 – Você sabe o que é notificação compulsória? Para que ela serve? Você já fez alguma? Pode descrever a situação? |