



DANIELE FERREIRA ACOSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS HOSPITALARES ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA RELAÇÃO COM O
CUIDADO**

RIO GRANDE

2015

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

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS HOSPITALARES ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA RELAÇÃO COM O
CUIDADO**

DANIELE FERREIRA ACOSTA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande como requisito para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Denize Cristina de Oliveira.

RIO GRANDE

2015

A185r Acosta, Daniele Ferreira.

Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da violência doméstica contra a mulher e sua relação com o cuidado / Daniele Ferreira Acosta. – 2015.

305 f. : il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Denize Cristina de Oliveira

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2015.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Cuidado de enfermagem. 4. Práticas profissionais. 5. Representação social I. Título. II. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. III. Oliveira, Denize Cristina de.

CDU616-083:613.99

Catálogo na fonte: Bibliotecária Alessandra de Lemos CRB 10/1530

DANIELE FERREIRA ACOSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS HOSPITALARES ACERCA DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO**

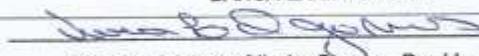
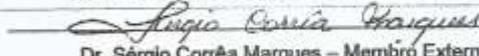
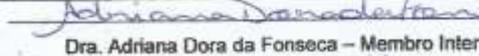
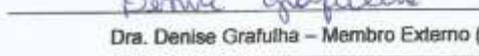
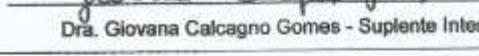
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 20 de novembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Nome do (a) Coordenador (a) do Programa

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes – Presidente (FURG)
 Dr. Sérgio Corrêa Marques – Membro Externo (UERJ)
 Dra. Adriana Dora da Fonseca – Membro Interno (FURG)
 Dra. Denise Grafulha – Membro Externo (SMS)
 Dra. Giovana Calcagno Gomes - Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Ao **Pai Sublime**, por me dar forças, pela vida repleta de sonhos a serem alcançados enquanto estou nesta grande escola chamada Terra.

A todas as **enfermeiras e enfermeiros** que participaram deste estudo contribuindo para o fortalecimento da profissão, da pesquisa científica e, principalmente, do cuidado às vítimas.

A todas as **mulheres** que, na longa estrada da vida, foram ou são reféns da violência doméstica. Forças para trilhar outros caminhos e construir uma nova história.
Esta luta é nossa, é do povo brasileiro, é da humanidade.

AGRADECIMENTOS

- À minha grande e eterna orientadora, amiga, mãezona, um exemplo na minha vida, Prof^a. Dra. Vera Gomes, que me acompanha desde a graduação. Não existem palavras para demonstrar a minha gratidão por todo o auxílio durante o Doutorado, bem como por me guiar na minha vida pessoal, nos momentos de fragilidade. Minha eterna gratidão pelo incentivo, pelas oportunidades, pelos ensinamentos, por acreditar na minha competência. Agradeço pelos conselhos, pelas rodas de chimarrão, por me acolher em sua casa nas horas de luta e nos momentos de confraternização. Levo na lembrança e no coração para sempre...e não considero isso uma despedida. Palavras são poucas para descrever a minha gratidão. MUITO OBRIGADA POR TUDO!
- À querida Prof^a. Dra. Denize Oliveira, por me receber na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e me dar oportunidade de ampliar meus conhecimentos. Pelas orientações e pela sabedoria compartilhada. Meus agradecimentos se estendem aos membros do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e Saúde de Grupos Populacionais.
- À banca examinadora, professor@s Dra. Adriana Dora da Fonseca, Dra. Celmira Lange, Dra. Denise Grafulha, Dra. Giovana Calcagno Gomes, Dr. Sérgio Corrêa Marques pela sabedoria compartilhada, pela disponibilidade e pelas magníficas contribuições nesta pesquisa.
- À minha mãe, pela dedicação, por me apoiar nesta trajetória, por compreender e respeitar o meu silêncio e isolamento. Minha gratidão por me incentivar nas horas mais difíceis. Uma guerreira que, com sua simplicidade e humildade, me deu forças para colecionar mais uma vitória. Ao meu pai, meu conselheiro, pelo carinho, pelo apoio, pela energia positiva e torcida, mesmo distante. Seu exemplo de perseverança e luta sempre foram a minha inspiração. À minha irmã, gêmea, muito mais do que um agradecimento, peço desculpas por me afastar, por não desfrutar de sua companhia e celebrar suas conquistas. À minha avó pela dedicação em todas as fases da minha vida. Ao meu namorado, que sempre

me fez acreditar na minha competência, me motivando nas horas de estresse e de extremo esgotamento mental; Deus não te colocou no meu caminho por acaso. Meu eterno amor e gratidão a todos vocês.

- A tod@s da Escola de Enfermagem que direta e indiretamente contribuíram na minha formação, durante a minha trajetória acadêmica e profissional.
- Às colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade e às colegas do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem, pelas experiências compartilhadas.
- A tod@s que me auxiliaram na coleta e transcrição dos dados o meu reconhecimento e gratidão por saber que posso contar com vocês. Sempre que precisarem estarei a disposição.
- A tod@s@s profissionais que me receberam nos serviços que compõem a chamada rede de atenção às mulheres vítimas de violência doméstica, em especial a Maria de Lourdes, presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, pela sua força e coragem em levantar a bandeira em favor da população feminina da cidade do Rio Grande. À equipe do Jornal Agora, por abrir as portas para a realização do estudo documental contribuindo para dar visibilidade ao fenômeno. O meu reconhecimento a vocês pela acolhida.
- @s enfermeir@s do Hospital Universitário e da Santa Casa pela disponibilidade e pela confiança em compartilhar suas vivências, suas crenças e seus saberes neste momento importante da minha vida e de construção profissional.
- Aos meus familiares e amig@s pela força e desejos de sucesso.
- A tod@s que de longe ou de perto sempre torceram por mim, pelo meu sucesso pessoal e profissional.

EPÍGRAFE

Era uma vez quatro pessoas que se chamavam **todo mundo**, **alguém**, **qualquer um** e **ninguém**.

Havia um importante trabalho a ser feito e **todo mundo** acreditava que **alguém** é que iria executá-lo.

Qualquer um poderia fazê-lo, mas **ninguém** o fez. **Alguém** ficou aborrecido com isso, porque entendia que a execução do trabalho era responsabilidade de **todo mundo**. **Todo mundo** pensou que **qualquer um** poderia executá-lo, mas **ninguém** imaginou que **todo mundo** não o faria.

Todo mundo culpou **alguém**, quando **ninguém** fez o que **qualquer um** poderia ter feito!

Responsabilidade dividida, ou não bem definida, gera insatisfações e ineficiência no trabalho.

(Autor desconhecido)

Enfermeir@s! A notificação da violência doméstica é uma conduta profissional obrigatória, portanto, notifiquem os casos suspeitos e os confirmados.

RESUMO

ACOSTA, D. F **Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da violência doméstica contra a mulher e sua relação com o cuidado**. 2015. 305fls. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

Estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais com o objetivo geral de analisar as representações sociais de enfermeiras, acerca da violência doméstica contra a mulher, e sua relação com o cuidado. A pesquisa foi realizada em dois hospitais de médio porte do município do Rio Grande/RS. Foram convidadas a participar todas as enfermeiras com atuação mínima de dois meses nas unidades que possivelmente internam vítimas de violência doméstica. A coleta de dados ocorreu por meio de Evocações Livres e Entrevista. A primeira consistiu em solicitar que evocassem, espontaneamente, palavras ou expressões frente aos termos indutores “violência doméstica contra a mulher” e “cuidado à vítima”. Com a entrevista buscou-se apreender a percepção geral, profissional e pessoal acerca da violência doméstica contra a mulher. Todas responderam às evocações livres. Para as entrevistas convidou-se até três enfermeiras por unidade. As evocações foram submetidas ao *software* EVOC 2005, que adota como critérios a frequência e a ordem de aparição dos termos evocados para a elaboração do quadro de quatro casas. O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio do *software* ALCESTE 2010. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 80/2014. A análise prototípica da violência doméstica contra a mulher mostrou uma representação estruturada por conter imagem, conteúdo e atitude, evidenciados pelos termos do núcleo central “agressão física”, “agressão” e “desrespeito”. A “agressão verbal”, na zona de contraste, revelou que as enfermeiras com mais de 35 anos, graduadas antes de 2008 ou trabalhadoras da Santa Casa possuem uma variação da representação. A periferia mostrou que o “medo”, no quadrante superior direito, refere-se ao sentimento tanto das profissionais quanto das vítimas frente ao agressor, “submissão” faz face com a realidade demonstrando que predominam aspectos históricos e culturais no pensamento coletivo. A estrutura do cuidado à vítima apontou para as dimensões psicossocial, com maior importância; física, educativa, técnica e profissional. Quanto à análise ALCESTE, oito classes fundamentaram os significados da representação, abrangendo conteúdos acerca das vivências, das entrevistadas, sobre a violência no cenário público e privado; os discursos sobre as vítimas e os fatores, relacionados ao agressor, que desencadeiam a violência doméstica; a identificação das vítimas associada às imagens do objeto; a assistência hospitalar as mulheres vitimadas; a articulação jurídica, policial e de saúde no contexto do cuidado; as competências ético-legais das enfermeiras, os limites e as possibilidades no cuidado à vítima. A tese foi confirmada parcialmente, pois evidenciou-se a dimensão relacional do cuidado, fortemente associada ao grau de dependência da vítimas aos cuidados, bem como a preocupação das enfermeiras com a atenção primária e secundária de apoio à vítima. É preciso capacitar as profissionais tanto no que se refere aos aspectos ético-legais sobre o fenômeno, quanto ao preparo emocional para lidar com as vítimas. Cabe expandir as discussões sobre a temática, incluindo a problematização de gênero e as implicações da violência na saúde da mulher, bem como na família.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Cuidado de Enfermagem. Práticas profissionais. Representação Social.

ABSTRACT

ACOSTA, D. F. **Social representations of hospital nurses concerning domestic violence against women and its relation to care.** 2015. 305fls. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2015.

A Study based on the Theory of Social Representations aimed to analyze the social representations of nurses regarding domestic violence against women, and their relation with care. The research was held in two medium size hospitals of Rio Grande/RS. All nurses with a minimal of two months acting in the units that possibly hospitalized victims of domestic violence were invited to participate. Data collection was carried out through free evocations and interview. The first requested that they evoked spontaneously words or phrases towards the inductors terms "domestic violence against women" and "care to the victim." In the interview the aim was to seize the general, professional and personal perception about domestic violence against woman. All answered the free evocations. Up to three nurses per unit were invited for the interview. Evocations were submitted to EVOG software in 2005, which adopts the frequency criteria and order of appearance of the terms mentioned for the preparation of the four houses frame. The content of the interviews was analyzed by 2010 ALCESTE software. The project was approved by the Research Ethics Committee under report number 80/2014. The prototypical analysis of domestic violence against women showed a structured representation since it contains image, content and attitude, evidenced by the terms of core "physical aggression", "aggression" and "disrespect". The "verbal aggression", in contrast zone, revealed that nurses with more than 35 years, graduated before 2008 or workers at Santa Casa have a variation of representation. The periphery indicated that "fear" in superior right quadrant, refers to the feeling professionals and victims have against the aggressor, "submission" corroborates with reality showing that historical and cultural aspects predominates in collective thinking. The care to the victim structure pointed to the psychosocial dimensions of greatest importance; physical, educational, technical and professional. Regarding ALCESTE analysis, the eight classes validated the meanings of representation, including content about the experiences, the respondents, violence in the public and private setting; speeches on the victims and the factors related to the offender that trigger domestic violence; the identification of victims associated with the images of purpose; hospital assistance to victimized women; the legal articulation, police and health care context; the ethical and legal responsibilities of nurses, The thesis was confirmed partly because it became clear the relational dimension of care, strongly associated with the degree of dependence of the victims to the care as well as the nurses concern with primary and secondary care victim support. The professionals must be qualified both as regards to ethical and legal aspects of the phenomenon, as the emotional preparation to deal with victims. It is necessary to expand discussions on the subject, including gender questioning and the consequences of violence in women health and the family.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Care Nursing. Professional Practices. Social representation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- C.H.A – Classificação Hierárquica Ascendente
- C.H.D – Classificação Hierárquica Descendente
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- ECR – Ensaio Clínico Randomizado
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- HU – Hospital Universitário
- IML – Instituto Médico Legal
- LMP – Lei Maria da Penha
- NC – Núcleo Central
- OEA – Organização do Estados Americanos
- OME – Ordem Média de Evocação
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PBE – Prática Baseada em Evidências
- RS - Representações Sociais
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SC – Santa Casa
- TRS – Teoria das Representações Sociais
- TNC – Teoria do Núcleo Central
- UCI – Unidade de Contexto Inicial
- UCE – Unidade de Contexto Elementar
- VCM – Violência contra a mulher
- VD – Violência doméstica
- VDCM – Violência doméstica contra a mulher
- VPI – Violência por parceiro íntimo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura da representação social das enfermeiras frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	121
Quadro 2 - Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam no HU frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	124
Quadro 3 - Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam na Santa Casa frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	125
Quadro 4 - Estrutura da representação social das enfermeiras com menos de 35 anos frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	129
Quadro 5 - Estrutura da representação social das enfermeiras com mais de 35 anos frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	129
Quadro 6 - Estrutura da representação social das enfermeiras graduadas antes de 2008 frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	132
Quadro 7 - Estrutura da representação social das enfermeiras graduadas depois de 2008 frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	133
Quadro 8 - Estrutura da representação social das enfermeiras com parceiro frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	135
Quadro 9 - Estrutura da representação social das enfermeiras sem parceiros frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.....	135
Quadro 10 - Estrutura da representação social das enfermeiras frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.....	138
Quadro 11 - Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam no HU frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.....	141
Quadro 12 - Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam na Santa Casa frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2015.....	142

Quadro 13 - Estrutura da representação social das enfermeiras com menos de 35 anos frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.....	145
Quadro 14 - Estrutura da representação social das enfermeiras com mais de 35 anos frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.....	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rio Grande, 21 de dezembro de 2007 – Mulher agredida por ex-companheiro entra em coma.....	30
Figura 2 - Rio Grande, 1º de setembro de 2010 – BM prende em flagrante homem acusado de espancar mulher.....	30
Figura 3 - Rio Grande, 22 de outubro de 2012 – Homem é preso após espancar esposa grávida.....	31
Figura 4 - Rio Grande, 14 e 15 de dezembro de 2013 – Marido ateia fogo na mulher e depois em si.....	31
Figura 5 - Rio Grande, 28 e 29 de maio de 2011 – Tentativa de homicídio.....	33
Figura 6 - Rio Grande, 17 de dezembro de 2012 – Ex policial militar é preso por tentativa de homicídio.....	34
Figura 7 - Rio Grande, 17 de dezembro de 2012 – Polícia prende autor de tentativa de homicídio.....	34
Figura 8 - Rio Grande, 30 de março de 2012 – Homem preso por tentativa de homicídio.....	35
Figura 9 - Rio Grande, 1º de outubro de 2013 – Ameaças de Morte.....	37
Figura 10 - Rio Grande, 3 de outubro de 2013 – Violência doméstica.....	37
Figura 11 - Rio Grande, 6 e 7 de março de 2010 – Acusado de estupro e cárcere privado preso em flagrante.....	39
Figura 12 - Rio Grande, 28 de novembro de 2011 – Incêndio criminoso atinge três casas.....	41
Figura 13 - Pirâmide da Hierarquia das Evidências.....	77
Figura 14 - Modelo de Análise das Evocações através do Quadro de Quatro Casas.....	106
Figura 15 - Distribuição das enfermeiras segundo o sexo e a faixa etária. Rio Grande/RS. 2014.....	113
Figura 16 - Distribuição das enfermeiras quanto ao local de trabalho e o tipo de participação como respondentes. Rio Grande/RS. 2014.....	114
Figura 17 - Distribuição das enfermeiras quanto ao tempo de atuação na atual unidade. Rio Grande/RS. 2014.....	116
Figura 18 - Distribuição das enfermeiras quanto ao ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem. Rio Grande/ RS. 2014.....	117

Figura 19 - Distribuição das enfermeiras quanto à participação em eventos relacionados à VDCM. Rio Grande/ RS. 2014.....	119
Figura 20 - Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o hospital de atuação das enfermeiras.....	126
Figura 21 - Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo a idade das enfermeiras.....	130
Figura 22 - Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o ano de graduação das enfermeiras.....	134
Figura 23 - Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o estado marital das enfermeiras.....	136
Figura 24 - Esquema comparativo das evocações acerca do cuidado à vítima segundo o hospital de atuação das enfermeiras.	143
Figura 25 - Esquema comparativo das evocações acerca do cuidado à vítima segundo a idade das enfermeiras.....	147
Figura 26 - Esquema ilustrativo dos conteúdos representacionais da VDCM e do cuidado à vítima, entre enfermeiras hospitalares. Rio Grande, 2014.	150
Figura 27 - Número de classes e de U.C.E por classe.....	156
Figura 28 - Distribuição das palavras analisadas por classe.....	156
Figura 29 - Classificação Hierárquica Descendente gerada a partir de entrevistas com enfermeiras sobre a violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS. 2014.....	157
Figura 30 - Dendograma com a nomeação dos eixos e das classes que compõem a representação social das enfermeiras acerca da VDCM. Rio Grande/RS. 2014.....	158
Figura 31 A e B - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	160
Figura 32 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 - Vivenciando situações de VCM. Rio Grande/RS. 2014.....	164
Figura 33 - Esquema da composição da Classe 1. Rio Grande/RS. 2014.....	165
Figura 34 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 – Facetas da VDCM. Rio Grande/RS. 2014.....	179
Figura 35 - Esquema da composição da Classe 4. Rio Grande/RS. 2014.....	180
Figura 36 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6 – Percepções sobre a mulher vítima de VD. Rio Grande/RS. 2014.....	194
Figura 37 - Esquema da composição da Classe 6. Rio Grande/RS. 2014.....	195

Figura 38 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 – Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à VDCM. Rio Grande/RS. 2014.....	203
Figura 39 - Esquema da composição da Classe 3. Rio Grande/RS. 2014.....	204
Figura 40 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 – Assistência hospitalar às mulheres vitimadas. Rio Grande/RS. 2014.....	213
Figura 41 - Esquema da composição da Classe 2. Rio Grande/RS. 2014.....	214
Figura 42 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 7 – Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014.....	225
Figura 43 - Esquema da composição da Classe 7. Rio Grande/RS. 2014.....	226
Figura 44 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 – Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014.....	234
Figura 45 - Esquema da composição da Classe 5. Rio Grande/RS. 2014.....	234
Figura 46 - Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 8 - Limites e possibilidades no contexto do cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014.....	241
Figura 47 - Esquema da composição da Classe 8. Rio Grande/RS. 2014.....	241

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos casos de violência doméstica contra a mulher noticiados no Jornal Agora, entre 2006 e 2013. Rio Grande/RS. 2014.....	29
Tabela 2 - Descrição dos casos de homicídio e tentativa de homicídio praticados por parceiro íntimo, noticiados no Jornal Agora, entre 2006 e 2013. Rio Grande/RS. 2014.....	29
Tabela 3 - Determinação da frequência média e mínima de palavras evocadas frente ao termo indutor “VDCM” para a composição do Quadro de Quatro Casas geral. 2014.....	105
Tabela 4 - Determinação da frequência média e mínima de palavras evocadas frente ao termo indutor “cuidado a vítima” para a composição do Quadro de Quatro Casas geral. 2014.....	105
Tabela 5 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 1. Rio Grande/RS. 2014.....	163
Tabela 6 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 4. Rio Grande/RS. 2014.....	178
Tabela 7 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 6. Rio Grande/RS. 2014.....	193
Tabela 8 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 3. Rio Grande/RS. 2014.....	202
Tabela 9 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 2. Rio Grande/RS. 2014.....	212
Tabela 10 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 7. Rio Grande/RS. 2014.....	224
Tabela 11 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 5. Rio Grande/RS. 2014.....	232
Tabela 12 - Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 8. Rio Grande/RS. 2014.....	240

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	28
3.1 A face pública da violência doméstica contra a mulher em Rio Grande	28
3.2 Consequências dos atos violentos em nível individual, familiar e no setor público	42
3.3 Cuidados pré-profissionais e profissionais	48
3.3.1 Cuidado no período pré-profissional.....	48
3.3.2 Cuidado no período profissional.....	53
3.4 Rede de atenção à mulher em situação de violência doméstica	57
3.4.1 A rede em sua concretude	58
3.4.2 Situação da rede em Rio Grande.....	68
3.5 Prática Baseada em Evidências: o que mostram os estudos	75
3.5.1 Características das publicações.....	77
3.5.2 Assistência na área da saúde.....	78
3.5.3 Assistência em rede: um desafio.....	83
3.5.4 Fragilidades técnico-profissionais e organizacionais.....	85
3.5.5 Visibilidade da VDCM e protagonismo feminino.....	87
4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	89
4.1 Origem, noções e elaboração das representações sociais	89
4.2 Abordagem Estrutural	96
5 PERCURSO METODOLÓGICO	99
5.1 Tipo de estudo	99
5.2 Local do estudo	99
5.3 Informantes do estudo	100
5.4 Coleta de dados	101
5.5 Tratamento e análise dos dados	103
5.5.1 Software EVOC.....	103
5.5.2 Software ALCESTE.....	107

5.6 Aspectos éticos.....	111
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	112
6.1 Perfil das informantes.....	112
6.2 Estrutura da representação social de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.....	120
6.2.1 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo o hospital de atuação.....	124
6.2.2 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo a idade.....	128
6.2.3 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo o ano de graduação.....	132
6.2.4 Análise comparativa da estrutura das representações sociais das enfermeiras acerca da VDCM segundo o estado marital.....	135
6.3 Estrutura da representação social de enfermeiras acerca do cuidado à vítima.....	137
6.3.1 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca do cuidado à vítima segundo o hospital de atuação.....	141
6.3.2 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca do cuidado à vítima segundo a idade.....	144
6.4 Articulação entre as representações e as práticas de cuidado.....	148
6.5 Os significados das representações sociais da VDCM.....	155
6.5.1 Caracterização do <i>corpus</i>	155
6.5.2 Conteúdos da representação social de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.....	162
6.5.2.1 Vivenciando situações de violência contra a mulher – Classe 1.....	163
6.5.2.1.1 Percepções e (re)ações frente à violência contra a mulher na esfera pública.....	165
6.5.2.1.2 Percepções e (re)ações acerca da violência contra a mulher na esfera privada.....	174
6.5.2.2 Facetas da violência doméstica contra a mulher - Classe 4.....	178
6.5.2.2.1 Atores da violência doméstica.....	180
6.5.2.2.2 Dimensão imagética da violência doméstica contra a mulher.....	184
6.5.2.2.3 Articulação da dimensão conceitual X imagética na identificação da violência doméstica.....	188

6.5.2.3	<i>Percepções sobre a mulher vítima de violência doméstica – Classe 6.....</i>	193
6.5.2.3.1	<i>(Re)Pensando a submissão da mulher no contexto da violência doméstica.....</i>	195
6.5.2.3.2	<i>(Re)Pensando a hospitalização da mulher no contexto da violência doméstica.....</i>	197
6.5.2.3.3	<i>(Re)Pensando a necessidade de ajuda à mulher no contexto da violência doméstica.....</i>	199
6.5.2.4	<i>Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à violência doméstica contra a mulher – Classe 3.....</i>	202
6.5.2.4.1	<i>‘Ciúme’ como fator desencadeador de violência.....</i>	204
6.5.2.4.2	<i>‘Uso de drogas’ como fator desencadeador de violência.....</i>	207
6.5.2.4.3	<i>‘Transtorno psicológico’ como fator desencadeador de violência.....</i>	210
6.5.2.5	<i>Assistência hospitalar às mulheres vitimadas – Classe 2.....</i>	212
6.5.2.5.1	<i>O cuidado na dimensão técnica.....</i>	214
6.5.2.5.2	<i>Pronto-socorro: (re)velando os casos graves.....</i>	218
6.5.2.5.3	<i>Corpos Queimados: histórias e ambiguidades.....</i>	220
6.5.2.6	<i>Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado à mulher vitimada – Classe 7.....</i>	224
6.5.2.6.1	<i>(Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências legais.....</i>	226
6.5.2.6.2	<i>(Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências éticas.....</i>	229
6.5.2.7	<i>Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada – Classe 5.....</i>	232
6.5.2.7.1	<i>Ações com foco no âmbito jurídico-policia.....</i>	235
6.5.2.7.2	<i>Ações articuladas no âmbito da saúde.....</i>	237
6.5.2.8	<i>Limites e possibilidades no cuidado à mulher vitimada – Classe 8.....</i>	240
6.5.2.8.1	<i>Dificuldades enfrentadas no cuidado à mulher vitimada.....</i>	242
6.5.2.8.2	<i>Fatores que potencializam o cuidado à vítima.....</i>	244
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	247
	REFERÊNCIAS.....	253
	APÊNDICE A – Tabela com os estudos da PBE.....	280
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	283
	APÊNDICE C – Técnica de Evocação Livre.....	284
	APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista.....	285
	APÊNDICE E – Dicionário de Padronização dos termos – EVOC.....	287
	APÊNDICE F – Codificação das variáveis.....	302

APÊNDICE G – Dicionário de Padronização dos termos – ALCESTE.....	303
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	305

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta tese de doutorado amplia uma busca iniciada durante a graduação e, mais especificamente, durante a concretização do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande, em 2012.

Durante minha carreira acadêmica mantive especial interesse pelos temas que envolviam a saúde da mulher. Naquela época, participava de atividades extensionistas realizadas junto ao Grupo de Pesquisa Viver Mulher. No Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvi uma pesquisa com puérperas egressas do Hospital Universitário com o intuito de conhecer as crenças, influências e práticas de autocuidado durante o puerpério.

Com o meu ingresso no Mestrado em Enfermagem, em 2011, permaneci com o desejo de desenvolver estudos voltados à saúde da mulher. Por meio do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS), no qual atuo desde 2008, surgiu a oportunidade de me inserir em um projeto intitulado “Violência de gênero registrada na Delegacia Especializada no atendimento às mulheres na cidade do Rio Grande/RS”.

Deste projeto, que teve como objetivo geral conhecer os aspectos epidemiológicos da violência contra a mulher no município do Rio Grande/RS, além da minha dissertação, foram desenvolvidos dois trabalhos de conclusão de curso, artigos científicos publicados em periódicos de enfermagem, e trabalhos apresentados em congressos e seminários. O levantamento dos dados na Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres permitiu conhecer o perfil das vítimas e dos agressores, sua relação de parentesco, as principais formas de violência, o consumo ou não de drogas por parte do agressor, os motivos que o levaram ao ato violento, entre outros. Além disso, possibilitou o mapeamento dos casos de violência doméstica, no município.

Entendo que refletir sobre a violência doméstica contra a mulher também é dever dos profissionais da saúde considerando a característica multifacetada, com reflexo nos planos políticos, econômicos, sócio-familiar, jurídico, educacional e de saúde. Naquele projeto tal fato mostrou-se evidente ao revelar as consequências imediatas da violência e possibilitar inferir sobre as consequências tardias às vítimas, famílias e à sociedade.

Diante dessas questões, é reconhecida a importância dos profissionais de saúde, co-responsáveis pelas ações de promoção à saúde e prevenção à violência doméstica contra a mulher, bem como tratamento e reabilitação das vítimas. Para tanto, é ímpar refletir acerca das práticas de cuidado desses profissionais perante esse fenômeno cercado por questões sócio-culturais, por meio das quais ainda há a representação de que a mulher apanha porque gosta, porque provoca; ou que os agressores não sabem controlar suas emoções (SOARES, 2005). Somado a isso, do ponto de vista dos profissionais, muitos pensam que esse fenômeno não tem relação com a área da saúde.

Sabendo que o cuidado é norteado pelo conhecimento reificado, e influenciado pelo senso comum e que a violência doméstica contra a mulher é um objeto compartilhado entre os profissionais da saúde, foram elaborados dois projetos. O primeiro, desenvolvido por alguns membros do GEPEGS, teve como objetivo analisar as Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher entre integrantes das equipes de saúde do município do Rio Grande/RS.

O outro, que constitui este estudo, teve como objetivo geral analisar as representações sociais de enfermeiras, acerca da VDCM, e sua relação com o cuidado prestado às vítimas em ambiente hospitalar. Acredito que conhecer as representações dessas profissionais, acerca do objeto, permitirá descortinar os fatores que dificultam ou até mesmo impedem práticas de cuidado efetivas e eficazes às mulheres em situação de violência, seja no âmbito da prevenção, tratamento ou reabilitação. Diante disso, fica evidente a relevância, tanto para a enfermagem quanto para a sociedade, do desenvolvimento deste estudo.

As próximas páginas permitem mergulhar em uma tese desenvolvida com muito entusiasmo e dedicação. O primeiro capítulo constitui a “Introdução” no qual são apresentados dados epidemiológicos da violência doméstica contra a mulher, alguns conceitos, as principais convenções e a justificativa do trabalho. Exponho, no segundo capítulo, os “Objetivos” que nortearam o estudo. A seguir, discorro sobre a “Revisão de Literatura”, composta por quatro subcapítulos. O referencial teórico escolhido foi a “Teoria das Representações Sociais”, apresentada no quarto capítulo; nele inclui as origens, noções e elaborações acerca da teoria e a Abordagem Estrutural. No “Percurso Metodológico” abordo o caminho percorrido, apresentando os sujeitos, os locais de estudo, as técnicas empregadas para a coleta e análise dos dados, e os preceitos éticos que nortearam esta pesquisa. Os “Resultados e Discussões” foram

apresentados em forma de cinco subcapítulos, intitulados: Perfil das informantes; Estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM; Estrutura da representação social de enfermeiras acerca do cuidado à vítima; Relação entre as representações e as práticas de cuidado; Apresentação dos resultados gerados pelo Alceste, no qual discorro sobre os conteúdos presentes nas oito classes geradas pelo *software*. Por fim, o capítulo “Considerações Finais” resgata os principais resultados buscando explicitar a relação da representação da VDCM com o cuidado, bem como a tese do estudo.

1 INTRODUÇÃO

C.S. queixava-se dos atos violentos cometidos pelo marido, que um dia lhe esfaqueou os braços e o abdômen, necessitando ser hospitalizada por quase um mês. J.P. foi queimada pelo ex-parceiro na frente dos filhos por terminar o relacionamento. M.F. foi estuprada e, após, estrangulada até a morte pelo ex-namorado. L. Q foi submetida ao cárcere privado, pelo companheiro, por chegar tarde em casa ao voltar do trabalho. Esses são casos fictícios que representam situações de violência doméstica contra a mulher (VDCM), em nível mundial.

Dados como esses revelam a gravidade do fenômeno, que tem sido caracterizado pela Organização Mundial Saúde (OMS) como um “problema global de saúde pública de proporções epidêmicas” (WHO, 2013). É divulgado que uma em cada três mulheres do planeta já foi espancada, forçada a ter relações sexuais ou submetida a algum outro tipo de abuso (WHO, 2013). Nos Estados Unidos, uma mulher é agredida por seu marido ou parceiro a cada 15 segundos. Na França, 25 mil mulheres são estupradas todo o ano (CFEMEA, 2007). De acordo com o *United Nations Department of Public Information* (2008) as mulheres com idade entre 15 e 44 anos têm maior risco de estupro e violência doméstica do que de sofrerem acidentes, contraírem câncer, malária, ou ainda, serem vitimadas na guerra.

No Brasil, a cada dois minutos cinco mulheres são agredidas violentamente (LOPES, 2011). Um levantamento de dados sobre o femicídio, entre 2006 e 2010, mostrou que o Brasil ocupava a sétima posição entre os 84 países estudados (WAISELFISZ, 2012). Além disso, a taxa de 4,4 óbitos por 100.000 mulheres brasileiras, divulgada no referido levantamento, subiu para 5,8 no período entre 2009 e 2011 (GARCIA et al., 2014). Quando analisadas as circunstâncias dos homicídios, constatou-se a utilização de arma de fogo como principal instrumento quando o crime ocorreu entre homens. No entanto, quando a vítima foi mulher, o uso desse objeto correspondeu a menos da metade dos casos, sendo mais comum a utilização de objetos cortantes, penetrantes, contundentes e sufocação; levando a crer que a maioria desses episódios foram decorrentes de crime passional (WAISELFISZ, 2012).

Conceitualmente, o termo "violência contra a mulher" engloba muitas formas de atos violentos, abrangendo a violência por parceiro íntimo (VPI), o estupro/abuso sexual e outras formas de violência sexual cometida por alguém que não seja um parceiro, bem como mutilação genital feminina e o tráfico de mulheres

(WHO, 2013). Deste modo, legislações são estabelecidas em diversos países com o objetivo de combater, prevenir e repudiar os atos violentos contra as mulheres.

O principal instrumento global de proteção aos direitos da mulher é a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 1979. Tal documento apregoa a igualdade de gênero e o combate a discriminação, seja ela perpetrada por Estados, indivíduos, empresas ou organizações. Até 2012 somavam 186 os Estados que ratificaram a Convenção, entre eles o Brasil, em 1984 (ONU – MUJERES, 2012).

Um comitê formado por 23 especialistas monitora a implementação dessa convenção. Uma de suas atribuições é examinar, periodicamente, os relatórios, apresentados pelos Estados sobre as medidas adotadas para o cumprimento das obrigações acordadas e ratificadas no tratado (PIMENTEL, 2004). A quinquagésima sétima sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres foi realizada em 2014, em Genebra, onde o Comitê analisou os relatórios de Bahrein, Camarões, Finlândia, Iraque, Cazaquistão, Catar e Serra Leoa.

Em nível interamericano, a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) preocupada com os níveis de violência que atingiam as mulheres americanas, e fundamentada nos tratados anteriores, decidiu adotar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida por Convenção de Belém do Pará, local em que se firmou o acordo em 1994. Na referida convenção o termo violência contra a mulher (VCM) foi definido como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na privada” (COMISSÃO INTERAMERICANA DOS DIREITOS HUMANOS, 1994, s. p).

Esse documento reconhece que a violência pode ser praticada em diferentes cenários, ou seja, tanto em ambiente doméstico, nas relações familiares e interpessoais entre agressor e vítima; quanto na comunidade, praticada por outras pessoas ou mesmo pelo Estado.

Com base nas convenções anteriores, em 2006, no Brasil, foi sancionada a Lei nº 11.340, conhecida por Lei Maria da Penha (LMP). Soma-se a sua concretização, a condenação do Estado Brasileiro, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA, diante da constatação de impunidade ao agressor do crime praticado contra Maria da Penha Maia Fernandes.

Destarte, essa lei tem como intuito criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Também “dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar” (BRASIL, 2006a, p. 1).

Configura violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006a, s.p). Entre as principais medidas adotadas cita-se o rigor nas punições aos acusados, sendo vetado o pagamento de multa ou cesta básica à vítima. Incluiu ainda, as medidas protetivas de urgência, tanto de proteção à vítima quanto de afastamento do agressor.

Pesquisa feita pelas Nações Unidas para avaliar os avanços da legislação destinada ao enfrentamento da VCM e à promoção da igualdade de gênero constatou que até abril de 2011 em torno de 125 países haviam aprovado leis para combater a violência doméstica, sendo a maioria pertencente à América Latina e Caribe. Todavia, essas leis variam muito em termos de abrangência e rigor, pois muitos não tipificam a violência conjugal como um delito (ONU-MUJERES, 2012).

Sabe-se que esse fenômeno é compreendido com base nos padrões histórico-culturais da sociedade que naturalizou como atributos do sexo masculino o poder, a força, a vida fora do âmbito doméstico e a dominação da mulher, configurando-se, desta forma, como violência baseada no gênero (SCOTT, 1995). Esse cenário cercado de iniquidades é corroborado ao se identificar que o tipo mais comum de violência contra as mulheres é a praticada pelo parceiro íntimo (WHO, 2013; GARCIA et al., 2014).

Cabe destacar que durante muito tempo o fenômeno da violência foi objeto de estudo apenas das ciências humanas e sociais, sendo os setores de segurança e do sistema judiciário os primeiros a aplicarem medidas de intervenção. Tal estruturação facultou aos profissionais de saúde o entendimento de que sua atuação restringia-se às consequências físicas e mentais da violência (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009). No entanto, é reconhecida a importância desses profissionais, não somente diante do tratamento, mas também frente às ações de prevenção e combate ao fenômeno.

A magnitude da associação entre a violência praticada por parceiro íntimo e os efeitos na saúde da vítima é divulgada pela OMS: maior incidência de HIV e de outras

doenças sexualmente transmissíveis, aborto, nascimento prematuro, retardo no crescimento fetal ou recém-nascido pequeno para a idade gestacional, uso de álcool, depressão, suicídio, morte por homicídio (WHO, 2013).

De acordo com o apresentado pela literatura devido aos traumas imediatos ou pelos agravos secundários, os serviços de saúde surgem como os primeiros locais de acolhimento às vítimas (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009). Deste modo, para esses autores, é preciso que todos passem a se preocupar com o fenômeno, procurando identificá-lo e compreendê-lo em profundidade, garantindo, assim, uma assistência diferente do modo hegemônico, o qual acaba revitimando a mulher.

Na realidade, a magnitude do problema é desconhecida pelo silêncio de muitas vítimas. Além disso, raros são os profissionais que notificam a violência consumada ou presumida, apesar de ocuparem posição estratégica tanto para sua detecção (CARVALHO et al., 2010) quanto para a prestação de assistência e encaminhamento das vítimas aos serviços especializados. Cabe enfatizar que a notificação compulsória da violência é obrigatória aos profissionais de saúde sob pena de punição prevista em seus códigos de ética (BRASIL, 2003).

Além disso, existem muitas barreiras que desqualificam a atenção necessária às mulheres em situação de violência. De acordo com Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008), pautados na formação biologicista, muitos profissionais ainda limitam-se a tratar apenas os sinais e sintomas apresentados pelas vítimas. Argumentos como a falta de tempo, despreparo, medo ou ainda por acreditarem que esse não é um problema de saúde dificultam sua abordagem (KISS; SCHRAIBER, 2011). Somam-se, ainda, os pré-julgamentos relacionados aos estereótipos culturais, marcando, desta forma, a constituição das representações sociais acerca deste fenômeno.

Frente a sua complexidade é indispensável abordá-lo de forma holística, e com o entendimento de que ocorre em diferentes classes sociais, raças e níveis de escolaridade. As diferentes formas de violência ferem os direitos humanos e ratificam a necessidade de uma rede de suporte coesa, resultante da integração de conhecimentos e serviços, com profissionais sensíveis e capacitados para identificar a situação de violência, orientar e intervir efetivamente no processo de saúde-doença das mulheres vitimadas (KISS; SCHRAIBER; OLIVEIRA, 2007). Para isso, primeiramente, é preciso romper as barreiras culturais e os pré-julgamentos frente ao acolhimento e à assistência às vítimas.

Reconhecendo que os serviços de saúde são a porta de entrada às mulheres em situação de violência; as enfermeiras, que atuam em nível hospitalar, podem ser importantes aliadas, tanto para a detecção de casos, quanto para a adoção de ações preventivas, de tratamento e reabilitação das vítimas. Além disso, podem contribuir com a fidedignidade dos dados epidemiológicos efetuando a notificação dos casos. Muito se tem discutido acerca do fenômeno, mas ainda é escassa a problematização sobre o cuidado hospitalar às vítimas.

Para tanto, é preciso que as enfermeiras percebam a violência doméstica contra a mulher como um fenômeno social, de saúde pública, ultrapassando as crenças, rotulações e pré-julgamentos que acabam inibindo uma atuação profissional mais efetiva. Reconhecer tal objeto como um conhecimento reificado e representacional, problematizar as origens de tais representações e das práticas de cuidado, discutir a legislação de amparo às vítimas e a obrigatoriedade da notificação compulsória são questões fundamentais para dar visibilidade a esse problema.

Assim, a realização deste estudo se justifica na medida em que a análise das representações das enfermeiras, sobre o objeto de estudo, poderá facilitar a compreensão da influência de tais representações nas práticas de cuidado e saúde.

Desse modo, questiona-se: qual a representação social de enfermeiras, que atuam no Hospital Universitário e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, acerca da violência doméstica contra a mulher? Qual a relação dessas representações com as práticas de cuidado?

Os pressupostos que originaram a tese do estudo são:

- Os sentimentos de medo e impotência diante do fenômeno conduzem a uma assistência fragmentada, reduzindo o cuidado a procedimentos técnicos e ausência de abordagens preventivas e relacionais.
- o desconhecimento de aspectos legais e normativos por parte das enfermeiras reflete na subnotificação dos casos.

Por conseguinte defende-se a seguinte tese

As representações sociais das enfermeiras sobre a violência doméstica contra a mulher agregam conteúdos fortemente centrados nas formas física e sexual refletindo-se numa prática de cuidar predominantemente voltada ao tratamento dos sinais e sintomas bem como na subnotificação dos casos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações sociais de enfermeiras, acerca da violência doméstica contra a mulher, e sua relação com o cuidado prestado em ambiente hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os conteúdos e a estrutura das representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.

- Conhecer os conteúdos e a estrutura das representações sociais de enfermeiras acerca do cuidado a mulher em situação de violência doméstica.

- Relacionar as representações sociais de enfermeiras, acerca da violência doméstica contra a mulher, com o cuidado prestado às mulheres em ambiente hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo contemplou, na revisão de literatura, quatro subcapítulos. Inicialmente apresenta-se a face pública da VDCM por meio da problematização de casos noticiados em um jornal de circulação local. A seguir, discorre-se sobre as consequências dos atos violentos em nível individual, familiar e no setor público. Consecutivamente, aborda-se a rede de apoio à mulher em situação de violência. Por fim, apresenta-se uma pesquisa bibliográfica realizada por meio de revisão integrativa.

3.1 A face pública da violência doméstica contra a mulher em Rio Grande

Para retratar a face pública da VDCM, em Rio Grande, optou-se por fazer um levantamento dos casos noticiados, entre 2006 e 2013, no Agora, jornal de circulação local. Sabe-se que os episódios divulgados são mínimos diante da proporção real do fenômeno no município. No entanto, acredita-se que sua (re)apresentação e discussão, poderão conferir maior visibilidade ao problema, no campo da saúde.

A análise de documentos é considerada importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outros métodos, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (CELLARD, 2008). Para tanto, estabeleceu-se alguns critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídas as notícias em que não constava o parentesco entre o agressor e a vítima ou que deixavam dúvidas sobre a identificação da VDCM.

Foram noticiados 82 casos de VDCM; a maioria referia-se a violência cometida por parceiro íntimo. Desses, 31 foram praticados pelo cônjuge e 28 por ex-parceiros. Entre aqueles houve predomínio da violência física e entre os últimos a violência psicológica. Também houve associação de mais de um tipo de violência, como descrito na Tabela 1. Destacam-se, ainda, 14 tentativas de homicídio, classificadas como violência física, além de sete casos de homicídio consumado. Desses, dois limitavam-se a noticiar a penalidade conferida aos agressores por delitos ocorridos antes de 2006 (Tabela 2).

Em dois casos, as agressões foram cometidas pelo cunhado e pelo irmão da vítima (Tabela 1). Três notícias não detalharam os casos, apresentando-as apenas como ocorrência de violência doméstica.

Tabela 1. Descrição dos casos de violência doméstica contra a mulher noticiados no Jornal Agora, entre 2006 e 2013. Rio Grande/RS. 2014.

Tipo de violência	Parceiro (n)	Ex-Parceiro (n)	Cunhado	Irmão
Violência Física	16	10	1	1
Violência Física e Psicológica	8	3	0	0
Violência Física e Patrimonial	2	0	0	0
Violência Física e Sexual	1	0	0	0
Violência Psicológica	3	14	0	0
Violência Psicológica e Sexual	1	1	0	0

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da violência doméstica contra a mulher e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015

Tabela 2. Descrição dos casos de homicídio e tentativa de homicídio praticados por parceiro íntimo, noticiados no Jornal Agora, entre 2006 e 2013. Rio Grande/RS. 2014.

	Parceiro	Ex-Parceiro
Homicídio	6	1
Tentativa de homicídio	4	10

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da violência doméstica contra a mulher e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015

Embora exista uma definição, pela LMP sobre as diferentes formas de violência, sendo elas a física, sexual, psicológica, patrimonial e moral; sabe-se que isoladas ou associadas elas repercutem na integridade biopsicossocial das vítimas. Na maioria dos casos de VDCM, há uma associação dessas expressões, sendo que a violência psicológica, geralmente, é a primeira forma de agressão contra a mulher, evoluindo para a violência física (SILVA; COELHO, CAPONI, 2007).

Alguns casos (em anexo como Figuras) foram escolhidos para exemplificar as diferentes expressões da VDCM, bem como para reforçar a importância do preparo dos profissionais da saúde para assistirem às vítimas em âmbito hospitalar. Tais casos exibem a assimetria de poder, traduzida em relações de força e dominação da mulher. Retratam o desequilíbrio 'doentio' da relação e convivência entre homens e mulheres.

Os primeiros casos retratam a violência física, reconhecida pela LMP como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher. As agressões físicas costumam ser reconhecidas e socialmente destacadas como as mais perigosas (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012). Essa representação, de certa

forma, pode justificar o maior número de notícias divulgadas, envolvendo esse tipo específico de violência.

Figura 1. Rio Grande, 21 de dezembro de 2007.

Mulher agredida por ex-companheiro entra em coma

Um homem de 32 anos foi preso pela equipe de investigações da Delegacia Especializada em Roubos, Entorpecentes e Capturas (Defrec) por agredir sua ex-companheira com um soco no rosto. Com a agressão, a moça passou mal e quando estava sendo atendida no pronto-socorro da Santa Casa desmaiou e entrou em coma.

Segundo informações passadas pelo inspetor Marco Antônio, chefe da investigação da Defrec, no último final de semana, o acusado A.B.R., de 32 anos, foi até a casa de sua esposa para levar um presente para seu filho, mas num de-

terminado momento o casal começou a discutir. Durante a briga, o rapaz acertou um soco no rosto da moça, o qual quebrou o seu nariz.

A vítima foi levada para o pronto-socorro da Santa Casa, onde foi atendida e medicada, mas quando a mesma estava sendo liberada acabou desmaiando e entrando em coma. Porém, no decorrer do final de semana, ela recuperou a consciência, ficando com o seu quadro clínico estável.

Diante dos fatos, no mesmo dia da agressão, o delegado que se encontrava de plantão solicitou ao Poder Judici-

ário a prisão preventiva do acusado.

De posse do mandado de prisão, na tarde de quarta-feira, 19, os agentes da Defrec obtiveram êxito na prisão do acusado. Ele foi preso quando estava na sua residência, localizada na rua Acre, bair-

ro Hidráulica.

Os policiais conduziram o acusado até a delegacia e, após o registro, o mesmo foi encaminhado para a Penitenciária Estadual do Rio Grande (Perg), ficando à disposição da Justiça.

O inspetor Marco falou que

a vítima já havia registrado na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA) várias ocorrências contra seu ex-marido, todas por ameaça. Agora o caso será acompanhado pelos agentes do Posto da Mulher.

Patrice Cavasari

Figura 2. Rio Grande, 1º de setembro de 2010.

BM prende em flagrante homem acusado de espancar mulher

Policiais militares evitaram que mais um crime doméstico fosse registrado em Rio Grande, evitando assim um aumento no número de homicídios na cidade. Através de denúncia, PMs prenderam em flagrante um homem acusado de espancar a companheira. A vítima foi socorrida e teve que ser encaminhada para o pronto-socorro da Santa Casa. Já o acusado foi preso e indiciado por ten-

tativa de homicídio.

O fato ocorreu na madrugada de domingo, 26, por volta da 1h05min, na rua Lima Barreto, bairro São Miguel.

Chegando ao endereço indicado, os PMs foram informados pela irmã da vítima que ela morava na casa dos fundos e que há cerca de duas horas estava sendo agredida pelo seu marido. Ao se aproximarem do imóvel, os policiais

militares passaram a escutar os gritos e o pedido de socorro da mulher, bem como o agressor mandando-a calar a boca.

Diante dos fatos, os policiais bateram na janela e pediram para o acusado sair da casa, o que ocorreu após muita insistência por parte dos PMs. O homem foi preso em flagrante e identificado como W.R.T., 19 anos, vulgo Carrinho. Ele foi

apresentado na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA), sendo posteriormente recolhido à Penitenciária Estadual do Rio Grande (Perg), ficando à disposição da Justiça.

Como a vítima apresentava muitas lesões pelo corpo e sangrava bastante, ela foi encaminhada ao hospital para receber atendimento médico.

Patrice Cavasari

Figura 3. Rio Grande, 22 de outubro de 2012.

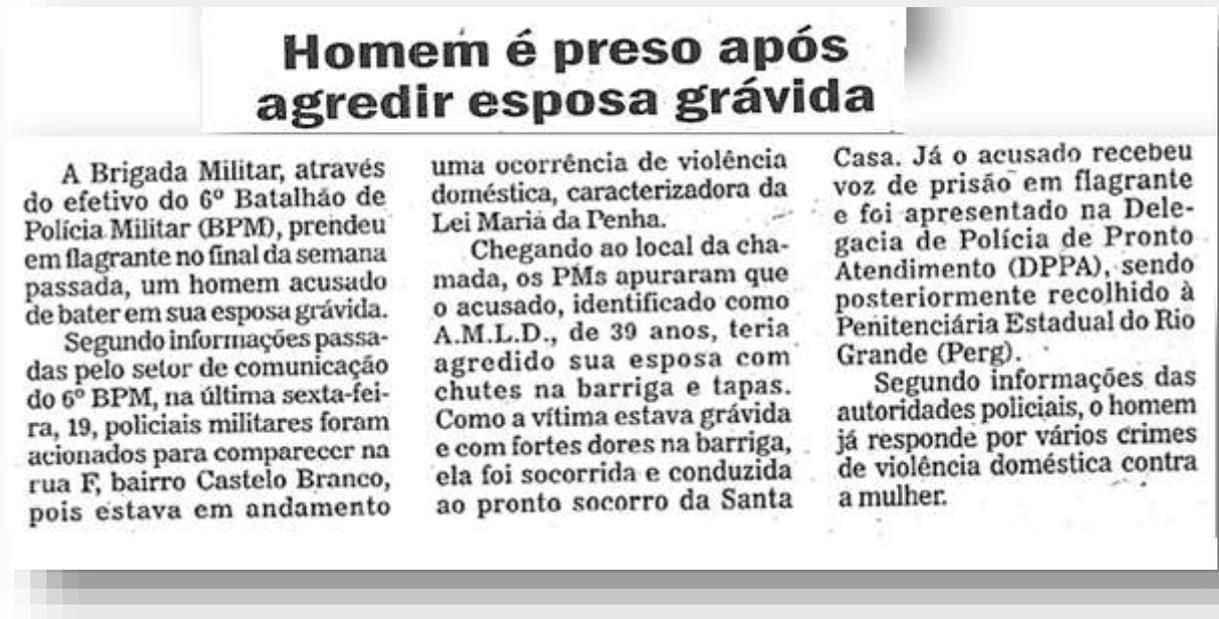


Figura 4. Rio Grande, 14 e 15 de dezembro de 2013.



Os casos demonstram a brutalidade, o uso da força, a dominação, a supremacia masculina, expressa por meio da humilhação e agressão, as quais ferem os direitos das mulheres, inclusive o direito à vida. É uma relação hierárquica que resulta em uma "ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa;

as relações de força materializam a violência porque coisificam pessoas, indivíduos”, nesses casos, as mulheres (ALVES; DINIZ, 2005, p. 388).

Pode-se dizer que essa ideologia machista tem origem no período patriarcal cujos padrões sociais e comportamentais eram totalmente antagônicos. A naturalização do feminino, associada à delicadeza do corpo da mulher, e da masculinidade, inscrita no corpo forte do homem, fazem parte das tecnologias de gênero (SAFFIOTI, 1999). Esses papéis, estereotipados, entendidos como algo natural, resultaram na desigualdade de gênero (SCOTT, 1995).

A exemplo, no começo do século XX, no Brasil, o Código Civil de 1916 definia que a mulher deveria ter autorização do marido para trabalhar, pois acreditavam que o trabalho feminino, fora de casa, provocava a desagregação da família (BLAY, 2003). Naquela época, em razão da legítima defesa da honra, também era consentido ao homem praticar crime passional. Pelo Código Penal, de 1940, a pena poderia ser amenizada nos casos de “homicídio privilegiado sob violenta emoção”, entendido como aquele cometido no ímpeto da raiva ou frente à provocação da vítima (TOIGO, 2010).

Em razão desses fatos, as mulheres passaram a organizar movimentos para protestar e reivindicar seus direitos. A partir dessa nova perspectiva, as relações passaram a ser compreendidas e estudadas, por pesquisadoras, jornalistas, feministas, à luz das “construções sociais”, sendo rejeitadas as explicações tradicionais biologistas (MONTEIRO; SOUZA, 2007) que naturalizavam a subalternidade feminina. Recentemente, muitos estudiosos buscam uma explicação para a violência praticada contra a mulher reconhecendo a influência multicausal de fatores que atuam sobre o comportamento humano aumentando ou diminuindo a probabilidade das pessoas tornarem-se vítimas ou agressores (KRUG, 2002).

Fatores individuais, referem-se tanto à vítima quanto ao agressor, tal como o sexo, uso de álcool e outras drogas, distúrbios mentais, a vivência da violência intergeracional; *fatores relacionais* dizem respeito às amizades e ao convívio social; *fatores relacionados ao contexto comunitário* envolvem o tipo de vizinhança, a presença de áreas de lazer no bairro; e *fatores relacionados à estrutura da sociedade*, representada pelas questões culturais, normas sociais, políticas de saúde, educacionais e socioeconômicas (KRUG, 2002).

Todavia, independente dos determinantes, todos os casos apresentados têm um denominador comum: a hegemonia masculina. Os socos, pontapés, mordidas,

espancamentos, queimaduras, estrangulamento, utilização de paus e ferros para agredir a mulher, evidenciados nas notícias, são atos que caracterizam a violência física contra as mulheres. Não deixam marcas apenas no corpo, mas na alma, na vida, no seio da família. Diante disso, se reforça a urgência dos profissionais de saúde alertarem-se para esse fenômeno, inclusive, em âmbito hospitalar.

Em 2013, somente no Rio Grande do Sul, foram assassinadas 92 gaúchas vítimas de violência doméstica e as tentativas de femicídios somaram 229. As estatísticas do Observatório da VCM, que advem parceria entre a Secretaria Estadual de Segurança Pública e a Secretaria de Política para as Mulheres, revelaram que em 2012 a cada 38 horas uma mulher sofreu atentado à vida no Estado. As cidades que lideraram o *ranking* foram Porto Alegre com 36 e Rio Grande com 11 casos (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Neste levantamento documental 14 casos referiam-se a tentativa de homicídio, praticado em sua maioria por ex-parceiros. Constatou-se a utilização de facas em seis casos, arma de fogo em cinco, incêndio à residência com a vítima no interior do domicílio em duas situações e um enforcamento.

Figura 5. Rio Grande, 28 e 29 de maio de 2011.

TENTATIVA DE HOMICÍDIO

Acusado teve preventiva decretada pela Justiça

O delegado Rafael Patela Amaral, titular da Distrital de São José do Norte, solicitou, e teve concedida pela Justiça, a prisão preventiva de S.S.S., acusado de tentativa de homicídio contra sua mulher J.S.C., ocorrido no dia 23 deste mês, no centro da cidade.

Segundo o registro feito na oportunidade, a mulher encontrava-se em uma lancharia, na rua General Osório, por volta das 4h15min, em companhia de outras pessoas, quando um desconhecido entrou no estabelecimento e chamou a vítima pelo nome, dizendo que alguém no lado de fora queria falar com ela. Ao sair J.S.C. viu seu marido, que passou a fazer-lhe ameaças, tentando reativar a relação, mas, ao ser repellido, sacou uma faca e partiu para o ataque, atingindo o peito e as pernas da mulher, depois fugiu do local. Em vista dos ferimentos recebidos, a vítima foi levada para o pronto-socorro e ficou hospitalizada recebendo os primeiros socorros para ser liberada posteriormente.

Considerando que, em outras oportunidades, a vítima já havia registrado queixa contra o marido, por maus tratos e, como já existia, por determinação da Justiça uma medida protetiva, não obedecida, para que S.S.S. não mais se aproximasse da mulher, o delegado Patela do Amaral, entendeu por bem solicitar a Justiça a prisão preventiva do acusado, para evitar novo risco à integridade física da vítima.

Após ser detido, o acusado foi transferido para a Perg, na Vila da Quinta, onde encontra-se a disposição da Justiça.

Figura 6. Rio Grande, 17 de dezembro de 2012.

Ex-policial militar é preso por tentativa de homicídio

Agentes da equipe de investigações da Delegacia Especial da Mulher, coordenados pela delegada Caroline de Bem, prenderam nesta semana um ex-policial militar, acusado de tentar matar sua companheira e sua filha.

De acordo com informações passadas pelo inspetor Fábio Lederhans, chefe da investigação, o acusado identificado como R.O.P, de 50 anos, foi preso no final da semana passada, por volta das 17h05min de quinta-feira, 13, através de um manda-

do de prisão preventiva, devido a uma tentativa de homicídio.

Conforme o inspetor Fábio, a vítima solicitou a concessão das medidas protetivas de urgência, pois o mesmo estava ameaçando-a de morte. As medidas foram deferidas, mas no mesmo dia o acusado voltou até a casa da vítima, quebrou todos os móveis e eletrodomésticos e depois tentou atear fogo na residência com a filha dentro de casa, tendo sido impedido por um sobrinho da vítima.

Ainda neste mesmo dia, os policiais passaram a procurá-lo, porém descobriram que ele havia fugido para uma cidade da zona sul do Estado.

Na tarde de quinta-feira, 13, os agentes apuraram que o ex-policial militar havia retornado para Rio Grande. Ele foi localizado em via pública, no centro da cidade. O acusado foi preso e apresentado à Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA), sendo em seguida recolhido à Penitenciária Estadual do Rio Grande.

PATRICK CHIVANSKYJA

Figura 7. Rio Grande, 17 de dezembro de 2012.

Polícia prende autor de tentativa de homicídio

Em uma ação conjunta entre agentes, da 1ª Delegacia de Polícia e Delegacia da Mulher, foi preso na manhã de sexta-feira, 21, o procurado P.R.G.N. O preso foi autor de uma tentativa de homicídio, realizada no dia 10 de setembro, quando atingiu sua ex-companheira com cinco disparos de um revólver calibre 38.

Segundo informações passadas pela equipe de investigações da 1ª DP, após o crime, foi solicitada pela DM a prisão do acusado, sendo decretada sua prisão preventiva.

PATRICK CHIVANSKYJA



Preso responde pelos crimes de sequestro, cárcere privado e tentativa de homicídio

Os policiais de ambas as delegacias investigavam o mesmo homem por diferentes crimes, assim realizaram buscas nas residências do acusado, mas não localizaram o procurado, nem a arma usada na tentativa de homicídio.

Na manhã de sexta-feira, 21, os agentes realizavam uma investigação no centro da cidade, quando avistaram o acusado entrando num restaurante, sendo imediatamente detido, recebendo voz de prisão. Ele responde pelos crimes de sequestro, cárcere privado e tentativa de homicídio. Denúncias de crimes podem ser efetuadas pelos telefones da 1ª DP 3232.3285 e 8427.6980.

Figura 8. Rio Grande, 30 de março de 2012.



Historicamente, no Brasil, a legítima defesa da honra servia como justificativa para culpabilizar a vítima e garantir a impunidade ou a diminuição da pena nos assassinatos de mulheres, em geral praticados por parceiros íntimos (PIMENTEL; PANDJIARJIAN; BELLOQUE, 2005). Nesse sentido, entendiam que cabia à mulher o dever de assegurar a honra do marido e caso fosse flagrada cometendo adultério ou mesmo por um simples descontrole emocional, por parte do homem, ele tinha o "direito" de matar a esposa sob alegação de legítima defesa de sua honra (RAMOS, 2012).

No final dos anos 70 e início de 80, as mulheres brasileiras se mobilizaram contra essa prerrogativa, usada nos chamados crimes passionais, e criaram o *slogan*, até hoje conhecido em todo o país: "quem ama não mata" (PIMENTEL; PANDJIARJIAN; BELLOQUE, 2005). Embora muito se tenha lutado, e evoluído, para mudar tal cenário, os homicídios contra as mulheres, no âmbito privado, ainda ocorrem e incitam alguns questionamentos.

Quais seriam as justificativas para esses atos? O que pensa a população brasileira sobre a violência doméstica? Que fatores estão envolvidos nesses

episódios? No Brasil, pesquisa, atual, realizada por meio de amostragem probabilística, buscou compreender a tolerância social à violência contra as mulheres. Nela foi constatado que 91,0% dos entrevistados concordaram total ou parcialmente com a afirmação de que “homem que bate na esposa tem que ir para a cadeia”. Discordaram da afirmação “um homem pode xingar e gritar com sua própria mulher” 89,0% dos entrevistados. Contudo, a percepção positiva acerca da baixa tolerância à VCM se inverte ao identificar que 58,0%, concordaram, total ou parcialmente, que “se as mulheres soubessem se comportar haveria menos estupros” e 82,0% que “em briga de marido e mulher não se mete a colher” (IPEA, 2014).

Essas e outras percepções da população brasileira mostram que a sociedade prima pela heteronormatividade, arraigada no pensamento patriarcal, de modo que as condutas das mulheres devem ser pautadas no respeito ao homem e dedicação ao lar e aos filhos. Seria hipocrisia, neste momento, não reconhecer a evolução da mulher na sociedade, mas ainda são nítidas as representações e os julgamentos que reprimem e depreciam as mulheres.

Cabe enfatizar que toda a população é co-responsável pelo enfrentamento à VDCM tanto que, recentemente, foi estabelecido, com base na LMP, que nos casos de lesão corporal, qualquer indivíduo pode denunciar a violência. Assim a iniciativa de vizinhos, parentes, amigos pode minimizar os traumas gerados às mulheres em decorrência dos atos violentos.

Geralmente, o estopim para a prática da violência contra a mulher ou mesmo o feminicídio é a recusa da separação e o ciúme (ACOSTA, 2012; RIBEIRO et al., 2009; RIO GRANDE DO SUL, 2013). Os casos referentes às Figuras 4, 5 e 8 demonstram tal situação e expõem a supremacia masculina, dando a entender que se a mulher não for dele não será de mais ninguém. Em alguns casos, para intimidar a mulher, e evitar o fim do relacionamento a ameaçam de morte.

A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, decisões; mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto ou chantagem, exploração e limitação do direito de ir e vir (BRASIL, 2006a). As ameaças, muitas vezes, paralisam as mulheres fazendo com que não denunciem as agressões por medo ou insegurança. Outras vezes, o agressor a ameaça direcionando a violência contra os filhos do casal, a fim

de aumentar a retração e culpabilização da mulher, conforme evidenciado na seguinte reportagem.

Figura 9. Rio Grande, 1º de outubro de 2013.

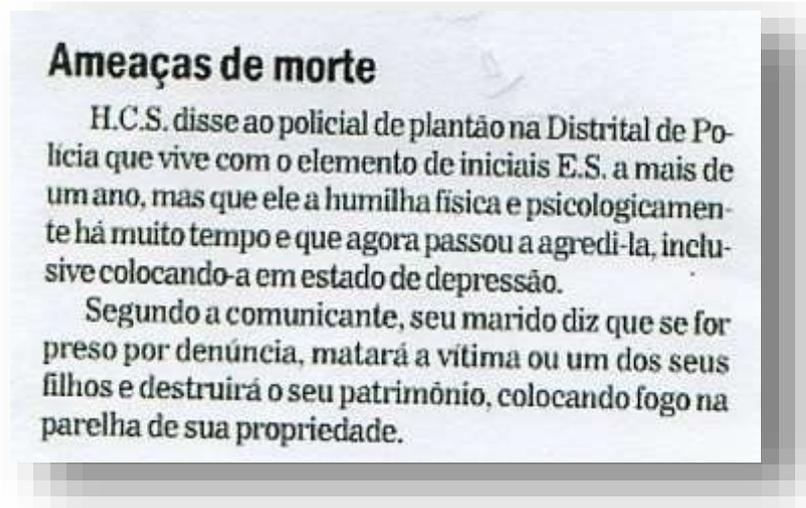
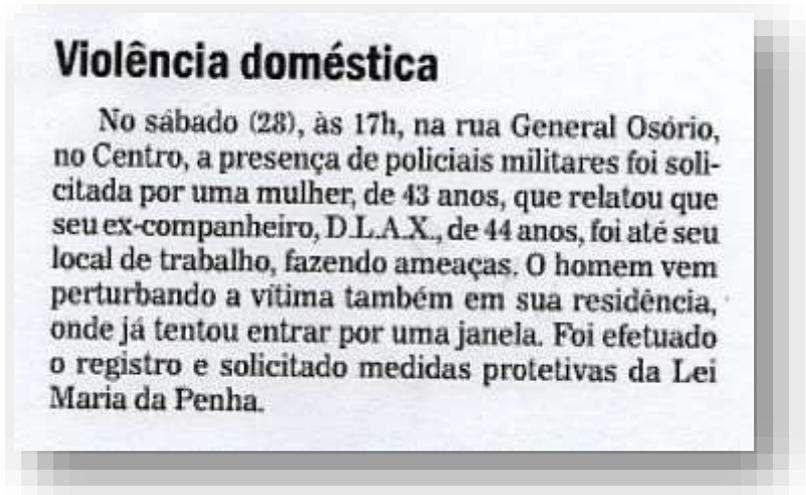


Figura 10. Rio Grande, 3 de outubro de 2013.



A ameaça esteve presente na maioria dos casos e é tão grave quanto à violência física, pois coloca a mulher em estado depreciativo e de aniquilamento da autoestima. Silva, Coelho e Caponi (2007) apregoam que a violência psicológica nem sempre é identificada pela vítima, pois pode aparecer diluída, associada a fenômenos emocionais, frequentemente, agravados por fatores tais como o álcool, a perda do emprego e problemas com os filhos.

Todavia, tem sido destacada, em pesquisas, como a predominante nas brigas conjugais (MOURA, ALBUQUERQUE, NETTO, 2012; MOURA et al., 2009). A

violência psicológica além de afetar a vítima, atinge os filhos e familiares que presenciam a discussão. Quando há violência contra a mulher, no lar, possivelmente há outros tipos de violência, em especial contra as crianças, fazendo com que a forma de comunicação intrafamiliar torne-se doentia e danosa por meio de atos violentos (MOURA; ALBUQUERQUE; NETTO, 2012).

A perseguição encontra-se presente nos casos em que o homem quer reatar o relacionamento ou mesmo para vigiar os passos da mulher, tal como observado na Figura 10. Outras variáveis expressam as relações de gênero e a supremacia masculina evidenciada diante da proibição da mulher em visitar familiares ou amigos; da insistência em saber os locais que a parceira frequenta; da suspeita de infidelidade e até mesmo da necessidade de autorizá-la à procurar os serviços de saúde (MOURA et al., 2009).

Em outras situações, nem mesmo as medidas protetivas de urgência são capazes de inibir o agressor, como evidenciado nas Figuras 5 e 6. Esse último caso retrata a violência cometida por um ex-policial, profissão essa que tem a missão de defender a sociedade, mas que em casa reproduz o comportamento social legitimado ao sexo masculino, dando a entender que as explicações sobre os fatores desencadeadores da violência centram-se, sobretudo, no simples fato de ser homem.

No presente levantamento documental o descumprimento de ordem judicial, ou seja, das medidas protetivas, foi evidenciado em muitos casos, associado ou não à prática de algum ato violento. De modo semelhante, a pesquisa sobre femicídio, no Rio Grande do Sul, mostrou que 41,7% das mulheres mortas já haviam reportado situações de violência contra o mesmo autor, e 49,6% foram assassinadas até três meses depois de comunicar a agressão à polícia (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Nesse sentido, destaca-se o trabalho realizado pela Patrulha Maria da Penha, pioneira no estado. Essa patrulha, efetuada pela Brigada Militar, fiscaliza rotineiramente a residência de vítimas e agressores para coibir a revitimização da mulher com proteção legal instituída (RIO GRANDE DO SUL, 2013). São necessárias iniciativas como essas para inibir os agressores, pois a LMP por si só não está alcançando seu intento.

Um dos impactos desse tipo de violência é que ocorre dentro dos lares, considerados ambientes de proteção e harmonia. A referida pesquisa revelou ainda que 83,4% dos casos de femicídio ocorreram na residência da vítima e que seis em cada dez mulheres assassinadas tinham filhos com o agressor (RIO GRANDE DO

SUL, 2013). O núcleo familiar também sofre as consequências da violência tanto indiretamente, quanto na tentativa de proteger a vítima das agressões, tal como observado na Figura 8.

A fim de mudar a situação e coibir essas práticas machistas, a presidenta Dilma Rousseff sancionou, em março de 2015, a lei que torna hediondo o crime do feminicídio. Essa lei prevê pena de 12 a 30 anos de reclusão, com aumento em um terço caso o crime ocorra durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto; se for contra adolescente menor de 14 anos ou mulheres com mais de 60 anos de idade, e se o assassinato for de pessoa com deficiência ou cometido na presença de ascendente ou descendente da mulher (BRASIL, 2015). Outros países que já incorporaram o crime às respectivas legislações são o México, o Chile, e a Argentina.

A violência sexual também foi retratada nas notícias analisadas, sempre associada a outras expressões da VD. É entendida como qualquer conduta que force a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a obrigue ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, entre outros (BRASIL, 2006a).

Figura. 11. Rio Grande, 6 e 7 de março de 2010.

Acusado de estupro e cárcere privado preso em flagrante

Um crime bárbaro e cruel foi registrado na manhã de quinta-feira, 4, na Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA). Policiais militares prenderam um homem acusado de estupro e manter sua companheira em cárcere privado. Na residência onde ocorreu o crime, os PMs também localizaram e apreenderam a faca utilizada pelo acusado.

Segundo as informações passadas pelo Setor de Comunicação do 6º Batalhão de Polícia Militar (BPM), na manhã de quinta-feira, 4, por volta das 10h55min, a sala de operações do 6º BPM foi informada que numa residência localizada na rua São José do Norte, bairro Jardim Humaitá, uma mulher havia sido estuprada pelo seu companheiro, e que o mesmo ainda estaria lhe mantendo em cárcere privado.

Diante dos fatos, uma guarnição do policiamento ostensivo foi deslocada para atender a ocorrência. Chegando ao endereço, os PMs encontraram o imóvel e verificaram que os vidros da casa estavam quebrados, sendo que vários objetos estavam obstruindo a porta da frente.

Através de uma janela lateral, os policiais conseguiram entrar em contato com a vítima, uma mulher de 32 anos, e seus três filhos. As vítimas abriram a janela para falarem com os policiais e, no mesmo momento, o acusado abriu a porta da frente da residência e permitiu a entrada da guarnição. O suspeito foi detido e identificado como E.O.R., de 36 anos.

Durante o atendimento da ocorrência, a vítima relatou que havia sido estuprada pelo acusado e que o mesmo ainda tinha lhe ameaçado com uma faca.

A faca foi apreendida e o acusado recebeu voz de prisão em flagrante, sendo encaminhado para registro na DPPA e após foi recolhido à Penitenciária Estadual do Rio Grande (Perg) ficando à disposição da Justiça.

PATRICK CHAVARRI

A dominação do homem é percebida pelo comportamento controlador que mantém sobre as mulheres. As submetidas a esse tipo de violência, pelo parceiro íntimo, elucidam a situação, citando uso de coação física à relação, prática sexual humilhante e submissão devido ao medo das reações do parceiro (MOURA et al., 2009).

Pesquisa realizada com a população brasileira evidenciou que 14,0% dos entrevistados afirmaram concordar totalmente e 27,2% total ou parcialmente que “*a mulher casada deve satisfazer o marido na cama, mesmo quando não tem vontade*” (IPEA, 2014). Por esses e outros motivos o estupro conjugal, constatado na Figura, é silenciado dentro dos lares e, às vezes, nem percebido como um crime. O conformismo, a acomodação, e a representação geral da sociedade de que “*se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros*”, apenas reforça e legitima o espaço de dominação dos homens.

Discursos masculinos costumam centralizar as decisões ao exercerem o poder sobre suas parceiras (GOMES, DINIZ, 2008; LAMOGLIA, MINAYO, 2009). Fruto de questões histórico-culturais, foi legitimado ao homem a iniciativa e a decisão sobre as práticas sexuais, cabendo à mulher a submissão ao sexo masculino. É sabido que historicamente o corpo feminino era considerado objeto de posse do homem, pois quando o patriarca lhe arranjava casamento, como uma mercadoria cambiável, passava a ser propriedade do marido (NARVAZ, 2005). Nesse ínterim, os reflexos desse comportamento, difundidos ao longo do tempo, parecem influenciar o consentimento social da conversão da agressividade masculina em abuso, devido ao apetite sexual aflorado, culturalmente destinado ao sexo masculino.

Para Saffioti (1999, p. 84) em se tratando da VD “são muito tênues os limites entre quebra de integridade e a obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres: sujeição aos homens, pais ou maridos”. Para essa autora, cada mulher sabe o seu limite, e a avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da individualidade. Com isso, fica claro que a permanência em uma relação conflituosa não é por que a mulher gosta de apanhar, muito presente na concepção da sociedade, mas devido a uma série de fatores particulares à mulher agredida, ao agressor e também à sociedade como um todo.

A violência patrimonial também foi evidenciada, associada a outros tipos de violência. É identificada como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais,

bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer as necessidades da mulher (BRASIL, 2006a).

Figura. 12. Rio Grande, 28 de novembro de 2011.

Incêndio criminoso atinge três casas

Um incêndio criminoso foi registrado na noite de sexta-feira, 25, queimando três casas, uma completamente e duas parcialmente, e desalojando quatro famílias, na rua 8 bairro Cidade de Águeda. Segundo informações dos vizinhos e dos moradores das residências parcialmente atingidas, o fogo teria sido iniciado quando um homem atirou uma garrafa contendo gasolina e um pedaço de pano em chamas, que se transformou em uma espécie de bomba quando atingiu o interior da casa onde morava com sua mulher e quatro filhos. A perícia veio de Porto Alegre, e o laudo deverá sair nos próximos dias.

A moradora da casa que foi totalmente destruída pelas chamas, Elisabete Barbosa Baldez, visivelmente apavorada, diz que foi o marido que incendiou as casas. Ele me bateu na quinta-feira e fui até a delegacia dar parte. Na sexta-feira, o oficial entregou a intima-

ção para que saísse daqui. Ele fez as malas e deixou no vizinho, mas disse para mim que isto não iria ficar assim e que voltaria para matar a mim e as crianças e que iria pôr fogo na casa. Disse também que, se não desse certo, ele iria colocar fogo em todas as casas para onde eu fosse.

Elisabete disse que só conseguiu se salvar porque enganou o marido. Ela entrou em casa com os quatro filhos, 12, 10, 8 anos e o pequeno de um ano e oito meses, e com a ajuda de uma vizinha, saiu escondida. "Ele estava de tocaia e viu quando entrei, mas não quando sai. Foi por uma graça que não queimamos dentro da casa".

A vizinhança inteira está em alerta e com medo de o marido de Elisabete voltar. A vizinha que a acolheu na sexta-feira à noite disse que está em pânico. "Ele ameaçou queimar qualquer casa para onde ela fosse. Eu estou apavorada, pois tenho um filho comigo, mas não posso abandonar uma amiga". A vizinha ao

lado, que teve sua casa inundada pelos Bombeiros para evitar que o fogo se alastrasse, estava em estado de choque. "Não dá para acreditar. Achei que o fogo fosse se alastrar ainda mais e que iríamos perder todas as nossas coisas". Muito nervosa, pedia a todos para que encontrassem o marido da vizinha e o prendessem. "Ele é muito violento e descontrolado", relatou.

A proprietária da casa que foi parcialmente atingida diz que estava sozinha com o filho de 13 anos quando percebeu que a luz começou a acender e a apagar. "Achei que era uma coisa à toa, mas outro vizinho começou a gritar dizendo que tinha fogo na casa. Perdemos todas as roupas e o guarda-roupas e um sofá". Ela conta que as brigas entre Elisabete e o marido eram frequentes.

O morador da terceira residência atingida, Gonçalo Guilherme Mendes, diz que fazia dois anos que o marido de Elisabete falava que iria por fogo na

casa. "O homem brigou com a mulher e é a gente que sofre. Quem morava ali era meu filho e meus três netos. E eles perderam tudo", frisa Guilherme.

A Cruz Vermelha esteve no local para prestar o primeiro atendimento às vítimas, levando alimentos e já providenciando os documentos que foram queimados. Como o marido de Elisabete disse que irá pedir a guarda das crianças, a Cruz Vermelha já colocou à disposição de Elisabete sua consultoria jurídica, que vai ampará-la gratuitamente nesse processo.

Uma das voluntárias que estava prestando assistência disse que este é o 18º incêndio que a Cruz Vermelha auxilia as vítimas. E lançou um alerta para a comunidade rio-grandina, solicitando a ajuda, principalmente com alimentos, roupas e material de construção. Quem puder ajudar informe-se na sede da Cruz Vermelha, na Zalony, 243, ou pelos telefones 9945.5126 ou 3201.4571.

ANETA POLI

Trata-se de um caso grave que mais uma vez reforça a questão da violência doméstica como um problema que deve ser encarado por todos, pois não atinge só o núcleo familiar. Esse tipo de situação é retratado por estudiosos portugueses como "terrorismo íntimo". É o tipo de violência que ganha visibilidade midiática, bem como o conhecimento dos organismos públicos. Envolve a combinação de diferentes tipos de violência, sendo que a característica principal é a natureza progressiva (LOPES; GEMITO; PINHEIRO, 2012).

Percebe-se que as agressões físicas e ameaças culminaram com o incêndio criminoso. Perder tudo, não ter para onde ir com quatro filhos é uma situação que

exige o envolvimento e apoio de uma rede organizada de serviços para assistir a família. Estudo divulga que o abalo resultante da violência manifesta, nas mulheres agredidas, certo sentimento de culpa por exporem os filhos à situação, aumentando a sensação de impotência e sofrimento (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

Portanto, com a apresentação desse breve panorama da VDCM no município do Rio Grande, espera-se sensibilizar os leitores, a comunidade acadêmica e acima de tudo local, para esse fenômeno. A educação e desconstrução do que é cultural, entendido como natural, é um passo importante para o enfrentamento da violência doméstica.

3.2 Consequências dos atos violentos em nível individual, familiar e no setor público.

São reconhecidas as consequências dos atos violentos cometidos contra as mulheres, pois não se restringem apenas à vítima, refletem na família e na sociedade. Tais impactos, além de afetarem a saúde física, psíquica, sexual e reprodutiva, causam desordem no âmbito familiar, geram absenteísmo no trabalho e gastos públicos com assistência à vítima (ADEODATO et al., 2005).

Dentre os quadros clínicos decorrentes da violência, encontram-se lesões, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrintestinais, fibromialgia, invalidez, distúrbios ginecológicos e mentais, aborto espontâneo, obesidade, somado à tentativa de suicídio e morte (KRUG et al., 2002; DAY et al., 2003; OLIVEIRA, JORGE, 2007; WHO, 2013). Nesse sentido, mulheres em situação de violência que procuram os serviços de saúde, geralmente, são conhecidas como poliqueixosas por verbalizarem vários sintomas e não conseguirem explicá-los (OLIVEIRA; JORGE, 2007).

Nos conflitos conjugais, são frequentes o espancamento e o estrangulamento da mulher, gerando sérias consequências no processo de saúde-doença (ACOSTA, GOMES, BARLEM, 2013; CARVALHO et al., 2010; SUFFLA, 2008). Tapas, socos, chutes, empurrões, pancadas na cabeça, espancamentos, queimaduras, mordidas, tentativa de homicídio, entre outros, explicam a necessidade dessas mulheres procurarem, com mais frequência, atendimento nos serviços de saúde (MANUEL; BARROS; CEREJO, 2008).

Dentre as agressões físicas, muitas lesões localizam-se no rosto e na cabeça (GARBIN et al., 2006; SILVA et al., 2013) seguido dos membros superiores (GARBIN

et al., 2006). As agressões na face, são mais humilhantes e constrangedoras, infere-se que por isso sejam as mais frequentes. Já os ferimentos nos braços resultam da tentativa de se autoprotegerem. Estudo que caracterizou o atendimento hospitalar às mulheres que sofreram violência doméstica evidenciou que 70,4% dos casos envolviam o espancamento, seguido de agressão com instrumentos como pau, cabo de vassoura e barra de ferro em 21,1% dos casos (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Por outro lado, pesquisa que buscou caracterizar a hospitalização de mulheres vítimas de agressão, evidenciou que os ferimentos mais frequentes foram no tórax e abdômen (34,4%), decorrentes do uso de objetos como arma de fogo e arma branca (ILHA; LEAL; SOARES, 2010). A análise de lesões corporais por queimaduras em mulheres internadas permitiu concluir que 11,7% dessas lesões tiveram como causa a VD e 8,3% a tentativa de suicídio, por atarem fogo no próprio corpo, após as brigas. Esses dados computam a taxa de 20,0% de casos de queimadura decorrente da VDCM, sendo o álcool o agente causador mais citado no primeiro momento e presente em 100% dos casos de tentativa de suicídio (DINIZ et al., 2007).

As queimaduras, juntamente com cortes profundos, representam as principais sequelas que, muitas vezes, desconfiguram o corpo das mulheres. Nesse sentido, foi aprovado, pela Comissão de Seguridade Social e Família, o projeto que trata da intervenção cirúrgica reparadora, em mulheres e crianças, para a correção de lesões provocadas por violência no âmbito doméstico. A finalidade da proposta não é considerar como tratamento estético, mas garantir o direito à cirurgia plástica reparadora, no âmbito do Sistema Único de Saúde, aquelas com sequelas físicas (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015).

Existem mulheres que sofrem durante anos, o que se pode chamar de rotinização da violência. Entre os motivos que impedem as vítimas de denunciarem os agressores ou saírem de casa, encontram-se a dependência financeira e emocional, além do medo e o desejo de manter a família (CARVALHO et al., 2010; MENDONÇA, SOUZA, 2010). Assim, muitos dos atos praticados no silêncio do ambiente doméstico, só ganham visibilidade quando considerados graves, por ameaçarem à integridade física perante o uso de armas de fogo ou de espancamento (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2004).

Deste modo, por vezes, pode-se dizer que as consequências psicológicas acabam sendo mais agravantes do que as físicas. Há evidências acerca da relação

causal entre violência doméstica e transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, tanto os distúrbios psiquiátricos podem tornar uma mulher mais vulnerável à violência doméstica, quanto a exposição a esse tipo de violência pode prejudicar sua saúde mental (HOWARD et al., 2010).

A fragilização sofrida pelas vítimas pode desencadear efeitos permanentes na autoestima e autoimagem, causando-lhes menor possibilidade de enfrentamento do cotidiano, distúrbios mentais; como fobias, depressão, ansiedade, estresse pós traumático, distúrbios do sono, insegurança quanto a seus valores (MENDONÇA, SOUZA, 2010; WHO, 2013). Podem, ainda, por vergonha, isolarem-se da sua rede de apoio ficando mais vulneráveis a novos atos violentos. Relatos das vítimas, descritos em pesquisa que objetivou compreender e analisar as repercussões da violência conjugal no processo de saúde e doença, expressam os efeitos negativos na vida da mulher.

Eu não tenho ânimo pra nada [...] tudo pra mim é um zero à esquerda [...] eu tenho vergonha de sair de casa [...] Eu trabalhava, e agora, no momento, eu não posso trabalhar porque sou nervosa, tomo Lexotan de 6 mg devido a tanto problema decorrente do meu casamento [...] (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009, p. 629).

A violência altera o processo vital da mulher, abala a capacidade de compreender e interpretar sua situação real e sua condição física, mental, social e de agir segundo suas próprias escolhas (DEEK et al., 2009). Nesse sentido, tem sido evidenciado o uso de ansiolíticos pelas vítimas, sob forma de automedicação, para suportar a sensação de baixa autoestima, impotência e angústia, ou seja, o desconforto psicológico decorrente das agressões física, verbal e emocional (DEEK et al., 2009). Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, as mulheres expostas à violência por parceiro íntimo têm duas vezes mais chances de terem desordens pelo uso do álcool (WHO, 2013). O uso dessa substância, entre as vítimas, tem sido caracterizado como válvula de escape para enfrentarem os conflitos no relacionamento (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008).

Portanto, se percebe que o impacto da violência resulta em transtornos agudos e crônicos. Pesquisadores apregoam que as vítimas perdem um ano de vida saudável a cada cinco anos de violência (OLIVEIRA; JORGE, 2007). Em resposta ao estresse, o sistema imune pode ser comprometido, exacerbando a propagação de infecções virais. Além disso, níveis de estresse, que se mantêm elevados, também têm sido

associados à doença cardiovascular, à hipertensão e ao desenvolvimento de diabetes insulino-dependente (WHO, 2013).

No campo da saúde sexual e reprodutiva podem surgir sintomas inexplicáveis incluindo dor pélvica, disfunção sexual, infecções urinárias de repetição, resultados adversos no nascimento dos filhos, gravidez não planejada e doença sexualmente transmissível (WHO, 2013). Segundo Venturi, Recamán e Oliveira (2004) a cada 15 segundos uma brasileira é impedida de sair de casa e, também, a cada 15 segundos, outra é forçada a ter relações sexuais contra sua vontade.

Esse dado, certamente, é muito maior, pois quando praticada pelo parceiro íntimo, muitas vezes, não é reconhecida pela mulher como um ato violento, mascarando os números reais. Existem aquelas que acreditam que têm o dever de atender os desejos do marido, ou ainda, que eles irão suspeitar da sua fidelidade frente a negação do ato sexual. Assim, sofrem com os agravos, que também repercutem na saúde mental, tal como evidenciado em recorte da fala de uma mulher em situação de violência conjugal, que buscou romper com o sofrimento denunciando o parceiro.

Por tanto estresse, eu perdi a vontade de fazer sexo [...]. Cheguei e conversei com ele. Eu já não estava querendo mesmo, há algum tempo, com tanta agressividade [...] Não queria nada com ele e também não tinha vontade com ninguém [...] Aí quando foi uma noite, ele decidiu fazer sexo comigo e eu saí correndo e ele correndo atrás de mim. Quando eu vi que ele estava altamente agressivo, aí eu parei e disse: 'Faça, eu estou aqui!' Aí comecei a chorar, me deu aquela raiva tão grande dentro de mim, parecia que a minha mente estava paralisada, uma coisa tão estranha, eu fiquei tão nervosa. Aí foi que eu fiquei com mais abuso e fui obrigada a fazer, morrendo de medo de uma gravidez [...] quando ele terminou de fazer eu só sabia chorar [...] aí veio meu problema de paralisia, começou a dar esquecimento e eu tenho certeza que foi a partir daquele dia. (E1) (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009, p. 628).

As mulheres violentadas têm mais dificuldades para se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e, por conseguinte, apresentam-se mais vulneráveis a contraírem HIV, sífilis, clamídia ou gonorréia (WHO, 2013).

A violência durante a gestação também tem sido observada e discutida na comunidade científica. Uma revisão internacional apresentada por Bailey (2010) evidencia as controvérsias acerca prevalência da violência por parceiro íntimo durante a gestação. Os autores não são conclusivos sobre o aumento, diminuição ou

manutenção do fenômeno. Todavia, segundo o Ministério da Saúde (2006b) a violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia ou o diabetes gestacional. Em consonância, Kronbauer e Meneghel (2005) evidenciam em estudo nacional o alto índice de violência na gestação (17,0%).

Desta forma, entende-se que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção à mulher. Estudo realizado por Bonfim, Lopes e Peretto (2010) divulga casos em que a VDCM, nessa fase, além da repercussão grave para a saúde materna, desencadeou o óbito do recém-nascido. São explicitadas na literatura as consequências para o binômio. A violência doméstica tem sido associada às altas taxas de mortalidade e morbidade materna, embora o real levantamento seja falho, pois as causas intencionais ou acidentais não estão contidas nesses dados (ESPINOZA; CAMACHO, 2005). Também, cabe destacar que a violência doméstica não está incluída na Classificação Internacional de doenças – CID 10, o que pode constituir mais uma barreira para que os profissionais a reconheçam como um problema da área da saúde (CID, 2010).

As gestantes, vítimas da violência, podem desenvolver quadros de depressão, baixa estima, isolamento e até suicídio (BRASIL, 2006b). Apresentam maior risco relativo de aborto espontâneo, natimortos, parto e nascimento prematuros e início tardio no pré-natal (KRUG et al., 2002). Mulheres grávidas, expostas à violência, apresentam 16,0% de chances de ter um bebê baixo-peso (WHO, 2013). O nascimento prematuro e o baixo peso exigem investimentos e recursos econômicos para a sobrevivência (BAILEY, 2010).

A longo prazo, podem surgir sequelas como risco de morte súbita, paralisia cerebral, déficits cognitivos, crescimento restrito; somado às dificuldades escolares, problemas psicológicos e de comportamento, atrasos motores e de linguagem, pesadelos, queixas sobre a saúde física, que também são enfrentadas por crianças e adolescentes que presenciam a violência intrafamiliar (CASIQUE, FUREGATO, 2006; BAILEY, 2010). Crescer em um ambiente violento aumenta o risco da criança sofrer maus tratos ou de ser um agressor futuro (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Os efeitos desse fenômeno também repercutem na vida de outros familiares e amigos da vítima. Acosta (2013) evidenciou em pesquisa documental realizada em uma delegacia especializada de atendimento à mulher que os agressores ameaçam pessoas próximas às vítimas a fim de convencê-la a reatar a relação. Pode-se dizer,

que toda a sociedade, em maior ou menor grau, sofre com o impacto da violência doméstica, sendo o custo econômico apenas uma das dimensões.

O ônus se expressa por faltas ao trabalho, perdas salariais devido a não progressão na carreira, tempo e dinheiro gastos com divórcios, separações, medicamentos e meios suplementares de diagnóstico, consultas de saúde e internações, incapacidades e outros prejuízos resultantes do insucesso escolar das vítimas e dos filhos (MANUEL; BARROS; CEREJO, 2008). Os custos mais difíceis de quantificar são aqueles que além de afetarem individualmente a vítima, recaem sobre os que lhe são mais próximos (MANUEL; BARROS; CEREJO, 2008).

Dados do Banco Mundial comprovam que esse tipo de violência está entre as principais causas das incapacidades que desencadeiam a perda de anos de vida (BRASIL, 2006b). As mulheres vitimadas têm mais chances de necessitarem dos serviços de saúde, além de serem usuárias por períodos maiores, aumentando assim os custos da assistência à saúde. De acordo com Organização das Nações Unidas, somente nos Estados Unidos, os gastos ultrapassam 5,8 bilhões de dólares por ano, sendo 4,1 bilhões de dólares em serviços médicos e cuidados de saúde, enquanto a perda de produtividade totaliza quase 1,8 milhão de dólares. No Canadá, os gastos com a violência doméstica superam US\$ 1 bilhão ao ano (CNJ, 2011a).

O Brasil perde anualmente cerca de 10,0% do Produto Interno Bruto como resultado da violência cometida contra as mulheres, dado destacado pela corregedora nacional de Justiça, ministra Eliana Calmon (CNJ, 2011b). Essa estimativa se refere aos gastos com o atendimento de saúde às vítimas, à movimentação do aparelho judicial e policial e à interrupção do trabalho das mulheres agredidas. Em média, elas passam por mais consultas médicas, odontológicas, internações hospitalares, idas a farmácias e consultas de saúde mental, durante sua vida, do que as que não são vítimas (KRUG et al., 2002; DUVVURY, GROWN, REDNER, 2004).

Estudos apresentam outros agravos desse fenômeno, com repercussões no salário e na capacidade da mulher vitimada manter o emprego. Foi concluído que mulheres com histórico de violência de gênero têm maior probabilidade de absenteísmo, de terem salários mais baixos, longos períodos de desemprego ou alta rotatividade e diminuição da produtividade (DUVVURY, GROWN, REDNER, 2004; KRUG et al., 2002; MEISEL, CHANDLER, RIENZI, 2003). Estima-se que no Brasil e na Tanzânia 1 a 2,0% do Produto Interno Bruto seja investido somente na perda de produtividade (KLUGMAN, 2013).

Nesse sentido, em nível de informação, destaca-se que devido às consequências geradas pela VDCM, a Previdência Social poderá conceder auxílio transitório às vítimas. A medida, criada nos moldes do auxílio por acidente de trabalho, está prevista em projeto de lei 296/2013 do Senado, e vincula o pagamento à comprovação da situação de violência mediante perícia. A duração desse pagamento caberá à determinação do juiz, nos termos da Lei Maria da Penha. A proposta ainda tramita no Plenário (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

No entanto, a LMP, sancionada em 2006, em seu artigo 9, discorre sobre as faltas ao trabalho consequentes a VD. Segundo essa lei, a funcionária pública vítima de agressão tem direito a ausentar-se do trabalho em casos de incapacidade e a celetista tem garantido o vínculo trabalhista por até seis meses, cabendo à previdência realizar os pagamento dos salários (BRASIL, 2006a)

Além desses, somam-se aos cofres públicos os gastos com a prevenção, com os serviços policiais, de abrigo e de aconselhamento às mulheres (DEVVURY, GROWN, REDNER, 2004; MANUEL, BARROS, CEREJO, 2008). Percebe-se, assim, que as consequências da VDCM vão “além da saúde e da felicidade das pessoas, chegando até mesmo a afetar o bem-estar de comunidades inteiras” (KRUG et al., 2002, p. 101).

3.3 Cuidados pré-profissionais e profissionais

Este subcapítulo apresenta duas categorias, nas quais se discorre sobre o cuidado pré-profissional e profissional. O primeiro aborda a origem das práticas de cuidado realizadas, inicialmente, pelos xamãs com o objetivo de manter a sobrevivência das pessoas. Com a evolução e reorganização da sociedade o cuidado passa a ser realizado por monges e mulheres, sendo marcado pelos sentimentos de altruísmo, caridade e piedade. Esses valores são adotados e reforçados por Florence Nightingale, na chamada Enfermagem Moderna, que corresponde à segunda categoria.

3.3.1 Cuidado no período pré-profissional

O ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, foi modificando o comportamento, se adaptando e se organizando conforme a evolução da sociedade.

Nesse ínterim, adquiriu formas e expressões de cuidar que foram se aperfeiçoando de acordo com as necessidades físicas (WALDOW, 2001).

Segundo a autora, de modo informal, o cuidar se iniciou, predominantemente, de duas formas: como uma maneira de sobreviver e como uma demonstração de interesse e carinho. Para a sobrevivência foi preciso elaborar artefatos para a caça e a pesca, construir abrigos e elaborar indumentárias para cobrir o corpo e se proteger do frio, características essas específicas do Período Neolítico.

A partilha das atribuições deu lugar à divisão sexuada do trabalho marcando, dessa forma, culturas e épocas em relação ao papel de homens e mulheres na vida socioeconômica. As mulheres passaram a assumir atividades diferentes das dos homens, entre elas o cuidado dos filhos, do solo, da agricultura. Aos homens cabia a responsabilização pela garantia do alimento, da moradia, entre outras atividades (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 2001).

A expressão “tomar conta”, de certa forma, explica como os membros cuidavam uns dos outros. Era preciso tomar conta dos filhos, dos animais, das mulheres em trabalho de parto, tomar conta do fogo; para que não se apagasse, das colheitas e das plantas (COLLIÈRE, 1999). Portanto, velar, cuidar, tomar conta, representava um conjunto de atos com a finalidade de manter a vida dos seres vivos, de permitir a reprodução e a perpetuação da vida do grupo, sendo este o fundamento do cuidado (COLLIÈRE, 1999, p. 29).

O cuidado também era realizado com base na visão sobrenatural da doença. No período da Antiguidade, denominado mágico-religioso, a enfermidade era concebida como resultante da ação de forças alheias ao organismo e de maus espíritos. Para combatê-la a terapêutica deveria se voltar para o afastamento dessas entidades. Objetos como o sol, a lua, os rios, serpentes, lobos, montanhas e também espíritos de ancestrais, eram adorados para afugentar os males (BATISTELLA, 2007).

Os rituais religiosos eram realizados sob a confiança do xamã (feiticeiro), responsável por mediar forças maléficas e benéficas. Suas atividades consistiam em assegurar as forças positivas, interceder e tentar expulsar o mal através de oferenda, de sacrifícios e de encantamento (COLLIÈRE, 1999). Os doentes também eram incentivados a ingerirem substâncias purgativas e nauseantes, além de receberem banhos frios ou quentes e massagens (VAGHETTI et al., 2007).

Quando essas práticas não tinham resultado positivo, o xamã tinha a permissão de expulsar do grupo a pessoa suspeita de ser portadora do mal, incluindo os leprosos

(COLLIÈRE, 1999). A lepra, comum naquela época, era considerada um castigo divino, sendo que o doente era isolado a fim de mantê-lo afastado das outras pessoas (BATISTELLA, 2007).

Com essa configuração da sociedade, o xamã foi se transformando e, lentamente, depois de milhares de anos, deu lugar à figura do médico. Esse se torna o mediador dos sinais e sintomas fazendo com que o hospital, local de morredouro e refúgio dos desabrigados, com o tempo passasse a ser local para o tratamento de doenças (COLLIÈRE, 1999).

Além dos xamãs, o cuidado era realizado pelas mulheres, sobretudo, diante da sua conexão com o solo, com a agricultura. Tal ação possibilitou o conhecimento de plantas, raízes e sementes por meio das quais passaram a executar o curandeirismo, compartilhando os segredos, o uso de chás e o preparo de medicamentos caseiros com vizinhas, amigas, mães e filhas (WALDOW, 2001).

As práticas de cuidado também tinham ligação com o “corpo da mulher”, “lugar e expressão de fecundidade”, pois é pelo corpo que “a mulher presta cuidados ao recém-nascido, à criança, e depois será levada a prestá-los a outras mulheres” (COLLIÈRE, 1999, p. 42). Os partos, realizados sem embasamento científico, ganhavam significado diante das experiências de vida da mulher, considerando que para prestar esse cuidado havia necessidade de ter vivenciado uma gestação e um parto, no próprio corpo (COLLIÈRE, 1999).

Na Idade Média, período histórico que se estendeu do século V ao XV, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado; e da cura como questão de fé. Nesse período, ocorreram as Cruzadas, movimentos militares de inspiração cristã que buscavam conquistar a Terra Santa, Jerusalém. Como consequência, vários hospitais foram construídos para prestar os cuidados aos doentes, guerreiros e viajantes, sob responsabilidade de ordens religiosas que administravam tais instituições (OGUISSO, 2014).

A rígida hierarquia na vida militar também influenciou a formação dos primeiros enfermeiros. Oguisso (2014) apregoa que durante as Cruzadas a ação de cuidar era desempenhada, praticamente, por homens, monges enfermeiros, caracterizando a enfermagem como atividade masculina. Várias ordens militares foram criadas, entre elas a Ordem dos Cavaleiros Hospitalares de São João de Jerusalém e a Ordem dos Cavaleiros de Malta.

A interiorização de valores, como o amor e a fraternidade, precedia o cuidado prestado por monges e diaconistas, além de mulheres viúvas e virgens, recrutadas para esse trabalho. Muitas de origem nobre, quando não religiosas, deveriam fazer voto de castidade jurando dedicar-se apenas às obras de cuidado do corpo e do espírito dos doentes, refletindo, posteriormente, na imagem da enfermeira associada ao amor, à caridade, à obediência (PADILHA, MANCIA, 2005; WALDOW, 2001). Por conta disso, os religiosos e as mulheres cuidadoras passam a ocupar um papel de subalternidade ao médico.

Entre os séculos XII e XIV surgiram as primeiras universidades, também dominadas pela igreja, possibilitando o conhecimento da astrologia, da matemática, da anatomia e farmacologia. O grego, traduzido para o latim, favorecia o acesso à filosofia clássica e aos textos de Hipócrates, o pai da medicina. Junto com a transformação socioeconômica que ocorria na Europa, houve modificações no cenário religioso e cultural.

Em 1517, Martinho Lutero, monge agostiniano e professor de teologia germânico, iniciou um movimento que visava fragmentar a unidade cristã. Para ele, Deus era um ser de perdão e não um ser punitivo, e as indulgências cobradas pelo papa, iam de encontro à fé. Com a Reforma, movimento espiritual motivado pelas condições econômicas, sociais, políticas e intelectuais que caracterizava o século XVI; houve grande divisão do Cristianismo na Europa. Diante disso, ocorreu a expulsão dos religiosos católicos dos mosteiros desencadeando uma crise nos hospitais e abrigos que eram chefiados por eles.

A solução encontrada para a substituição desses cuidadores foi encontrada no recrutamento de mulheres da rua e de prisões, muitas delas analfabetas, para o cuidado dos doentes. Isso ocorreu entre 1550 e 1850 e caracterizou o período Negro da Enfermagem. Com isso, o médico passou a ocupar a posição central nos hospitais, reforçando a subalternidade das mulheres e, futuramente, da profissão enfermagem (WALDOW, 2001; OGUISSO, 2014).

Com o Renascimento, iniciado na Itália, houve uma explosão de conhecimentos nas universidades. Esse movimento buscava a ressurreição das artes, da filosofia e do conhecimento, sendo o período em que a educação médica se inseriu no ambiente universitário, no entanto, a enfermagem ainda demorou a conquistar esse espaço. Segundo Oguisso (2014) foi com a evolução da medicina, da cirurgia e da saúde pública que surgiu a demanda por certos procedimentos (atividades de conforto,

administração de medicamentos, higiene, limpeza de feridas e dos ambientes) que passaram a ser executadas por outras pessoas treinadas e capacitadas para tal, que não o médico.

Ainda na Idade Média, algumas figuras foram consideradas precursoras da enfermagem. Entre elas São Vicente de Paulo (1576 – 1660), sacerdote católico, e Santa Luisa Marillac (1591 – 1660), moça de família nobre que, após ficar viúva, decidiu dedicar a vida aos pobres e aos enfermos (OGUISSO, 2014). Com um pensamento voltado ao modelo de serviço humanitário, o Padre Vicente de Paulo fundou, em 1633, na França, a Companhia das Irmãs de Caridade, que mantém seu trabalho até os dias de hoje. Essa Companhia foi criada em um momento de crise no país, ocasionada pela miséria e por doenças causadas pelas contínuas guerras (PADILHA, MANCIA, 2005).

Para ingressar na Irmandade era preciso saber ler e escrever, e ter vocação para servir. O espírito de doação, a abnegação, a humildade e a castidade despontavam como prioridades nas exigências àquelas que iriam realizar o serviço espiritual, aliado aos cuidados corporais. Marillac era supervisora e responsável pelos ensinamentos às jovens camponesas e aldeãs, recrutadas. No treinamento recebiam noções doutrinárias, de caridade e de cuidado, o que incluía limpeza de feridas, curativos, visita aos pobres e aos doentes nas paróquias e domicílios (PADILHA, MANCIA, 2005).

A postura das irmãs de caridade era de submissão e sujeição àquelas que assumiam a responsabilidade pelo cuidado. Aquela Associação foi uma das primeiras a implementar cuidados de enfermagem no domicílio, além de reorganizar os hospitais, atentando para a higiene do ambiente e para a separação dos leitos dos enfermos; cuidado esse seguido, posteriormente, por Florence Nightingale (PADILHA, MANCIA, 2005).

As moças recebiam instrumentação sobre como se comportar diante dos médicos, que também lhes ministravam orientações sobre doenças. Poucas palavras, o máximo de silêncio e trocas de olhares regiam os ensinamentos e sinalizavam para a obediência e o respeito às chefias (PADILHA, MANCIA, 2005). A comunidade das Irmãs de Caridade se espalhou para os outros continentes, chegando ao Brasil em 1852, onde passaram a atuar na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, cuidando dos doentes de cólera e de febre amarela (OGUISSO, 2014).

No século XIX, na Alemanha, houve o primeiro movimento para recuperar a enfermagem, como consequência do período Negro. No Instituto de *Kaiserswerth*, hospital pioneiro, fundado e dirigido por uma ordem de freiras, as diaconistas recebiam treinamento sobre a enfermagem e atuavam sem remuneração considerando que o trabalho ainda era em louvor a Cristo. Florence Nightingale estagiou nesse instituto ficando impressionada pela qualidade do tratamento médico e pelo comprometimento e prática das religiosas, o que lhe motivou para a reforma dos hospitais da Inglaterra (WALDOW, 2001; OGUISSO, 2014)

Em 1854 partiu para Londres com mais 38 “enfermeiras” para uma das bases militares na Turquia, onde ocorria a Guerra da Criméia. A Dama da Lâmpada, como ficou conhecida, pelo fato de servir-se deste instrumento para iluminar o caminho durante a visitação aos feridos na noite, teve o reconhecimento do seu trabalho tornando-se a precursora da enfermagem moderna.

3.3.2 Cuidado no período profissional

A história mostra que o processo de profissionalização da Enfermagem aconteceu inicialmente na Inglaterra motivada pelos anseios de Florence Nightingale, após a Guerra da Criméia (1853-1856). Sua “forte personalidade, a visão e a habilidade prática para a organização conseguiram dar à enfermagem os poderosos fundamentos, os princípios técnicos e educacionais e a elevada ética que impulsionaram a profissão [...]” (OGUISSO, 2014, p. 65).

De modo geral, Florence contribuiu com as reformas dos hospitais gerais e militares, com a administração sanitária do exército, e participou da elaboração de políticas públicas. Em 1859, publicou seu livro ‘*Notes on Nursing*’, fruto de uma compilação de apontamentos levantados, principalmente, durante sua participação na guerra e, assim, lançou as bases da enfermagem como profissão para todo o mundo (NIGHTINGALE, 1989).

Com Florence houve a diferenciação do cuidado popular e do cuidado profissional, na chamada Enfermagem Moderna. Ela fundou a primeira Escola de Enfermagem, em 1860, do Hospital *Saint Thomas*, na cidade de Londres. Ensinava às alunas que enfermagem era ajudar a pessoa a viver (OGUISSO, 2014). Para tanto, preconizava um fazer sistematizado e empírico sobre as causas da doença e sua propagação, estabelecendo relação entre a saúde e as medidas de cuidados com

higiene, com purificação do ar e com nutrição adequada (NIGHTINGALE, 1989). Apregoava, ainda, condutas rígidas de comportamento, defendia que a enfermagem deveria adaptar suas habilidades ao trabalho em equipe; buscando a cientificidade e fortalecendo a profissão na Inglaterra.

No Brasil, a primeira Escola de Enfermagem foi criada em 1923, fruto da parceria entre o Departamento Nacional de Saúde Pública, cujo diretor era o médico Carlos Chagas, e a Fundação *Rockefeller*, representada pela enfermeira Ethel Parsons, do Texas. Conjuntamente, implementaram o modelo nightingaleano no ensino de enfermagem no Brasil, inaugurando o primeiro curso na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Quinze alunas tiveram uma formação geral, em dois anos e meio; incluindo o aprendizado sobre administração, planejamento de eventos, elaboração de normas, rotinas e atas (OGUISSO, 2014). Em meados de 1926, teve sua denominação alterada para Escola de Enfermeiras D. Anna Nery (EEAN) e em 1931, foi intitulada Escola-Padrão Oficial, hoje vinculada a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A consolidação da Enfermagem como ensino superior ocorreu somente em 1949, através da promulgação da Lei 775, resultante do esforço e empenho de profissionais da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), antiga Associação de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, formada por ex-alunas brasileiras e estrangeiras do antigo departamento (BARREIRA, 2005). A maneira como a Enfermagem era praticada e ensinada enfatizava aspectos, até hoje valorizados no interior da profissão: obediência, submissão, abnegação e rigidez disciplinar, reproduzindo, consciente ou inconscientemente, práticas que se ancoram naquela imagem de enfermeira.

Com o crescimento econômico e o advento do conhecimento científico, as práticas de cuidado foram se voltando para a cura, mostrando a necessidade da enfermeira dominar cada vez mais as habilidades técnicas, a execução de procedimentos, mas também o conhecimento clínico para o cumprimento rigoroso das prescrições médicas e o desenvolvimento de competências (WALDOW, 2008). Segundo a autora, essas atividades eram, e ainda são, chamadas de “cuidados de enfermagem”.

Waldow (2008) explica que, até recentemente, muitas escolas de enfermagem baseavam-se na aprendizagem das técnicas de enfermagem e na disciplina de fundamentos de enfermagem. As habilidades manuais, a capacidade de

memorização, a postura na realização das técnicas eram aspectos imprescindíveis e rigorosamente observados nas disciplinas. O saber de enfermagem, fundamentado no saber científico, buscava aproximação do saber da medicina, caracterizando uma enfermagem dependente e com uma visão limitada.

A alta tecnologia e a administração de tratamentos e medicamentos sofisticados, em âmbito hospitalar, tornaram as ações de enfermagem mais complexas. Com isso, a prática mostrava que, independente da situação do paciente e de sua história de vida, as ações psicossociais mantinham-se vagas e impessoais (WALDOW, 2001). Com surgimento dos auxiliares e, posteriormente, dos técnicos de enfermagem, as tarefas menos complexas passaram a ser divididas com os atendentes de enfermagem, cabendo aos enfermeiros assumirem a função administrativa.

Numa outra fase, o saber da enfermagem fundamentou-se nos princípios científicos, na utilização do método científico para o planejamento da assistência e na formulação de concepções teóricas que dessem conta da complexidade que envolve o cuidado (ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006). Mais recentemente, o cuidado passou a ser executado de forma mais humanística, priorizando o processo de cuidar, e não somente procedimentos, patologias ou problemas. Esse cuidado, também começou a ser discutido e fundamentado entre teóricas da enfermagem.

Nas concepções de Boff (2005) o substantivo cuidado deriva do latim, e significa cura. Cura se escrevia, em latim, *coera* e se usava em um contexto de relações humanas de amor e de amizade, para expressar a maneira de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação por algo ou por uma pessoa. Outros, ainda, derivam cuidado de *cogitare-cogitatus* e *coyedar* que significa colocar a atenção no outro, mostrar interesse, ter uma postura de desvelo. Destaca-se que embora a ação de curar requeira o ato de cuidar, esse não implica primeiramente uma condição, pois pode haver cuidado sem cura, porém é difícil obter cura sem cuidado (WALDOW, 2008).

Em uma revisão realizada por Waldow (1998) o cuidado significa precaução, desvelo, zelo, responsabilidade, vigilância. Já o cuidar aparece como imaginar, pensar, meditar, cogitar, atentar, refletir, atenção e cautela. Assim, nessa concepção:

O cuidar compreende comportamento e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Como

cuidado entende-se o fenômeno resultante do processo de cuidar (WALDOW, 2001, p. 127).

Para Gomes, Silva e Ern (2003) o cuidado de enfermagem abrange duas dimensões, a dimensão instrumental ou técnica e a dimensão afetiva ou expressiva. O cuidado instrumental refere-se à destreza, habilidade técnica, competência, responsabilidade, atualização constante da prática. O afetivo é caracterizado pela troca de carinho, atenção, comprometimento, valorização do ser humano ouvindo e se dedicando, na tentativa de atender suas necessidades.

Os cuidados de enfermagem são, portanto, a expressão de uma relação de interdependência que só adquire sentido e efeito por meio da troca (COLLIÈRE, 1999). Caso contrário, ocorre o seu aprisionamento, diante da excessiva tecnificação e coisificação no processo de trabalho dos profissionais em saúde, expresso pelo modo mecanicista de produzir serviços, pela fragmentação do todo e pela inibição das autonomias subjetivas do outro (PIRES, 2005).

Na relação estabelecida no ato de cuidar, é preciso envolvimento; atitude e responsabilidade, com base no conhecimento científico; intuição e pensamento crítico, realizado no sentido de promover, manter, ou recuperar não somente a integridade física, mas a social, emocional, espiritual e intelectual (WALDOW, 2001). Para tanto, a enfermagem se apoia nos princípios éticos e estéticos do cuidar.

Ayres (2004) aponta o cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais. Reflete sobre a ascensão das tecnologias da saúde como uma condição que contribui no prognóstico, na eficácia e eficiência das intervenções, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos sujeitos. Porém, alerta para o intervencionismo exagerado, a autonomização, a tirania de exames e procedimentos, e a desatenção aos aspectos psicossociais.

O autor problematiza que esses atos desencadeiam uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde se mostrarem sensíveis às necessidades do sujeito. Nesse caminho, visualiza a ciência e a arte como pólos inversos, com um suposto esquecimento do segundo. Cabe destacar que a arte de enfermagem é o cuidado ao outro, expressa em gestos e emoções, numa relação significativa, transformativa e transcendente (WALDOW, 2008).

A Enfermagem é ciência, pois se baseia num amplo quadro teórico que constitui sua base de conhecimentos. A Enfermagem é arte, por que depende das

competências, da experiência, da sensibilidade de cada enfermeiro no modo de ser/estar com o outro (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2005). Desse modo, não são excludentes, e sim compatíveis. O relacionamento interpessoal no contexto do cuidado em saúde influencia diretamente as práticas, uma vez que os componentes desse relacionamento são primordiais no desenvolvimento de um cuidado com vistas à sua humanização (FORMOZO et al., 2012).

Portanto, o cuidar em enfermagem inclui a realização de procedimentos técnicos aliados aos princípios humanísticos, dentre os quais a manutenção do respeito, da dignidade e da responsabilidade entre os seres envolvidos na relação de cuidado. Sem tais ações as práticas poderiam ser entendidas como descuidar.

O descuido profissional, para com as necessidades de ordem afetiva e de autorrealização, caracteriza-se por ações técnicas, nos quais o cliente é apenas um receptáculo de terapias e tecnologias (SANTOS et al., 2012). O cuidado não é exatamente a técnica, e sim um conjunto de intenções que dirige o enfermeiro a fazer algo para ajudar; através de gestos, olhares, palavras, com envolvimento não só no que se faz, mas com a pessoa em que se realiza a ação (WALDOW, 2008).

Em pesquisa, que divulgou os resultados de um curso realizado com 40 enfermeiras, foi problematizado aspectos acerca do cuidar e do assistir. De acordo com as definições, ambos os termos foram considerados sinônimos. As ideias de cuidar estavam vinculadas tanto ao atendimento, a prestação de um serviço; bem como uma ação e comportamento, em termos de uma intervenção ou procedimento de enfermagem. Após as discussões, o termo cuidar se desvinculou do procedimento e ganhou uma dimensão relacional, realizada com o outro. Assim, a pessoa que cuida é aquela que passa a refletir junto com o cliente em que realiza uma ação, interagindo com a pessoa cuidada (WALDOW, 2001).

Isso só confirma que o cuidado não pode ser prescritivo, não existem regras pré-estabelecidas, nem mesmo manuais de cuidar, pois esse é entendido como uma maneira de ser e se relacionar (WALDOW, 2009).

3.4 Rede de atenção à mulher em situação de violência doméstica

A VDCM é um dos problemas que preocupa a população brasileira atualmente. É assunto que vem ganhando visibilidade na mídia, em âmbito local, estadual, nacional e internacional. Suas repercussões têm contribuído com a implementação de

ações de enfrentamento e prevenção ao fenômeno. Entre elas cita-se a (re)organização da rede de apoio à mulher que sofre violência doméstica. Neste subcapítulo, discorre-se acerca dos serviços que compõem a rede de apoio às vítimas, do ponto de vista legal, e a seguir apresentam-se os serviços disponíveis no município do Rio Grande.

3.4.1 A rede em sua concretude

Os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica constituem importantes recursos de enfrentamento ao fenômeno. No entanto, diante da sua complexidade, a fragmentação, bem como o limitado acesso e capacidade de resolver os problemas, compõem aspectos institucionais que dificultam a ruptura do ciclo de violência (GOMES et al., 2009).

Desta forma, para garantir o atendimento das necessidades das vítimas, é necessário prestar uma assistência qualificada, integrada e não-revitimizante. Para que isso ocorra, discute-se acerca da importância do trabalho em rede, entre os diferentes setores e serviços.

O conceito de rede de atendimento refere-se à:

atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (BRASIL, 2005, p. 14).

Cabe destacar que as discussões sobre redes de serviços especializados no atendimento às mulheres começaram a ganhar espaço, no país, em 2003, com a criação da Secretaria de Política para Mulher. Até então, as políticas públicas para atendimento de mulheres em situação de violência eram fragmentadas e limitavam-se, em sua maioria, à existência de Delegacias da Mulher e Casas Abrigo (OBSERVE, 2011).

Por meio daquela Secretaria, vinculada ao governo federal, que a criação de serviços especializados, e sua articulação para o atendimento multidisciplinar e intersetorial, passou a ser um dos paradigmas no enfrentamento à VCM (OBSERVE, 2011). Nesse sentido, em consonância com a LMP e com as convenções e tratados

internacionais, houve maior preocupação em estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção à VCM (BRASIL, 2005).

De acordo com a LMP a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreende um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de ações não-governamentais (BRASIL, 2006a). Engloba, ainda, a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação (BRASIL, 2006a).

De modo mais explícito, ficou estabelecido que a assistência à mulher em situação de violência deve ser:

prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso (BRASIL, 2006a).

Desta forma, constitui a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, serviços especializados e não especializados. Essa classificação ocorreu somente em 2010 a partir de discussões internas da Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011a).

- **Serviços Não-Especializados:** em geral, constituem a porta de entrada da mulher na rede: hospitais gerais, serviços de atenção básica, estratégia saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência Especializados de Assistência Social e Ministério Público (BRASIL, 2011a).
- **Serviços Especializados:** são aqueles que atendem exclusivamente mulheres em situação de violência e que possuem *expertise* no tema VCM. São os Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Serviços de Saúde voltados para o atendimento aos casos de Violência Sexual e Doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos (BRASIL, 2011a).

A seguir, discorre-se acerca dos principais serviços que compõem a rede de atendimento às vítimas. Estão divididos, basicamente, nas áreas da assistência social, saúde, justiça e segurança pública.

➤ A esfera da Assistência Social, por meio da Política Nacional de Assistência Social, visa resguardar aquelas pessoas ou famílias em situação de risco ou vulnerabilidade (CFEMEA, 2009). Essa política rege os Centros de Referências de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

O CRAS é uma unidade pública estatal responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social básico do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tem como objetivo principal orientar o convívio sócio-familiar e comunitário, trabalhando na prevenção de situações de vulnerabilidades e riscos sociais. Dentre as ações desenvolvidas pelo CRAS, cita-se o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família que visa fortalecer a função protetiva das famílias e dos vínculos, promovendo a garantia de direitos e melhoria da qualidade de vida (PORTAL BRASIL, 2011).

Estrutura-se, assim, como porta de entrada dos usuários para a rede de Proteção Básica e referência para encaminhamentos à Proteção Especial (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010a). Além disso, o CRAS tem a função de organizar e coordenar a rede de serviços sócio-assistências locais. Devem ser instalados preferencialmente em territórios que concentrem situações de vulnerabilidade e risco social, conforme o número de habitantes por área nos municípios. Até 2011, o país contava com 7.669 unidades distribuídas pelo território nacional (PORTAL BRASIL, 2011).

O CREAS também é unidade pública e estatal, no entanto, oferece serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Asseguram encaminhamentos efetivos e monitorados e atuam diretamente com o sistema de garantia de direitos, ou seja, o Poder Judiciário e o Ministério Público (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010b). Podem ter abrangência tanto local quanto regional, incluindo, neste caso, um conjunto de municípios, de modo a assegurar maior cobertura na oferta do atendimento (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010b).

Para maior esclarecimento, o CRAS busca prevenir a ocorrência de situações de risco. Já o CREAS trabalha com pessoas que já tiveram seus direitos violados, ou

seja, àquelas submetidas à violência física, psíquica, sexual, psicológica, negligência, abandono, maus tratos e discriminações sociais.

➤ Na esfera da Saúde, com base no SUS, criado para garantir a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabe a União, aos estados e municípios a responsabilidade pela implementação de medidas que garantam um atendimento especializado para as mulheres em situação de violência (CFEMEA, 2009).

A mulher que sofre algum tipo de violência pode reviver o ato, por meio de lembranças e sentimentos, o que a torna fragilizada, insegura e constrangida. Desta forma, é ímpar o acolhimento, no serviço de saúde, por meio do estabelecimento de vínculo e da escuta ativa. A escuta ativa não é aconselhamento nem terapia e sim uma maneira solidária de manter o diálogo sem julgamentos, entre profissional-cliente, de forma a compor um laço de confiança (SOARES, 2005).

Neste sentido, destaca-se o trabalho da enfermeira que pelo contato direto com as clientes, nos diferentes níveis de assistência, é uma das responsáveis pelo acolhimento e orientação acerca dos direitos, contribuindo para que as vítimas façam escolhas conscientes. Ainda que os serviços de saúde não sejam especializados no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica, muitas vezes, constituem o primeiro local de procura, sendo a enfermeira a profissional que pode ter um papel crucial na decisão da vítima em romper o ciclo de violência.

Entretanto, é reconhecido que técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos não se sentem preparados para identificar ou prestar assistência às mulheres vitimadas. Uma das justificativas centra-se na falha da formação acadêmica para atuarem diante da violência contra a mulher (GOMES et al., 2013; GOMES, ERDMANN, 2014). Autores argumentam que esse déficit é natural, pois a VDCM ganhou relevância nos anos mais recentes (LOPES; GEMITO, PINHEIRO, 2012), o que aumenta a responsabilidade das instituições de saúde em aprimorarem as competências profissionais e organizacionais dos serviços.

Nesse sentido, existem Manuais e Normas Técnicas do Ministério da Saúde bem como os Códigos de Ética que orientam os profissionais da saúde e regulamentam a conduta ética e legal frente ao fenômeno. Os primeiros problematizam os mitos e as manifestações acerca da violência conjugal, apresentam os sinais e sintomas sugestivos de agressão e práticas que visam aprimorar o atendimento (SOARES, 2005; SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003).

Nesses documentos, são apresentados exemplos de questionamentos que os profissionais podem fazer às vítimas, considerando que a principal dificuldade é a abordagem inicial para investigar o fenômeno (GOMES et al., 2013). Por meio de perguntas indiretas podem indagar: Você está com problemas no relacionamento familiar? Você se sente humilhada ou agredida? Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde? Com perguntas diretas podem problematizar a situação referindo: já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você? (SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003).

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, elaborada pelo Ministério da Saúde, oferece diretrizes aos profissionais (BRASIL, 2011b). Pontua tanto aspectos relacionados à prática, à assistência à vítima, quanto à organização institucional.

É indicada a realização de um histórico preciso de forma que retrate os fatos, com a descrição detalhada do exame físico e de todo o atendimento efetuado à vítima (BRASIL, 2011b). Tal conduta vai ao encontro da LMP que, independente do tipo de violência, recomenda que os laudos ou prontuários, fornecidos por hospitais e postos de saúde, sejam redigidos como meios de prova para assegurar os direitos da mulher vitimada e a criminalização do agressor (BRASIL, 2006a).

Em casos de violência sexual, o documento recomenda a coleta de material ginecológico para identificação de sorologias e do provável agressor. Se possível, adverte que os traumatismos sejam fotografados ou desenhados e anexados no prontuário da paciente, tanto para assegurar a qualidade da assistência à saúde quanto para eventuais solicitações da justiça (BRASIL, 2011b).

Aquelas que sofreram estupro devem ser orientadas acerca da anticoncepção de emergência (AE), dos antirretrovirais, da medicação profilática de outras doenças sexualmente transmissíveis, da imunoprofilaxia contra a Hepatite B e sobre o aborto legal. A investigação precisa é fundamental, pois os antirretrovirais, por exemplo, devem ser administrados em até 72 horas, após esse período os riscos potenciais superam os benefícios. A AE também tem seu efeito reduzido em até 2,7% se passadas 49 a 72 horas do abuso. Esse medicamento só deve ser administrado àquelas que não usam contraceptivo. A imunoglobulina humana anti-hepatite B deve ser administrada a todas às mulheres em situação de violência sexual que não foram imunizadas, que estejam com o esquema incompleto ou que desconheçam sua situação vacinal (BRASIL, 2011b).

Ainda em relação à violência sexual, recentemente, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.845 que torna obrigatório e integral o atendimento, pelo SUS, às vítimas desse tipo de violência. A lei define que

Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social (BRASIL, 2013a, s.p).

Essa lei discorre sobre o atendimento imediato, o diagnóstico e o tratamento das lesões no aparelho genital, a profilaxia de doenças e de gravidez, bem como o amparo de equipe multidisciplinar. Nesse sentido, mais uma vez destaca-se a atuação do enfermeiro, pois esse profissional orienta a mulher, participa do tratamento e também da prevenção de novos casos de VDCM, independente do local de atuação.

As consultas de enfermagem ou os grupos de educação em saúde têm sido referidos como momentos ideais para a problematização desse fenômeno (RÜCKERT et al., 2008.) Além disso, o enfermeiro tem o papel de gerenciar o cuidado e de fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços da rede (MENDONÇA; SOUZA, 2010).

Cada profissional tem o seu papel diante da assistência, que precisa ser implementada de forma transdisciplinar no serviço. Toda a equipe precisa buscar identificar instituições e organizações disponíveis na comunidade a fim de orientar as mulheres e contribuir para a reestruturação emocional e social, independente do tipo de agressão sofrida. Portanto, para que se tenha êxito no atendimento a essa população, é indispensável que, primeiramente, se organize o fluxo interno do serviço, incluindo o reconhecimento de todos os que atuam diretamente na assistência à vítima.

Além dos recursos humanos, a área física do serviço de saúde deve permitir a privacidade da vítima durante o levantamento do histórico e realização do exame físico. O Ministério da Saúde apregoa uma atenção especializada, com equipe multidisciplinar e contra indica a nomeação de setores como, sala de atendimento exclusivo de vítimas de estupro, a fim de evitar que as clientes sejam estigmatizadas (BRASIL, 2011b).

Portanto, embora hospitais gerais e unidades básicas não sejam consideradas serviços especializados, é indispensável que a gerência organize atividades que

visem capacitar os profissionais para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. A implementação de protocolos tem sido relatada, por profissionais da saúde, como um importante recurso na orientação das condutas e na definição de fluxo de atendimento interno (PEDROSA; SPINK, 2011).

Por outro lado, de acordo com Schraiber e Oliveira (2003) adotar uma rotina pode fazer com que os profissionais, desmotivados, tratem com descaso a vítima ou por se sentirem obrigados a uma prática para a qual não se sentem preparados, acabem fazendo julgamentos desnecessários e até violando a confidencialidade. Para evitar condutas como essas, é necessário mais do que a capacitação, mas a sensibilização dos profissionais para que enxerguem o fenômeno como um problema de saúde, com repercussões gravíssimas à vítima, à família e à sociedade.

Os Códigos de Ética de alguns profissionais da saúde, embora não apresentem a expressão violência doméstica, fazem referência à obrigação de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana. Entende-se por Código de Ética o “conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão” (SALIBA et al., 2007, p . 475). Baseado nele, o profissional pode tomar decisões e adotar condutas, com respaldo no desenvolvimento do seu trabalho.

Mais especificamente o Código de Ética de Enfermagem, em seu art. 34, considera infração ética “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência”, sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão (BRASIL, 2007a, s.p).

Nesse sentido, compete aos profissionais da saúde a realização da Notificação Compulsória dos casos de violência doméstica e familiar. A Lei 10.778 de 2003 estabelece a Notificação Compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Tem caráter sigiloso, obrigando, nesse sentido, as autoridades sanitárias que os tenham recebido (BRASIL, 2003).

O comprometimento do Estado com o diagnóstico da violência contra as mulheres é visualizado na LMP, que determina a criação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre esse tipo de violência. A ficha de notificação faz parte do Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes, um aplicativo com a finalidade de produzir informações sobre esses agravos (BRASIL, 2007b). Desta forma, é preciso que os profissionais estejam cientes da importância da notificação, pois esses dados são fundamentais para a visibilidade do fenômeno e a

implementação, pelo Ministério da Saúde, de medidas preventivas, de enfrentamento e de cuidado às mulheres vitimadas.

Deste modo, evidenciam-se as responsabilidades legais e éticas da equipe de saúde. As instituições sozinhas não são capazes de combater a violência doméstica, mas por meio da capacitação dos profissionais e organização do serviço podem oferecer um atendimento humanizado e que contemple os direitos das mulheres. Muito mais do que coibir o fenômeno é preciso que os profissionais promovam saúde à mulher evitando a revitimização.

Para que o setor da saúde incorpore a VDCM como questão de saúde pública, é necessário que todos os envolvidos encarem o desafio de recriar a linguagem pautada na doença, adaptando e percebendo os problemas sociais como pertencentes ao contexto da saúde.

➤ Na área da Justiça e Segurança Pública destacam-se a Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas e Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

A DEAM constitui importante serviço especializado de atendimento às mulheres em situação de violência. Suas atividades têm caráter preventivo e repressivo, constituindo-se de ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal (BRASIL, 2010, 2011a).

A primeira DEAM foi criada em 1985, em São Paulo, por meio de reivindicações de mulheres e grupos feministas. Na década de oitenta, durante o movimento de redemocratização política que ocorria no país, os protestos tinham como objetivo expressar a conscientização da sociedade sobre o papel da mulher, seus direitos ou espaços de atuação, bem como criticar o descaso do poder judiciário frente os assassinatos de mulheres pelos parceiros (PASINATO, 2004).

Assim, após a criação da primeira DEAM, essa instituição logo começou a se expandir pelo Brasil e pelo mundo (PASINATO, 2004). Porém, muitos impasses dificultavam o trabalho executado nas DEAMs. Entre esses, a falta de profissionais capacitados, de recursos materiais para o adequado atendimento e de normas e rotinas específicas. Desta forma, para atender esses problemas e em comemoração aos 20 anos da criação da primeira delegacia, foi criada, em 2005, a Norma Técnica de Padronização das Delegacias, fruto da parceria entre a Secretaria de Políticas para

as Mulheres, a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça e outras organizações (BRASIL, 2006c).

Essa norma apregoava que o acolhimento às mulheres deveria ser realizado, preferencialmente, por delegadas, e equipe de agentes policiais, profissionalmente qualificados e com compreensão acerca do fenômeno. Além de discorrer sobre o acolhimento da mulher, a orientação acerca dos seus direitos, os procedimentos criminais e conclusão do inquérito; a norma determinava aspectos referentes à estrutura física, aos recursos humanos e suas atribuições (BRASIL, 2006c).

Uma nova edição foi lançada em 2010, para padronizar a implementação das novas funções atribuídas às DEAMs, em consonância com a LMP, incluindo a nova qualificação dos profissionais, para o atendimento às vítimas e para a expedição de medidas protetivas de urgência ao juiz, no prazo máximo de 48 horas (BRASIL, 2010). Essas medidas visam a proteção e a garantia dos direitos da mulher, deste modo, são dirigidas tanto à vítima quanto ao agressor.

Essa norma destaca a articulação entre a rede de assistência às mulheres, cabendo a DEAM algumas providências para auxiliar na construção e articulação de tal rede, como obter uma lista com o nome, endereço e telefone de todas as instituições que a compõem; visitar esses serviços; afixar uma lista em local visível para que as mulheres tomem conhecimento; participar de reuniões da rede para troca de experiências e avaliação do seu funcionamento (BRASIL, 2010).

Também compete a DEAM encaminhar a vítima aos serviços, como Centros de Referência, Instituto Médico Legal (IML), Serviços de Saúde e Justiça. Em localidades onde não existe uma rede de serviços especializada, devem suprir as ausências e carências buscando uma rede alternativa de atendimento (BRASIL, 2006c).

Entre 2003 e 2011 o número de serviços especializados aumentou em 161,75%. Até 2011 existiam no Brasil cerca de 470 DEAMs e Postos de Atendimento à Mulher. Somam-se 187 Centros de Referência de Atendimento à Mulher, 72 Casas-Abrigo, 57 Defensorias Especializadas, 48 Promotorias Especializadas e 94 Juizados Especializados/Varas adaptadas de Violência Doméstica e Familiar (BRASIL, 2011a).

Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar são órgãos da Justiça, com competência cível e criminal, criados pela União e pelos Estados para o processo, julgamento e execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar. Esses podem contar com equipe de atendimento multidisciplinar, integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde (BRASIL,

2005, 2006a). Julgam somente os casos de violência doméstica e familiar, garantindo a agilidade nos processos.

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher são espaços de acolhimento e atendimento psicossocial, orientação e encaminhamento jurídico à mulher vitimada. Buscam resgatar a cidadania da mulher fazendo com que superem a violência vivida (BRASIL, 2011a). O Centro de Referência deve exercer o papel de articulador das instituições e serviços governamentais e não governamentais que integram a rede de atendimento, monitorando-os e acompanhando-os (BRASIL, 2005).

As Defensorias da Mulher constituem outro serviço especializado e têm a finalidade de prestar assistência jurídica, acompanhamento dos processos, orientar e encaminhar as mulheres em situação de violência. É órgão do Estado, responsável pela defesa daquelas que não possuem recursos financeiros para contratar advogado (BRASIL, 2005).

➤ Outros serviços: Destaca-se a Casa-Abrigo, Casa de Acolhimento Provisório, Instituto Médico Legal e Disque 180.

- Casa-Abrigo: são locais sigilosos, de moradia temporária, que oferecem segurança e atendimento integral à mulher com risco de vida iminente. As usuárias podem permanecer por período determinado (máximo três meses), até reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas. Recebe somente mulheres, e filhos, em situação de violência doméstica.

Para que a mulher tenha acesso às Casas-Abrigo é exigido o registro de boletim de ocorrência no sentido de assegurar a proteção da mulher e dos filhos pelo Estado. Desta forma, profissionais da DEAM é que desempenham o papel de encaminhamento da mulher a esse local (BRASIL, 2011a).

- Casa de Acolhimento Provisório: são locais não sigilosos em que a mulher pode permanecer por até 15 dias. Acolhem àquelas em situação de violência, sem risco de vida, principalmente as vítimas de tráfico de mulheres (BRASIL, 2011a).

- Instituto Médico Legal: O IML exerce um papel importante no atendimento à mulher em situação de violência, principalmente às vítimas de violência física e sexual. O profissional tem a responsabilidade de coletar provas que serão necessárias ao processo judicial para condenação do agressor (BRASIL, 2011a). É dever da autoridade policial acompanhar a vítima a esses serviços, quando necessário, e não apenas entregar-lhe uma guia de encaminhamento.

Cabe ressaltar que com a LMP ficou estabelecido que as mulheres não precisam depender exclusivamente do IML para fazer o exame de corpo de delito, podendo dirigir-se diretamente a um hospital ou unidade de saúde, mesmo que não seja um serviço especializado. Devem ser atendidas e examinadas, recebendo o laudo médico ou o próprio prontuário, que servirá como meio de prova (CFEMEA, 2009).

Por fim, apresenta-se a Central de Atendimento – Disque 180, criado em 2005 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres. Essa central tem como objetivo orientar as mulheres em situação de violência sobre seus direitos e sobre os serviços mais próximos, disponíveis para o seu atendimento. Funciona 24 horas diárias, inclusive nos feriados e finais de semana, sendo gratuita a ligação em todo o território nacional. As atendentes são capacitadas sobre as questões de gênero, legislação e políticas governamentais para as mulheres (BRASIL, 2005).

Dados da central mostram que, em 2014, foram realizados 485.105 atendimentos, uma média de 40.425 ao mês e 1.348 ao dia. Naquele ano, do total de 52.957 denúncias de violência contra a mulher, 27.369 corresponderam a denúncias de violência física, 16.846 de violência psicológica, 5.126 de violência moral, 1.028 de violência patrimonial, 1.517 de violência sexual, 931 de cárcere privado e 140 envolvendo tráfico. Desde a criação do serviço em 2005, foram mais de 4 milhões de atendimentos (SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS, 2015).

Percebe-se que há uma diversidade de serviços, no entanto, para que a mulher seja atendida de forma digna e de modo contínuo é indispensável a intersetorialidade da rede e a capacitação dos profissionais. Muitas vezes, essa intersetorialidade é vista somente como um fluxo de pessoas e documentos, mas é muito mais, pressupõe um planejamento comum, compartilhado pelos diferentes operadores desses serviços que devem assumir parcelas de responsabilidade, fusão de saberes e práticas (OBSERVE, 2011).

3.4.2 Situação da rede em Rio Grande

Após a apresentação dos principais serviços de atendimento às mulheres vitimadas, busca-se, nesta categoria, discorrer sobre os existentes no município do Rio Grande.

Para tanto, foi preciso fazer uma busca ativa de profissionais, em diferentes serviços, a fim de levantar informações sobre o funcionamento e organização dos mesmos. Destaca-se que durante o percurso encontrou-se uma série de percalços, principalmente no que se refere às informações prestadas pelos operadores sociais¹ da saúde, nos hospitais, reforçando a necessidade de organização desses serviços para a adequada assistência e enfrentamento da VDCM na cidade.

Também buscou-se informações em documentos de circulação local bem como durante as atividades do Março Lilás/2014, que ocorreram no município. Nesse evento foi discutido uma série de temáticas voltadas à mulher, envolvendo saúde, educação, direitos, trabalho e problematização acerca da violência.

A cidade do Rio Grande, fundada em 1737, pelo Brigadeiro José da Silva Paes, é considerada a mais antiga do estado. Universitária, portuária e litorânea; tem aproximadamente 206.161 habitantes, conforme levantamento de 2013 (IBGE, 2014). Com a população flutuante, este número tende a aumentar significativamente.

Segundo o último censo demográfico, de 2010, a partir da faixa etária de 20 a 24 anos o número de mulheres ultrapassava o número de homens em todas as demais categorias (IBGE, 2010). Estudo que analisou o perfil de vítimas de violência doméstica no município do Rio Grande revelou a prevalência de mulheres com idade entre 20 e 29 anos (39,0%) seguida da correspondente a 30 e 39 anos (26,0%) (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013). Portanto, parece que as mulheres em idade produtiva e reprodutiva são as mais vulneráveis à violência doméstica.

Em Rio Grande, serviços especializados e não especializados compõem o aparato voltado à atenção às mulheres em situação de violência doméstica. O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM), criado em 2004, por meio de lutas históricas de mulheres, e de alguns homens riograndinos, é uma das primeiras organizações, compostas de segmentos da sociedade, preocupadas com as questões referentes aos direitos das mulheres (AGORA, 2007a).

O COMDIM é um órgão consultivo e deliberativo com a finalidade de formular diretrizes, programas e políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vidas das mulheres. Busca a participação e igualdade às mulheres nos planos econômico, social, cultural, entre outros, bem como a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2014).

¹Entende-se por operadores sociais os profissionais que forneceram as informações durante a entrevista. Selecionaram-se aquelas pessoas consideradas responsáveis pelos serviços bem como por indicação.

Esse Conselho oferece suporte às vítimas através de parcerias com a rede de organizações sociais, inclusive com o apoio jurídico e encaminhamento para a casa abrigo, nos casos de risco à vida (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2014). Cabe destacar que o COMDIM participou ativamente na reivindicação de uma Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres, no município do Rio Grande, um importante serviço especializado que integra a rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Rio Grande também conta com uma Casa-Abrigo, inaugurada em 2007, com apoio da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. Denominada Casa de Acolhida de Mulheres Vera Regina Freitas Fagundes; recebeu esse nome em homenagem à pescadora e lutadora pelas causas sociais em favor das mulheres (AGORA, 2007b), que foi brutalmente assassinada pelo ex-marido. A casa tem capacidade para abrigar 20 pessoas e conta com atendimento de assistentes sociais e psicólogas, bem como voluntárias (AGORA, 2007a, 2007b).

O espaço é voltado para aqueles casos graves, que precisam ser resolvidos rapidamente. Para tanto, é preciso oficializar a denúncia do agressor junto à delegacia de polícia. Após o registro policial, pela vítima, e constada a situação de risco, é emitido um formulário de encaminhamento a esse abrigo. O transporte das mulheres e filhos é realizado em parceria com a polícia civil e a prefeitura. A comunicação formal do ingresso da mulher na casa é realizada pela prefeitura ao Judiciário, para garantir sua segurança (AGORA, 2007b).

Posteriormente, a coordenadora do CREAS é contactada e logo aciona a equipe para realizar o acolhimento da vítima. O CREAS recebe mulheres vítimas de violência doméstica e familiar que chegam ao local e encaminhadas por outras instituições ou por procura espontânea (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2014). Na voz dos operadores sociais, desse serviço, a maioria das vítimas são encaminhadas pela delegacia da mulher e pelo IML.

Antigamente aquele centro era conhecido como Sentinela e desenvolvia ações somente com crianças e adolescentes vitimados. A partir de 2008, com novas instalações, passou a abranger a atenção a todos que têm os direitos violados. Reuniões semanais são realizadas com as mulheres vitimadas, sob coordenação de uma psicóloga.

Outro importante serviço é o da Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres. Foi criada no município por meio do decreto nº 46.540 de seis de agosto de

2009. Anteriormente o órgão funcionava como Posto Policial para Mulheres e era subordinado à 1ª Delegacia de Polícia do município do Rio Grande (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Dados levantados pela DEAM revelaram que os crimes com maior incidência são ameaça, lesão corporal, injúria, calúnia, difamação, maus tratos, furto e estupro. Por mês são registrados em torno de 250 ocorrências de violência doméstica e familiar. É por meio desse serviço que as mulheres são encaminhadas ao IML, à casa-abrigo, ao CREAS e, por vezes, aos hospitais da cidade.

As mulheres podem procurar a delegacia nos casos de violência cometida por parceiros íntimos, familiares, conhecidos ou em situações de estupro. Cabe destacar que nesse local não existe uma equipe de apoio psicossocial, importante no momento em que a mulher chega fragilizada. Como alternativa de suporte para as vítimas, a literatura divulga a parceria entre universidade e delegacia, com o intuito de oferecer, ao mesmo tempo, assistência e qualificação aos futuros profissionais (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A delegacia não funciona à noite, nem aos fins de semana. Por esse motivo o COMDIM vem empenhando esforços, junto ao Governo do Estado, para que funcione 24 horas e para que a cidade seja contemplada com o Juizado Especial, importante para agilizar os processos que se enquadram na Lei Maria da Penha.

Em parceria com a DEAM, destaca-se o trabalho desenvolvido no IML do Rio Grande, vinculado à Secretaria de Justiça e Segurança do Estado. O IML presta serviço à toda comunidade que necessite do exame de corpo de delito. Nos casos de violência contra a mulher, a vítima precisa, obrigatoriamente, apresentar o boletim de ocorrência, pois o exame visa levantar provas criminais contra a o agressor.

As mulheres são atendidas por médicos peritos que se revezam durante a semana. No entanto, alguns entraves parecem dificultar uma assistência que contemple as reais necessidades da mulher vitimada. Para a realização do exame do corpo de delito, por exemplo, é preciso chegar ao serviço entre as 8h e 09h30min. Fora deste horário é necessário realizar agendamento do exame para outro dia, com exceção dos casos considerados graves. Desta forma, acredita-se que ampliar o horário para a realização do corpo de delito atenderia de modo mais concreto as necessidades da vítima.

Na área da Justiça, o município foi contemplado, em março de 2015, com o Juizado Especializado de Violência Doméstica e Familiar, fundamentado no

apregoado pela LMP. Portanto, a instrução dos processos relacionados a LMP e a execução criminal do agressor serão atribuídas a esse órgão, juntamente com 2ª Vara Criminal. O juizado reflete na efetividade e na agilidade em relação a avaliação dos processos.

A cidade também conta com a Defensoria Pública que presta assistência jurídica à população carente nas áreas civil, criminal, infância e juventude, violência doméstica. Dois agentes atuam nas questões referentes à LMP, um defensor público em favor do agressor e o outro em favor da vítima (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2014).

Por fim, citam-se os CRAS, serviços que oferecem proteção básica às famílias com o objetivo de prevenir situações de risco. A cidade possui três CRAS que se localizam em diferentes pólos da cidade. O primeiro, inaugurado em 2006, localiza-se no bairro cidade de Águeda. Atende cerca de mil famílias ao ano, com oficinas de teatro, dança, coral, grupo de idosos, grupo de crianças, grupo de poesia, oficinas de geração de emprego e renda, tricô, tecelagem, biscuit, pinturas em tecidos e crochê (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE, 2008).

Em 2010 foi inaugurado o CRAS da Hidráulica e em fevereiro de 2014 o CRAS da Profilurb I. Durante a cerimônia, a secretária de Município de Cidadania e Assistência Social comentou acerca deste avanço, que marca uma mudança na vida das pessoas. Com a abertura desses centros, a cidade fica coberta em 50% com os serviços prestados pelo Sistema Único de Assistência Social (AGORA, 2014a). A cobertura é de fundamental importância na prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher.

Em relação aos serviços de saúde, destaca-se o Hospital Universitário e a Associação de Caridade Santa Casa. No geral, os discursos dos operadores sociais revelaram déficit de conhecimento sobre o serviço prestado pelas próprias instituições, bem como alguns impasses frente à atuação nos casos de violência doméstica.

No Hospital Universitário a única rotina referenciada é a medicação profilática contra doenças sexualmente transmissíveis (Penicilina Benzatina 2.400.00 UI aplicada via intramuscular, Ceftriaxona 250mg 1 ampola intramuscular, Azitromicina 500mg 2 cápsulas via oral, metronidazol 250mg 8 cápsulas via oral) e anticoncepção de emergência (Levogenestrel 0,75mg 2 cápsulas oral), administrada às mulheres

vítimas de estupro. As medicações citadas vão ao encontro do recomendado pelo Ministério da Saúde e são seguidas pelos profissionais do Centro Obstétrico.

Nessa unidade é preenchida, pelos residentes, a ficha de notificação compulsória da violência doméstica e familiar. As mulheres ainda são avaliadas por médicos da Clínica Médica que prescrevem os antirretrovirais e fazem a solicitação de exames. Também são encaminhadas ao Hospital Dia (Ala Rosa dentro do HU específica para o atendimento de soropositivos) para agendamento de nova consulta, realizada em 30 dias, e exames.

Evidencia-se que as rotinas do HU centram-se na vítima de violência sexual. As outras formas de violência parecem ser invisíveis à organização do serviço prestado pela instituição. A ficha de notificação compulsória poderia ser implementada no setor de Triage, de forma a contemplar todas as formas de violência, considerando que é uma das portas de entrada ao hospital, onde têm enfermeiras responsáveis pela aplicação do Protocolo de Manchester.

Nesse local, também poderia haver cartaz informativo acerca dos serviços disponíveis em Rio Grande de forma a auxiliar tanto ao profissional quanto às mulheres vitimadas que chegam para ser atendidas.

No que se refere ao atendimento prestado pela Santa Casa, de acordo com os discursos dos operadores sociais, também se percebe a necessidade de aprimorar o serviço. O Pronto-socorro é uma das portas de entrada ao hospital, sendo que é na recepção que ocorre o preenchimento da ficha de notificação compulsória, pelo atendente que gera a ficha de atendimento. Observou-se que apenas os casos revelados, pelas mulheres, são notificados, pois tais profissionais não questionam, bem como não são treinados para a investigação da violência doméstica.

Embora o objetivo não seja criticar, subentende-se que nesse espaço a mulher pode se sentir constrangida em revelar a violência vivida, pois o local não confere privacidade. Ainda nas entrevistas com os operadores sociais, obteve-se a informação que quando uma mulher vítima de violência doméstica chega ao serviço, a polícia é acionada.

Salienta-se a importância do levantamento epidemiológico dos casos de violência doméstica que chegam ao hospital, mas, sobretudo, a importância de um atendimento humanizado e acolhedor. Para tanto, urge a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, bem como dos gestores desses serviços, por meio de uma abordagem problematizadora e sensibilizadora.

As fichas de notificação são encaminhadas à Vigilância Epidemiológica, responsável por fazer o levantamento dos casos e abastecer o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. De acordo com os operadores sociais desse serviço, as fichas estão disponíveis tanto na rede primária, quanto nos hospitais, porém reconhecem a subnotificação, que não é só da VDCM, mas também de doenças e acidentes de trabalho. Quanto às medicações profiláticas, o discurso revelou muitas dúvidas e a informação é de que a assistência às mulheres varia conforme o médico de plantão, pois há um rodízio muito grande de profissionais no hospital.

Apesar de abordar nuances, pois o objetivo não foi aprofundar o conhecimento acerca do papel dos hospitais, nem dos outros serviços, pode-se dizer que é preciso empenho dos gestores em qualificar os profissionais da saúde para assistir as mulheres vitimadas. Somado a isso, infere-se a necessidade de organização interna de forma a contemplar as diretrizes legais e, por conseguinte, os direitos dessas mulheres.

Embora existam problemas que dificultam uma atenção holística às vítimas, em Rio Grande, as ações que fomentam a (re)estruturação da chamada rede estão ganhando visibilidade e espaço a fim de proporcionar uma assistência humanizada e articulada.

Nesse sentido, apresentam-se os mais novos serviços a serem oferecidos no município, iniciando pela Sala Lilás, um espaço diferenciado no IML com o objetivo de acolher a mulher e garantir a sua privacidade enquanto aguarda atendimento. É uma iniciativa do Instituto Geral de Perícias em parceria com o Instituto de Criminalística e o IML, e existe em mais cinco cidades do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, a pioneira; Santana do Livramento, Caxias do Sul, Bagé e Vacaria. Na cidade do Rio Grande, a Sala Lilás foi inaugurada em 28 de março de 2014.

A Patrulha Maria da Penha é executada por meio da parceria entre o Governo Federal, Estadual e a Prefeitura Municipal. O objetivo é acompanhar os casos de violência doméstica e o cumprimento das medidas protetivas, através de visitas regulares, por policiais militares à casa das vítimas (AGORA, 2014b).

A Patrulha Maria da Penha é pioneira no Rio Grande do Sul servindo de modelo a outros estados. Existem equipes atuando em Porto Alegre, Canoas, Esteio e Charqueadas, sendo que o resultado positivo foi evidenciado pelos 1.917 atendimentos às mulheres e 109 prisões decretadas por descumprimento de medida protetiva (AGORA, 2014b).

Ainda há uma luta pela implementação da Coordenadoria da Mulher na cidade. Esse órgão tem a finalidade de apoiar, articular, assessorar, acompanhar a execução das políticas públicas para as mulheres. A inexistência da Coordenadoria impede o município de buscar formas de financiamento para a concretização das políticas fora do âmbito governamental (FÓRUM DE MULHERES DE RIO GRANDE, 2014).

Considerando a gravidade do fenômeno, e que ações isoladas, pautadas na linearidade, não são suficientes, entende-se que há necessidade de um trabalho interdisciplinar incluindo enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, policiais, juízes, promotores e outros profissionais que integram a rede de apoio às mulheres em situação de violência.

3.5 Prática Baseada em Evidências: o que mostram os estudos

Neste subcapítulo se tem como objetivo conhecer, avaliando as evidências disponíveis na literatura, as intervenções realizadas no contexto da violência doméstica contra a mulher.

Escolheu-se a Prática Baseada em Evidência (PBE) porque é um método de pesquisa que tem condições de auxiliar na tomada de decisão dos profissionais de saúde e no direcionamento de intervenções específicas. Por meio das evidências levantadas nos estudos é possível confrontá-las com a prática, observando a eficácia dos resultados (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A PBE permite, ainda, a atualização do conhecimento, fundamentando o exercício profissional (PEDROLO et al., 2009).

Com base nesta metodologia, o cuidado é guiado por meio dos resultados de pesquisas, entretanto, há necessidade da avaliação crítica, por parte dos profissionais, acerca das condições dos pacientes, do contexto local, dos recursos disponíveis, traçando um comparativo e interpretando os achados segundo a própria experiência clínica. As evidências, focadas no cliente, contribuem para o aprimoramento de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção de agravos (PEDROLO et al., 2009).

Para tanto, recorre-se a síntese do conhecimento, por meio de uma abordagem sistemática claramente definida (PEREIRA; BACHION, 2006). Essa é composta por etapas operacionais, que foram seguidas conforme recomendação de Polit e Beck (2011). A primeira centra-se na identificação do tema, formulação da hipótese ou

questão de pesquisa. Na PBE, as questões específicas são respondidas com base nos achados de pesquisas. Assim, tem-se como questionamento: Que intervenções são realizadas no contexto da violência doméstica contra a mulher?

Depois, buscam-se evidências científicas relevantes com base nos critérios de inclusão e exclusão dos estudos que precisam ser conduzidos de maneira criteriosa e transparente (PEREIRA; BACHION, 2006). Nesse sentido, para a busca dos estudos, escolheram-se as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados como descritores: violência doméstica e violência contra a mulher.

Foram incluídos todos os artigos que abordassem intervenções no contexto da violência contra a mulher, disponíveis *online* e gratuitos, publicados a partir de 2006, em inglês português ou espanhol. Escolheu-se o ano de 2006, quando foi implementada a Lei Maria da Penha, considerando que essa legislação dispõe acerca de algumas responsabilidades atribuídas aos profissionais de diversas áreas, incluindo os da saúde. O levantamento dos artigos ocorreu no mês de outubro de 2013.

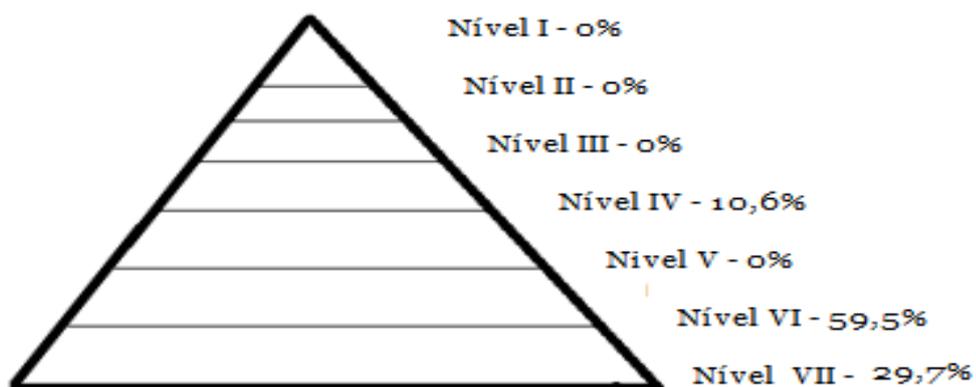
Foram encontrados 454 estudos com o uso dos descritores referidos. Excluíram-se os relacionados a outras temáticas: violência contra a criança e o adolescente; publicados antes de 2006; teses; dissertações; livros; manuais; capítulos de livros; artigos cujos textos completos não estavam disponíveis; artigos pagos; artigos repetidos em ambas as bases de dados. Assim, com base no primeiro teste de relevância (PEREIRA; BACHION, 2006) totalizaram-se 162 artigos relacionados ao contexto da VDCM. Por fim, através da leitura dos títulos e resumos a amostra resultou em 47 artigos.

Os estudos selecionados foram acessados na íntegra e submetidos à avaliação criteriosa, por meio de leitura exploratória dos textos completos. A seguir, compilou-se a extração dos resultados com o preenchimento de um quadro sinóptico (PEREIRA; BACHION, 2006) contendo os dados: identificação numérica, formação dos autores, periódico e ano de publicação, características metodológicas, categorização do estudo e intervenções.

Para avaliar a qualidade das evidências disponíveis na literatura, sobre as intervenções no contexto da VDCM, buscou-se a categorização dos estudos, por meio das hierarquias de evidências (POLIT; BECK, 2011). Sete níveis compõem a pirâmide (Figura 13), sendo que quanto maior o nível das evidências, maior a contribuição da

aplicação das intervenções na prática clínica. No nível I, no topo da pirâmide, encontram-se as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (ECR) e não randomizados, no nível II os ECR individual e ensaio não randomizado, no III estão as revisões sistemáticas de estudos de correlação/observação, no nível IV os estudos de correlação/observação, no nível V encontra-se a revisão sistemática de estudos descritivos/qualitativos, no penúltimo nível estão os estudos descritivos/qualitativos e na base, no nível VII, estão as opiniões de autoridades e comitês de especialistas. A pirâmide a seguir expõe a porcentagem de estudos analisados segundo o nível de evidência.

Figura13. Pirâmide da Hierarquia das Evidências segundo Polit e Beck (2011).



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Para a apresentação das evidências formou-se cinco categorias: Características das publicações; Assistência na área da saúde, Assistência em rede: um desafio; Fragilidades técnico-profissionais e organizacionais; Visibilidade da VDCM e protagonismo feminino. Para a identificação dos estudos que abordaram cada um desses enfoques, adotou-se o número correspondente ao artigo analisado (APÊNDICE A).

3.5.1 Características das publicações

Quanto à autoria dos 47 artigos analisados constatou-se que onze (23,4%) estudos foram produzidos por enfermeiros, sete (14,8%) por equipe interdisciplinar,

considerando-se duas ou mais formações diferentes entre os autores, seis (12,7%) por psicólogos, três (6,3%) por médicos; nos demais esse dado não foi registrado.

Em relação ao veículo de publicação houve uma grande diversidade, sendo que muitos periódicos tiveram apenas uma publicação. Nos Cadernos de Saúde Pública, com classificação A1 pelo webqualis, encontraram-se oito publicações, seguido da revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, qualis A2, com cinco publicações. No conjunto de periódicos específicos, 13 eram da enfermagem, seis da medicina e cinco da psicologia. O ano de publicação variou de 2006 a 2013 sendo que a maior produção ocorreu em 2009, com dez estudos (21,2%); seguido de 2007, com oito (17,0%).

Quanto ao delineamento de pesquisa constataram-se cinco estudos de corte transversal, 32 qualitativos exploratórios-descritivos, 10 do tipo teórico/reflexão. De acordo com o contexto das pesquisas oito (24,2%) centraram-se na rede de atenção às mulheres em situação de violência, ou seja, contemplavam diversos serviços de apoio às vítimas, sete (21,2%) nos hospitais, cinco (15,1%) nas unidades básicas de saúde, cinco (15,1%) nas unidades de estratégia saúde da família, três (9%) nos centros de referência e cinco em outros locais (15,1%).

Quanto à categorização dos estudos, por meio da hierarquia de evidências, (POLIT; BECK, 2011) constatou-se cinco com nível de evidência IV, 28 com nível de evidência VI, e 14 com nível VII. Sabe-se que quanto mais no topo, mais forte são as evidências para a prática profissional. Assim, pode se dizer, de maneira geral, que as evidências encontradas são fracas, porém mostram o panorama das intervenções no contexto da assistência às mulheres em situação de violência doméstica e revela a lacuna de estudos com forte evidência para a prática.

3.5.2 Assistência na área da saúde

Para garantir uma assistência de qualidade às mulheres que sofrem violência, é preciso conhecimento e preparo dos profissionais, com vistas ao alcance de medidas resolutivas. Dentre as facilidades e dificuldades em reconhecer mulheres vitimadas, em prestar assistência e realizar os devidos encaminhamentos; há o reconhecimento da necessidade da equipe de saúde abordar e se envolver com esta temática, visto que tais ações constituem parte de sua prática.

Todavia, perguntar sobre situações de violência ainda é um desafio para alguns profissionais, que muitas vezes não se sentem preparados para tal (2, 26, 38, 42). Aqueles que dizem questionar, reforçam a necessidade de, no mínimo, um local em que se garanta a privacidade da mulher, para possibilitar uma abordagem sensível e acolhedora (17). A maioria dos estudos enfatiza a importância do cuidado planejado, para promover acolhimento e segurança às mulheres que buscam atendimento nos serviços de saúde.

Sabe-se que a abordagem dos profissionais pode influenciar tanto na decisão da vítima revelar a violência, quanto nas decisões futuras. Nesse sentido, um estudo que buscou identificar o conhecimento de alunos de medicina e de médicos residentes acerca dos aspectos epidemiológicos, éticos e legais da violência de gênero, evidenciou o correto posicionamento da maioria: 99% concordaram que não se deve ignorar sinais de violência mesmo quando a paciente não menciona o assunto; 72,8% destacaram que marcar retornos em intervalos curtos é uma estratégia para ajudar mulheres em situação de violência; 84,4% concordaram que não se deve prescrever medicação ansiolítica ou antidepressiva para mulheres em situação de violência, quase 69% mencionam que é correto perguntar sobre a possível existência de violência, 85,4% dos participantes relataram oferecer o telefone da delegacia da mulher e o endereço da casa abrigo para pacientes. Apenas 22,3% aconselhariam a mulher a deixar o parceiro violento imediatamente (5).

A literatura sugere que se deve evitar esse aconselhamento se não houver meios de oferecer a vítima mínimas condições de segurança, nem mesmo chamar o agressor ao serviço para ter uma conversa, como evidenciado em dois estudos (5, 30). Sabe-se que diante da separação, alguns homens tornam-se violentos ao perceberem que perderam o controle da situação, e não cabe ao profissional da saúde arcar com a responsabilidade, pela revitimização da mulher. Todavia, ficar na inércia vai de encontro ao dever ético-legal, que apregoa primar pela saúde. Assim, para auxiliar as mulheres a romperem com o ciclo da violência é indispensável instrumentalizá-las para que sejam capazes de tomar as suas próprias decisões.

Quanto à identificação das diferentes formas de violência, as evidências revelam alguns sinais, que podem auxiliar os profissionais da saúde a diagnosticar situações de violência, como a somatização, queixas vagas (9, 25, 32) e uso repetido do serviço (20). A violência física pode ser reconhecida com base nas marcas visíveis

no corpo da vítima (10, 13, 14, 17, 22, 25, 38). Histórias contraditórias (10, 13,) e a expressão de medo da mulher (10) também podem ser indícios de vitimização.

Quanto à violência psicológica, embora alguns profissionais relatem ser a mais difícil de identificar (25), é divulgada a necessidade de atentar para os sinais emocionais (2), problemas como depressão, ideia suicida, enxaqueca e insônia (14, 20, 25, 32, 36). Há destaque para a capacitação de psiquiatras para detectarem e tratarem as mulheres afetadas (36). Além disso, se discute acerca da adoção do modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner, em 1987, que organiza a análise de situações nos níveis individual, relacional, comunitário e social. No nível individual, questões como o envolvimento com álcool ou desordem mental podem ser fatores catalisadores da violência doméstica (36).

Os profissionais de saúde mostraram reconhecer outras situações como forma de violência, citando como exemplos a culpabilização da mulher por coisas que não deram certo em casa, ameaça da retirada dos filhos, restrição da liberdade, falta de apoio, na gestação, por familiares ou pelo parceiro (17, 22, 25). Já o reconhecimento da violência sexual tem como indícios o comprometimento da saúde reprodutiva, casos de aborto provocado (14) e dispareunia (25).

Sabe-se que as gestantes também não estão livres da violência. Dessa forma, alguns sinais e sintomas servem de alerta para a violência: bolsa rota, abandono ou frequência irregular ao pré-natal, dores na barriga, solicitação por escrito sobre a restrição do sexo na gravidez ou insistência na realização de ultrassonografia (17). Assim, é indispensável o olhar holístico à saúde da gestante, sendo responsabilidade do profissional desconfiar da violência na gestação. Justificativas de que discutir essa temática não é preciso, por que esse é “um outro momento da vida”, como evidenciado (28), significa isentar-se das responsabilidades profissionais.

De acordo com as evidências levantadas, as circunstâncias agudas, caracterizadas pelas agressões recentes, direcionam as vítimas a buscarem o pronto-socorro para o tratamento das lesões físicas e sexuais. Já nos casos crônicos ou recorrentes elas buscam a atenção primária (9). Assim, é divulgado que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado para a identificação da violência contra a mulher devido à proximidade dos profissionais com as famílias (8, 32, 39). Algumas falas sinalizam que o comprometimento com as vítimas independente dos fatores que remetem a sua permanência na relação conjugal (8, 39).

Muitas mulheres, inicialmente, omitem sua condição de violência, no entanto, conforme vão se estabelecendo vínculos, elas acabam relatando, tal como evidenciado em estudo (9). Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde parecem fazer a diferença no contexto da violência, pois durante a realização da visita domiciliar têm a possibilidade de presenciar ou identificar os casos de violência no espaço doméstico (9, 12, 39). Em adição, pesquisa divulga que quando esses profissionais identificam casos de violência, sua conduta é comunicar ao restante da equipe, a fim de decidirem sobre as medidas terapêuticas a serem implementadas (12).

Os relatos evidenciam que o vínculo, a escuta sem julgamento, o acolhimento às vítimas (7, 11, 13, 19, 22, 25, 30, 38), a disponibilidade de sala reservada para manter a privacidade (13, 22) e a atuação em rede, são ferramentas indispensáveis para a detecção e enfrentamento da violência. Nesse sentido, quando não há uma rede articulada, os próprios profissionais criam estratégias a fim de atender às mulheres em sua integralidade. Um estudo (9) revelou que por meio da amizade entre profissionais; enfermeira, psicóloga e assistente social, conseguiram implementar um cuidado interdisciplinar a uma vítima de violência doméstica.

Estudo também destaca o papel do enfermeiro frente ao cuidado planejado. As evidências mostram a importância do uso das tecnologias leves no cuidado como a observação, o cuidado emocional, o toque terapêutico, o bom senso, a liderança e a sensibilidade (39).

Muitos estudos de reflexão e relatos de experiências centraram as discussões no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (35, 44, 45, 46, 47). No geral, defendem a necessidade de atenção multidisciplinar, considerando a gravidade das consequências à vida, para que sejam minimizados os traumas desse tipo de violência.

Como exemplo, citam-se projetos de extensão, criados por docentes da medicina, enfermagem, direito e psicologia, com o objetivo de envolver os estudantes na assistência às mulheres, preparando-os para uma atuação ética e eficiente. Em encontros semanais, discutem casos e planejam ações conjuntas (35, 46), além de problematizarem temas polêmicos como o direito ao aborto, em casos de estupro, e o equívoco da exigência médica do boletim de ocorrência para realizá-lo (47).

Por fim, apresentam-se evidências fortes para a prática clínica, com base em serviços de referência para a assistência às mulheres vítimas de violência sexual. Um

deles, no Estado do Rio Grande do Sul (1), possui protocolo instituído para as vítimas que comparecem ao serviço antes de 72 horas do crime sexual, conforme normas do Ministério da Saúde. Dos 243 casos de violência sexual acolhidos nesse serviço, 44,4% referiam-se ao estupro. Dessas, 34,2% receberam o esquema completo da medicação profilática, composto pela anticoncepção de emergência, antibioticoterapia e antirretrovirais. O restante não o recebeu pela demora em procurar o serviço.

Outro serviço especializado é um hospital de ensino, que disponibiliza atendimento às vítimas por equipe multidisciplinar, e oferece suporte biopsicossocial tanto à vítima, quanto à família. Foi constatado que em 100% das vítimas foram realizados todos os exames bioquímicos preconizados tal como VDRL, Hepatite B e C, Anti-HIV e teste de gravidez, além da profilaxia imediata para doenças sexualmente transmissíveis (6). Ainda foi realizada coleta da secreção vaginal e/ou anal para exame de material genético do agressor (1, 6).

Nesse hospital universitário, as mulheres ainda foram encaminhadas para as delegacias especializadas, para o instituto médico legal e para o ambulatório interno, que as acompanha por até 90 dias. No ambulatório realizam novos exames, obtendo orientação da enfermagem, do serviço social e de psicóloga. Observa-se a articulação dos serviços e a presença de profissionais engajados, exercendo as responsabilidades éticas e legais, bem como atendendo as necessidades das mulheres.

Nota-se, com base nos estudos analisados, que nos serviços de saúde em que existem protocolos, os profissionais sentem-se mais confiantes (1, 6, 19, 26) e os serviços parecem ter êxito na adesão das mulheres (35). Além de serem utilizados como guia na assistência à mulher, norteiam os profissionais quanto ao seu papel, quanto à organização interna do serviço e quanto aos fluxos de atendimento (35, 45, 46). As triagens de rotina também são evidenciadas como aspectos que auxiliam na identificação da violência contra a mulher (39, 42). Naqueles serviços em que não existe uma sistematização, há relatos de que as intervenções seriam mais efetivas caso houvesse um protocolo de atendimento (26).

Outras estratégias gerais são apresentadas como forma de responder à violência contra a mulher, no âmbito da saúde. A implementação de programas sobre a VDCM, em hospitais, pode facilitar a abordagem sobre temas como responsabilidade legal, documentação médica e coleta de provas (42). A notificação

compulsória, como atribuição legal dos profissionais da saúde, é apresentada em um estudo (43).

Portanto, as evidências mostraram que nos serviços estruturados, com fluxos de atendimento e o uso de protocolos como rotina, o atendimento às mulheres pareceu ser mais positivo e eficaz.

3.5.3 Assistência em rede: um desafio

É reconhecida a importância do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial no que tange à assistência às mulheres em situação de violência. As evidências mostram que, principalmente, os profissionais da saúde reconhecem a necessidade de ações conjuntas incluindo hospitais, unidades básicas de saúde, delegacias da mulher, serviço psicossocial e instituto médico legal (8, 15, 27, 28). A parceria entre esses serviços contribui para a formação da rede e fluxo de atendimento contínuo.

A rede visa identificar, acolher, atender e acompanhar às vítimas de violência (2), no entanto, precisa ser organizada de modo que não se reduza a um conjunto de pontos de triagens ou apenas encaminhamentos desnecessários (2). É divulgado que apenas o título de “rede” não significa que o trabalho seja articulado, o que pode acarretar em um percurso de peregrinação (9) gerando desconforto e desmotivando a mulher a romper o ciclo de violência (9, 11).

Estudo que mapeou a trajetória das mulheres em situação de violência, em Porto Alegre, apregoa que a delegacia da mulher é referida como a porta de entrada na rede de apoio (18). Nos casos de lesão, a vítima é encaminhada ao instituto médico legal, e quando há solicitação de medida protetiva é aberto um processo que é enviado ao Juizado de Violência Doméstica. Nesses casos, é fundamental agilidade nos trâmites, caso contrário, a vítima permanecerá vulnerável aos atos violentos. As evidências mostram que a distância é grande entre a teoria e a prática, pois os defensores nem sempre se inteiram dos processos ou conhecem a vítima, somado à rotatividade entre eles, o que acaba a expondo (18).

Para que a DEAM tenha um papel resolutivo no encaminhamento a outros serviços da rede, pesquisadores defendem a utilização de um modelo de suporte na tomada de decisão. Defendem que tal modelo, além de oferecer maior confiabilidade

na atuação profissional, também pode ser usado para o treinamento daqueles inexperientes na área (84).

Os hospitais e unidades básicas também são citados como portas de entrada à rede de apoio, recebendo as vítimas ou as encaminhando a outros serviços. No entanto, muitos profissionais apenas aludem tais serviços, mas desconhecem o fluxo. Devido à falta de articulação entre a rede, acabam se frustrando porque não ficam sabendo do retorno dos casos, apontando para a fragilidade da referência e contra-referência (13, 28). Assim, discussões interdisciplinares sobre os casos são necessárias, tanto em relação ao fluxo interno de um serviço como externo.

Quando detectado problemas nos serviços, é enfatizada a necessidade de se propor ações em busca da sua solução, assim como ocorreu em uma casa-abrigo, do estado do Acre. A rotatividade de psicólogas, falta de servidores concursados e sentimento de insegurança vivenciado pela equipe; levaram duas profissionais a reestruturarem o atendimento, realizando capacitação de todas as pessoas que atuavam no serviço e propondo novas estratégias de intervenção (40). Considera-se que a reorganização intrainstitucional seja o primeiro passo para o desencadamento de um trabalho em rede.

Por outro lado, cita-se um estudo inovador no enfrentamento da violência contra a mulher (21); uma rede que busca superar as fragilidades na cidade de Ribeirão Preto, SP, para oferecer assistência integral às vítimas. A delegacia da mulher acolhe as vítimas realizando os procedimentos legais, e conta com o apoio do serviço social e da psicologia, oferecido por profissionais e estagiários da universidade local. Contam, ainda, com organizações não governamentais e com apoio jurídico.

A delegacia oferece atendimento psicológico, que perdura por até seis meses. Além disso, a mulher é inserida em grupos com o objetivo de fortalecer sua capacidade para enfrentar o mundo, a vida social ou mesmo se (re)inserir no mercado de trabalho (21). Observa-se a participação direta de outros setores da sociedade, como a universidade, organizações não governamentais, o que pode contribuir para a eficácia da rede. Tal fato confirma que para o real enfrentamento da VCM é preciso que toda a sociedade encare o fenômeno como um problema público e não tolere mais atitudes que rompam com os direitos das mulheres.

3.5.4 Fragilidades técnico-profissionais e organizacionais

Através das evidências encontradas nos estudos compreende-se que grande parte dos profissionais não está preparado ou não se sente capacitado para atuar frente à VDCM, sejam eles da área da saúde, judicial ou policial (2, 3, 7, 8, 13, 14, 18, 20, 22, 24, 30). O reconhecimento dessa falha é um avanço para encarar o fenômeno, seja rompendo o ciclo da violência, assistindo diretamente a vítima, seja implementando ações preventivas à violência.

Os profissionais da saúde têm dificuldade em abordar o problema, sendo que o silêncio da vítima é considerado um obstáculo para a detecção da violência (2, 26). Sabe-se que é papel do profissional questionar sobre os determinantes que podem interferir no processo de saúde-doença da população, a fim de auxiliar na resolução do problema. Também é relatado, como entrave para a detecção da violência, o sentimento de que pouco podem fazer para ajudar as vítimas, somado às limitações de tempo na consulta (3, 25, 26, 30). Além disso, muitos não têm conhecimento acerca da rede de apoio do próprio município (3,14, 25, 30) passando a responsabilidade para outros colegas (25) o que dificulta a continuidade da assistência.

Da mesma forma que no Brasil, o despreparo dos profissionais da saúde é visualizado em outros países. Em uma cidade da Argentina 72,5% dos profissionais entrevistados, que atuavam na atenção primária de saúde, desconheciam ou emitiram respostas errôneas em relação as suas obrigações legais ao atender uma vítima de violência (3). Outra pesquisa na Venezuela mostrou que, em 80,0% dos casos de violência sexual, os médicos peritos não realizaram exame físico completo nas vítimas, centrando sua atenção apenas nos genitais (4).

Embora essa seja uma evidência fraca, é nítido o despreparo dos profissionais para exercerem a prática clínica no contexto da violência. Outro ponto evidenciado, é que a assistência nos serviços de referência não é sinal de qualidade no atendimento, quando não se têm profissionais preparados e qualificados. Muitos estudos destacam que essa falha é proveniente da universidade (9, 22, 30), local que prima pela formação de profissionais capazes para enfrentar o mercado de trabalho. A relevância dessa informação é medida diante do resultado que mostra a eficiência dos profissionais da saúde que atenderam casos de violência durante a graduação, comparada àqueles que nunca assistiram uma mulher vitimada (5).

Infelizmente, a saúde ainda é centrada no modelo biomédico (10, 17,19). Os esforços se concentram nas consequências da violência, por meio da medicalização e exames diagnósticos (9, 10, 18, 22), ao passo que as tecnologias leves são deixadas de lado. Essa conduta é mais evidente nos serviços de urgência e emergência, pois os profissionais afirmam que é local para identificação e tratamentos de lesões, e que pelo grande fluxo de pessoas não há tempo para olhar aspectos da subjetividade das mulheres (10, 12, 20, 22,) perdendo a oportunidade para identificarem e acolherem as vítimas.

Do mesmo modo ocorre com profissionais da justiça e da segurança. Em mais de um estudo depoimentos de policiais revelaram a gravidade da situação ao referirem que a estrutura da instituição policial era organizada para combater crimes e não para lidar com problemas de relacionamentos humanos (20, 33). Uma delegada afirmou que recebeu capacitação para atuar na delegacia da mulher, mas não tem formação de psicóloga ou assistente social, demonstrando a sua falta de paciência para ouvir as vítimas (33). São inúmeras as falas que, certamente, retratam a maneira como as vítimas são atendidas.

É evidente que a organização dos serviços também é fator decisivo na qualidade do atendimento. Policiais destacam que dentre os diversos motivos que impedem as mulheres de denunciarem os parceiros, a falta de um sistema eficaz que disponibilize recursos e equipamentos sociais, após a denúncia da agressão, é um dos mais importantes. Também citam a falta de plantões nas delegacias, a falta de casa abrigo, de juízes suficientes e a morosidade da lei (21, 31, 32).

Os estudos divulgam a necessidade de infraestrutura adequada, nos serviços de saúde e nas delegacias, para receberem as vítimas; incluindo salas que garantam a privacidade do atendimento, recursos humanos suficientes e capacitados, disponibilização de materiais e uma equipe interdisciplinar para o acompanhamento dos casos (13, 17, 22). É preciso que os gestores dos serviços invistam na educação permanente, voltada às questões dessa natureza, viabilizando a capacitação dos profissionais (13) e assim uma assistência ao encontro dos direitos das vítimas.

Por fim, para enfrentar tal problemática também é preciso que os profissionais revejam as próprias percepções, crenças e valores tal como destacado em estudo (17). A assistência precisa ser integral, universal, sem punição ou ajuizamento de moral ou culpabilização pela violência; como evidenciado por parte de profissionais de saúde e delegadas (20, 32). Nesse sentido, se reforça a importância do papel da

sociedade, dos órgãos governamentais e não governamentais, públicos e privados, como uma grande rede em prol do enfrentamento à violência contra a mulher.

3.5.5 Visibilidade da VDCM e protagonismo feminino

A complexidade do fenômeno tem levado profissionais dos diversos setores da rede de apoio a pensarem na VDCM como um problema que deve ultrapassar muros e ser discutido independentemente do cenário, nas salas de aula, com os amigos, com a família, na comunidade (14, 15, 28), ou seja, torná-lo público (16, 31, 32, 35, 39), com vistas a uma verdadeira transformação nas relações sociais.

Essas ações, mencionadas como medidas preventivas, precisam ser fortemente vinculadas às discussões que envolvem os padrões sexistas, considerando que esse tipo de violência, em sua maioria, é decorrente das relações hierárquicas estabelecidas, culturalmente e socialmente, entre homens e mulheres. Para tanto, autores justificam a abordagem do fenômeno em espaços públicos com vistas à desconstrução de estereótipos (37).

Percebe-se que os serviços de atenção primária em saúde estão adotando a educação em saúde como forma de enfrentamento à VCM (7, 8, 12, 28, 39). Os profissionais aproveitam os momentos de encontro com a comunidade, como as reuniões grupais, para discutir a temática (7, 28, 38), fato que incitou vítimas a revelarem suas histórias em busca de ajuda (7, 28).

Ambiente acolhedor ao tema, tal como a existência de cartazes e folhetos nas unidades de saúde e a disposição dos móveis em forma de roda durante a consulta, são citados como elementos atrativos às mulheres em situação de violência. Esses detalhes fazem com que se sintam seguras e, assim, confiantes em relatar a violência vivida (39).

Outro fator importante, apontado nos estudos, é a inclusão do homem nas atividades educativas, na problematização da temática (8, 15, 41). É sugerida a participação do agressor na rede de atendimento, junto com os filhos e com a família, (15, 27, 29, 32) considerando que ele também é membro da sociedade. Em pesquisa que teve como objetivo analisar posicionamentos e argumentos construídos por profissionais que atuam na rede, acerca da atenção aos homens denunciados; os argumentos dividiram-se em punição, prevenção e medidas assistenciais (15).

Nesse sentido, pesquisa discorre sobre algumas lacunas que constam na legislação brasileira. É referido que não fazem nenhuma alusão explícita a trabalhos de promoção à saúde ou à promoção da equidade de gênero com a população masculina, e que não há uma definição clara sobre a estrutura e organização dos centros de atendimento aos agressores (41). Apregoam a necessidade de atenção psicossocial, como medida punitiva, considerando que possibilitaria a ampliação do diálogo, coibido tanto pela situação de violência quanto pelo aprisionamento (41).

Somam-se a essas questões as ações coletivas, que visam o protagonismo da mulher, a sua independência, a autonomia e a auto-estima (7, 8, 9 13, 15, 22, 30, 32), o acompanhamento dos casos e a inserção de familiares no atendimento, para que sirvam de apoio e rede primária (18, 23, 28). A ESF, por possuir um modelo de assistência diferenciado, torna-se lugar privilegiado para a abordagem de situações que envolvem o vínculo familiar e incentivo ao diálogo na resolução dos conflitos, como medidas preventivas à violência.

Nesse sistema específico de atenção à saúde, destaca-se a atuação dos enfermeiros, que apoiam e supervisionam o trabalho dos agentes comunitários de saúde (12), capazes de intervir e prevenir a revitimização ou novos casos de violência. Também cabe ao enfermeiro, inserir tal temática nas reuniões da equipe, discutir sobre o manejo de casos, buscando apoio com os gestores de saúde frente às dificuldades de enfrentamento pelos colegas de trabalho.

Assim como os agentes de saúde; os profissionais da psicologia são citados como indispensáveis na atenção às mulheres em situação de violência, devido ao preparo em promover a sua emancipação e o seu fortalecimento (7, 33, 29). A necessidade de articulação intersetorial é referida como uma maneira de deslocar a abordagem médico-centrada para ações voltadas à mulher e à família (9), que também precisa de assistência.

4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A fim de melhor explorar a teoria, bem como facilitar a compreensão, este capítulo foi dividido em duas partes. Na primeira busca-se apresentar a origem das representações sociais e a sua importância no campo da saúde e da enfermagem. Na última discorre-se acerca da Abordagem Estrutural, utilizada nesta pesquisa.

4.1 Origem, noções e elaboração das representações sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi o referencial adotado neste estudo. Escolheu-se tal teoria ao tomar conhecimento da sua aplicação e grande utilidade nas análises referentes a políticas sociais e ao planejamento de intervenções em âmbito social, incluindo a área da saúde.

No âmbito da saúde, os estudos de representações sociais permitem acesso ao conhecimento social que orienta as práticas de uma determinada população em relação a um determinado problema, ou seja, o conhecimento que ela utiliza para interpretar tal problema e justificar suas práticas sociais (OLIVEIRA, 2001, p. 143).

Além disso, ao apreender que o objeto a ser representado por alguém precisa ter relevância cultural e social (JODELET, 2001) e que essa teoria permite realizar análises sobre objetos que são celebrados e compartilhados em um determinado grupo (BANCHS, 2004), percebeu-se sua relevância como fundamento deste estudo.

Sabe-se que a VDCM é um tema que percorre a mídia escrita, falada, está inserido no cotidiano das pessoas, sendo problematizada no dia-a-dia. No contexto profissional dos enfermeiros não é diferente, sendo que ocupam uma posição não somente de espectadores, mas de pessoas responsáveis pelas ações voltadas ao processo de saúde-doença das mulheres e suas famílias. Destarte, sabendo que a produção do conhecimento é social, conhecer as representações acerca do objeto de estudo pode, ao menos, revelar como essa assimilação conceitual se relaciona com as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica.

A TRS foi utilizada pela primeira vez na França, em 1961, pelo psicólogo social Serge Moscovici. Tal teoria derivou das Representações Coletivas apregoadas por Émile Durkheim, sociólogo francês. Trabalhando no campo da Psicologia Social, Moscovici percebeu que não era possível separar a consciência individual da

realidade social, pois o sujeito é um ser ativo na representação, construindo-lhe e reconstruindo-lhe (JODELET, 2009; TURA, 2005).

Para aquele autor, a Psicologia Social caracterizava-se por um espaço imaterial, representacional e simbólico, não podendo ser reduzida aos aspectos neurológicos, biológicos ou apenas individuais, assim como enfocado pela Psicologia Social americana, já desenvolvida naquela época. A nova Psicologia Social defendida por Moscovici surge, então, para dar conta das realidades, que além de psicológicas e representacionais, são sociais (GUARESCHI, 2012).

Também cabe destacar que o conceito durkheimiano abrangia vastas e heterogêneas formas de conhecimento com uma visão estática sob a explicação dos fenômenos. A teoria das representações coletivas não questionava a essência das representações, sua origem e sentido, mas seu tipo, sua falsidade e veracidade (HOROCHOVSKI, 2004). Nesse sentido, opunha-se ao aprofundamento nos conteúdos dos fenômenos estudados pela nova vertente psicossociológica e à sensibilidade, mobilidade e circulação das representações sociais (SÁ, 2004).

Desta forma, por interpretar o termo “coletivas” como algo estático e tradicional e acreditar que a sociedade moderna era dinâmica, Moscovici substituiu aquele termo por “sociais” (SÁ, 2004). Foi assim que, inspirado na representação durkeimiana, adotou novas conotações e abordagens enfatizando o pensamento social em sua dinâmica e diversidade (ARRUDA, 2002). Seu primeiro fundamento foi publicado na obra, intitulada, “*La psychanalyse, son et image et son public*”, reeditado em 2012. A TRS se desenvolveu dentro do laboratório de pesquisa, em que Moscovici era diretor, apoiado por seus discípulos, entre eles Denise Jodelet, Jean-Claude Abric e William Doise.

No Brasil, a teoria foi inserida pela psicóloga Ângela Arruda na década de oitenta, obtendo maior expressividade a partir de 1994, quando foi organizada por Celso Pereira Sá a Conferência Internacional sobre Representações Sociais, no Rio de Janeiro (ALMEIDA, 2013). Atualmente, a TRS continua em processo de expansão, no país, e vem sendo utilizada como aporte teórico em diversas áreas do conhecimento como na psicologia, na educação, na sociologia, na comunicação, etc.

A TRS também encontrou espaço fecundo nas pesquisas de enfermagem que buscavam novos paradigmas teórico-metodológicos; inspiradas pela difusão dessa teoria no Brasil (OLIVEIRA, 2011). Estudo de Marques, Tyrrel e Oliveira (2006) evidencia que os objetos de representação, nas produções de enfermagem com

fundamento na TRS, ente 1975 e 2001, eram, principalmente, a doença, a prática profissional, o cuidar, o processo saúde-doença, a identidade profissional do enfermeiro e o HIV/AIDS. Diante disso, se reforça a importância da teoria no campo da saúde, atribuída a sua potencialidade em fundamentar pesquisas aplicadas.

As Representações Sociais são geradas pelos sujeitos, principais atores sociais (MOSCOVICI, 2001; SÁ, 2004). A análise não se centra no indivíduo, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade. Jodelet (2001) entende as representações como um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana que se destinam à interpretação e à elaboração do real.

A TRS, segundo Moscovici, resgata o cotidiano e a reabilitação do saber popular considerando que a construção social não é constituída somente por dimensões científicas e cognitivas, mas fundamentalmente por práticas, crenças, tradições, pelos inúmeros saberes que unem o subjetivo ao objetivo e, assim, permitem a construção social da realidade (GUARESCHI, 2012).

De acordo com o “pai” dessa teoria, Serge Moscovici:

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas 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, 2012, p. 39).

Para Sá (1998, p. 50) “as representações sociais são alguma coisa que emerge das práticas em vigor na sociedade e que as alimenta, perpetuando-as ou contribuindo para a sua própria transformação”. Nesse sentido, é impar conhecer as representações produzidas e reproduzidas por enfermeiros, acerca da VDCM, no contexto da assistência hospitalar, considerando que são constituídas por um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes reproduzidas (JODELET, 2001). Esse conjunto de elementos permite nortear bem como alicerçar mudanças na prática profissional.

Assim, o emprego das representações ganha relevância à medida em que explicita a forma como a VDCM é representada pelos profissionais enfermeiros descortinando as influências desta representação para a prática profissional. Desta

forma, em se tratando da gênese e da função das representações sociais, Jodelet (2009) destaca a necessidade de distinguir as representações que o sujeito elabora ativamente daquelas absorvidas passivamente diante das relações, tradições e influências sociais, ou seja, diferenciar as esferas de pertença da subjetividade e intersubjetividade, respectivamente.

Apreende-se que teorias subjetivas e o conhecimento pessoal são elementos que permitem definir, individualmente, situações relevantes, explicar as experiências e justificar comportamentos privados. Para Wagner (2000, p. 16), embora seja subjetivo e pessoal, naturalmente, essa produção mental é embasada por um conhecimento social e cultural preexistente, pois “nenhum pensamento individual cria ideias sem referência a um alicerce mental formado social e culturalmente”. Todavia, o que se busca, na esfera da subjetividade, não é a pertença das ideias individuais no substrato social, mas sim se, ao serem compartilhadas, exercem um papel na organização das práticas reflexivas e no comportamento do grupo (WAGNER, 2000).

A esfera da intersubjetividade é compreendida dentro de um contexto em que as representações são elaboradas pela interação do grupo, por meio das relações, no acordo, nas divergências, na interpretação de temas, permitindo a significação e ressignificação comuns ao objeto (JODELET, 2009). É estabelecida por meio da troca dialógica, do compartilhamento de saberes, das experiências, o que vai ao encontro do objeto deste estudo, quando no contexto hospitalar, enfermeiros produzem conhecimento, representações e significações que são partilhadas durante o desempenho das atividades profissionais e, mesmo, pessoais.

Entende-se, por conseguinte, que as representações sociais, ao serem conceituadas como uma forma de conhecimento ou pensamento específico, enraizado nas experiências compartilhadas, são capazes de orientar os comportamentos e de dirigir as relações dos indivíduos entre si e com o mundo. Destaca-se, nesse sentido, que não existe representação errada, pois ela é designada como saber do senso comum que permite interpretar os acontecimentos, conhecer a concepção do sujeito, associá-las às práticas sociais e, a partir disso, costurá-las com possíveis intervenções e com a resolução de problemas (SÁ, 2004).

Quando Moscovici justifica sua preferência pelo adjetivo ‘social’, delimita três tipos de representações, descritas por Sá (1996): as hegemônicas, as emancipadas e as polêmicas. Quando as representações são partilhadas por todos os membros, quando elas refletem a homogeneidade do grupo e prevalecem implicitamente nas

práticas simbólicas e afetivas, são denominadas de representações *hegemônicas*. Outras representações, por sua vez, são a consequência da circulação do conhecimento e das ideias pertencentes aos subgrupos, que criam sua própria versão e partilham com os outros. Essas são as *emancipadas*, pois mantêm certo grau de autonomia em relação a outros segmentos da sociedade. Já as representações *polêmicas* são aquelas geradas nos conflitos sociais, nas controvérsias, não são partilhadas pela sociedade como um todo, correspondendo a visões divergentes entre grupos com interesses opostos e posicionamentos diferentes aos objetos.

As representações têm com função contribuir com os processos de formação de condutas e orientar as comunicações sociais, sendo responsáveis por transformar o não familiar em familiar (MOSCOVICI, 2003). Para tanto, dois processos sócio-cognitivos permitem que grupos sociais incorporem o novo e transformem o já conhecido: a *ancoragem* e a *objetivação*.

A ancoragem visa transformar um objeto estranho em algo familiar, por meio da incorporação de novos elementos do saber (SÁ, 1998, 2004). De acordo com Arruda (2002) ancorar é um processo que diz respeito à forma pela qual o conhecimento se radica no social e retorna a ele, ao se transformar em categoria e ao se articular à gama de conhecimentos do sujeito.

Nesse sentido, Jodelet (2001, p. 38) apregoa que a ancoragem “enraíza a representação e seu objeto em uma rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência”. Dessa forma, tem um papel decisivo, pois através de um trabalho de memória, a ancoragem apoia novos elementos do saber (pensamento constituinte), em algo já conhecido (pensamento constituído), servindo para a “instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente”.

Moscovici (2005) destaca que ancorar é classificar, denominar, para que algo, a partir desse processo, perca o anonimato, a estranheza, e se torne próximo. Assim, passa a ser incluído e localizado na própria matriz cultural. Destarte, recorrer à familiaridade é uma forma de minimizar a resistência permitindo ao sujeito traçar concepções reais, positivas ou negativas, ao elemento representado. Nesse sentido, destaca-se que representar não é simplesmente reproduzir alguma coisa, mas reconstituir, modificar, apropriar, tornar algo familiar.

Já a objetivação tem a função de duplicar uma figura por um sentido, garantindo a compreensão do objeto. Trata-se do processo de materializar um conceito tornando

concreto o que era abstrato, ou seja, tem a função de duplicar um sentido por uma figura (MOSCOVICI, 2003; SÁ, 1998, 2004). Essa propriedade de tornar algo abstrato em algo fisicamente reconhecível reduz a distância entre conceitos científicos e a expressão do real (JODELET, 2001).

Objetivar é desvelar a qualidade de uma ideia, reproduzindo um conceito em uma imagem. Entende-se, ainda, que objetivar é atribuir um código ou significado não verbal a um conteúdo verbal. Para entender a objetivação, Sá (2004) exemplifica o resultado desse processo através da representação do corpo feminino, obtido em uma pesquisa, referida por Jodelet. Na imagem do útero, como o tabernáculo sagrado da vida, se concentram ideias religiosas, enraizadas em um sistema cultural, voltadas à reprodução (SÁ, 2004).

Portanto, os processos de ancoragem e objetivação permitem apreender o conteúdo das representações, ou seja, seus elementos constituintes, que podem emergir pelas fontes informativas, cognitivas, ideológicas, normativas, pelas crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens (JODELET, 2001). Para a autora, as representações servem de apoio para compreender, administrar ou enfrentar o mundo.

Para tanto, é necessário ter precisão sobre o que são representações e sobre o que são apenas ideias sobre algo. Tura (2005) reforça que Moscovici distingue veementemente as representações sociais dos conceitos de opinião e imagem, posto que esses são entendidos como processos unidirecionais, ou seja, dados externos ao indivíduo, estáveis e acabados com mínima interação social. Já agindo no sistema de representação:

os membros de um grupo criam o objeto representado dão-lhe significado e realidade. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes; de fato, a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas fazem e do modo como fazem. Assim uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas; ela compreende também o seu comportamento e a prática interativa de um grupo (WAGNER, 2000, p.11)

Além disso, Moscovici apregoa que a representação social se estrutura sob três dimensões: *informação, atitude e imagem* ou *campo de representação*.

A informação se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social [...] O campo de

representação remete à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto de representação [...] A atitude é uma orientação global (favorável ou desfavorável) que o sujeito mantém em relação ao objeto de representação (MOSCOVICI, 2003, p.78).

Essas inclusões cognitiva, imagética e atitudinal referem-se à estrutura da representação. Entre as três, a atitude tem uma maior significância, considerando que as pessoas se informam e representam alguma coisa somente após terem tomado uma posição.

A atitude é a mais frequente das três dimensões e, talvez, a primeira. As RS são tomadas de posição simbólicas, organizadas de maneiras diferentes. Visto desta forma, as atitudes são atos sociais que se inscrevem nessa dinâmica social (DOISE, 2001). Conseqüentemente, as opiniões, enquanto atitudes, adquirem uma característica predicativa antecedendo a ação, guiando o comportamento na rede de relações na qual se insere o objeto (MOSCOVICI, 2012).

Nas concepções de Moscovici existem dois universos de pensamento: o universo reificado e os universo consensual. O primeiro ganha objetividade e rigor lógico e metodológico, é restrito e embasados por cientificidade, retrata a realidade independente da consciência. Já o último é caracterizado por práticas interativas dia-a-dia, é acessível a todos, variável, menos sensível à objetividade, denominado conhecimento do senso comum (ARRUDA, 2002).

Jodelet (2001, p. 22) enfatiza que o conceito de representação social remete-se a esse tipo específico de conhecimento; o universo consensual que “é tido como um objeto de estudo tão legítimo” quanto o conhecimento científico “devido a sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais”. Ambos não competem e sim atuam simultaneamente, embora tenham propósitos diferentes.

Segundo Oliveira (2011) nessa teia de relações simbólicas e comunicativas existe um saber prático do tipo híbrido, no campo da saúde, em que os profissionais constroem suas representações e seu saber apoiado tanto em representações comuns quanto no conhecimento reificado. A esse saber prático, construído pelos profissionais, a autora denomina de conhecimento técnico-profissional.

Do mesmo modo que o senso comum se apropria das descobertas e das explicações científicas, o conhecimento técnico-profissional exerce a função de vulgarização da ciência, porém utiliza essas representações para a constituição do

conjunto de proposições teóricas e vivenciais, que emergem no desenrolar das práticas profissionais cotidianas (OLIVEIRA, 2011). Nesse sentido a autora afirma que:

No que se refere às relações entre o senso comum e o saber técnico-profissional no cotidiano dos serviços de saúde, considera-se que trabalhar com representações sociais significa, nos termos adequados ao empreendimento da saúde, reconhecer a existência de uma forma específica de saber, denominada conhecimento do senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-profissional específico. Esse saber técnico-profissional está voltado aos objetos oriundos da prática profissional cotidiana, ao próprio processo de trabalho e ao desenvolvimento de novas tecnologias de cuidar em saúde e em enfermagem, colocando-se como ponto de partida para os processos de intervenção nas questões de saúde, ou mais particularmente para o processo de cuidar em saúde (OLIVEIRA, 2011, p. 611).

Sabe-se que o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar em familiar; ou seja, transformar ideias, conceitos, palavras não familiares em habituais, próximas. A estranheza, frente a algum objeto, de acordo com Sá (2004), é muito comum e provém do universo reificado, através da exposição às novas descobertas, às invenções, ao avanço da tecnologia, e assim por diante. Por outro lado, a familiaridade se encontra incorporada ao universo consensual, em que se opera um processo que permite que o objeto, na vida cotidiana, se torne socialmente conhecido e real, perca a novidade e, assim, se torne mais interessante (SÁ, 2004).

Portanto, percebe-se o caráter revelador deste trabalho que busca analisar as representações das enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher. A utilização da TRS, neste campo do saber, pode contribuir para uma melhor compreensão do processo de cuidado às mulheres em situação de violência, atendidas no contexto hospitalar.

4.2 Abordagem Estrutural

Desenvolvida por Jean-Claude Abric (1976), na França, a Teoria do Núcleo Central (TNC) discorre sobre a abordagem estrutural das RS. Consiste na formação de um Núcleo Central (NC) e de um sistema periférico. Conforme o autor, a representação é constituída por um conjunto de opiniões, ações e crenças sobre algo social, que organizam-se em torno desse núcleo.

Segundo Abric (2001) o NC é o elemento fundamental da representação, pois é ele que determina o significado e organização da representação. Não é, apenas, a presença maciça de um elemento que define a sua centralidade, ao contrário, possui uma dimensão qualitativa, ou seja, o significado à representação (ABRIC, 2000, 2001). Sua determinação é essencialmente social, ligado à memória coletiva e à história do grupo, é insensível ao contexto imediato, é unificador e estabilizador da representação (ABRIC, 2000, 2001; SÁ, 2002). Com base no NC é possível elucidar a natureza do objeto representado e a relação do grupo com esse objeto, bem como as normas e valores que regem a sociedade de acordo com o contexto estudado.

Assim, o NC pode assumir duas dimensões: *uma funcional e uma normativa*. A primeira tem uma finalidade operatória, cujos elementos centrais são ligados à realização da tarefa, enquanto a dimensão normativa está ligada a todas as situações onde intervêm diretamente as dimensões socioafetivas, sociais ou ideológicas. Nesse caso, acredita-se que uma norma, um estereótipo, uma atitude fortemente marcada estarão no centro da representação (SÁ, 2002). A coexistência dessas dimensões permite ao NC realizar seu duplo papel avaliativo e pragmático; ou seja, de um lado, justificar os julgamentos de valor e, de outro, atribuir significado as práticas específicas.

O NC da representação também possui duas funções fundamentais: *função geradora* - é o elemento por meio do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos da representação, sendo através dessa centralidade que os outros elementos constitutivos ganham sentido e valor; e *função organizadora*: se refere à natureza dos vínculos que articulam entre si os elementos da representação, tornando o núcleo central o elemento unificador e estabilizador da mesma (ABRIC, 2001; SÁ, 2002). Qualquer modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. “Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes” (ABRIC, 2000, p. 31).

Já o sistema periférico está mais associado às características individuais e ao contexto imediato e contingente. Os elementos periféricos se organizam em torno do núcleo central e constituem o essencial do conteúdo da representação: são acessíveis, flexíveis, concretos, evolutivos e sensíveis ao contexto imediato. Estão mais associados a características individuais permitindo a heterogeneidade do grupo (ABRIC, 2001; SÁ, 2002).

Esse sistema “permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas” (ABRIC, 2000, p. 33). Ele protege o núcleo central, por ser mais flexível e permitir a integração de informações, até de práticas diferenciadas. Assim, permite a ancoragem na realidade e mobilidade dos conteúdos. Em caso de transformações da representação, ocorrerão, primeiramente, no sistema periférico.

Abriç (2001) apregoa que esses elementos possuem três funções primordiais: a *função de concretização*, ou seja, resultam da ancoragem da representação na realidade; *função de regulação*, que constitui o aspecto móvel e evolutivo das representações e a *função de defesa*, a qual age como um elemento de defesa da representação. A Abordagem Estrutural confere, portanto, ênfase aos conteúdos cognitivos das representações e se ocupa, também, do processo de sua transformação a partir das práticas sociais (SÁ, 1998).

Utilizando tal teoria espera-se conhecer o conjunto de elementos e conteúdos que constituem a representação sobre a violência doméstica contra a mulher. Captar, interpretar e analisar a assimilação conceitual elaborada pelas enfermeiras, acerca desse tipo de violência, possibilita uma reflexão em relação ao sentido das práticas de atendimento, (re)apresentando quem é o profissional, o seu conhecimento, de que forma está sendo prestada a assistência, enfim, possibilita a organização de condutas e comunicações com relação às práticas sociais e assistenciais (MARTINEZ; SOUZA; TOCANTINS, 2012).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem como finalidade apresentar o percurso adotado durante a realização desta pesquisa. Assim, além dos aspectos referentes ao tipo de estudo, cenário do estudo, informantes, técnicas de coleta e análise dos dados, explana-se, detalhadamente, os dois softwares utilizados no tratamento dos dados, o EVOC - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*, e o ALCESTE que significa análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto.

5.1 Tipo de estudo

Foi utilizada a abordagem qualitativa, na medida em que se pretendeu analisar e compreender o conjunto de crenças, opiniões, atitudes e significados dispersos nas produções verbais e nos conteúdos implícitos nas evocações. De acordo com Minayo (2007) a pesquisa qualitativa tem como uma de suas características o conhecimento empírico e sistemático, com vistas a compreender a lógica interna do indivíduo e/ou grupo em estudo, permitindo adentrar na dimensão subjetiva e conhecer as relações entre o sujeito e o mundo, entre o sujeito e o fenômeno social estudado.

Para essa autora a pesquisa qualitativa pode desvelar processos individuais, sociais e psicológicos promovendo a construção de abordagens inéditas, além de revisar, criar e remodelar novos conceitos e categorias durante o itinerário investigativo (MINAYO, 2007). Nesse sentido, revelou-se importante para apreender as representações sociais acerca da VDCM.

Foi adotado o estudo do tipo exploratório, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, através de levantamento bibliográfico ou entrevista com pessoas, tal como realizada na presente pesquisa. Nesse sentido, permite ao pesquisador realizar uma sondagem com vistas a aprimorar ideias, descobrir intuições e, posteriormente, construir hipóteses ou pressupostos acerca do objeto (GIL, 2008).

5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr e na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, no município do Rio Grande/RS.

- O Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr (HU) é uma instituição que prima pelo ensino, pesquisa e extensão e atende exclusivamente pelo SUS. Trata-se de uma instituição pública e federal, possui em torno de 260 leitos em diferentes especialidades e pronto atendimento. Tem em seu quadro técnico em torno de 96 enfermeiras tanto celetistas, contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande; quanto estatutários, distribuídos nas Unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Traumatologia, Centro de Material de Esterilização, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Pediatria, Centro Obstétrico, Maternidade, UTI Neonatal, UTI Geral, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Ala Azul que é composta pelo Centro Integrado de Diabetes - CID e o Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos – CENPRE; Ala Verde a qual sedia o Centro Regional de Pneumologia, Gastroenterologia e Cirurgia Geral; Ala Rosa que corresponde ao Hospital Dia, Educação Permanente, Coordenação de Enfermagem, Serviço de Pronto Atendimento e Triagem.

- A Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande (SC) é um hospital filantrópico, possui, em média, 275 leitos disponíveis a clientes do SUS, conveniados e particulares. A partir da Portaria Interministerial do Ministério da Educação e Ministério da Saúde nº 2091, de 19/10/2005, publicada no DOU, nº 08, de 28/10/2005, também passou à condição de Hospital de Ensino. Possui cerca de 80 enfermeiras que atuam nas Unidades São Francisco I e II (Clínica Médica e Cirúrgica – conveniados e particulares), São Roque (Clínica Médica), São Lucas I (Clínica Médica e Cirúrgica), São Lucas III (Traumatologia), São Camilo II (Clínica Médica e Cirúrgica), Pediatria, Maternidade/Centro Obstétrico, UTI Geral e Intermediária, Centro de Material de Esterilização, Centro de Queimados, Centro Cirúrgico, Serviço Integrado de Educação Continuada, Supervisão Geral de Enfermagem, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, Pronto-socorro e Triagem.

5.3 Informantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo todas as enfermeiras e enfermeiros que atuavam nas unidades que contemplam a assistência clínica, cirúrgica, materno-obstétrica, terapia intensiva, traumatológica, queimados, urgência/emergência e pronto atendimento. Excluíram-se as demais unidades considerando que, provavelmente, não sejam locais de internação de vítimas de violência doméstica.

Após ter obtido em ambos os hospitais; uma listagem contendo o nome, unidade e turno de trabalho dos profissionais, foram convidados aqueles com tempo mínimo de dois meses de atuação na unidade. Foram informantes os que aceitaram ao convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Cabe ressaltar que o tempo mínimo de atuação proposto no projeto foi de seis meses. No entanto, constatou-se que na Santa Casa, devido à grande rotatividade de pessoal, trabalhavam há menos de seis meses na sua unidade. Por isso, optou-se por alterar o critério inicial para o mínimo de dois meses de atuação.

Os profissionais em folga ou licença foram resgatados através de busca ativa. Assim, foram excluídos aqueles com atuação profissional, na unidade, menor do que dois meses, bem como aqueles que estavam em férias durante a coleta de dados.

5.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas duas técnicas, a fim de identificar a estrutura e os conteúdos da representação. A primeira trata-se da Técnica de Evocação Livre (APÊNDICE C), que visa alcançar profundidade na representação do fenômeno estudado e colocar em evidência o universo semântico dos informantes “revelando conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas” (OLIVEIRA et al., 2005, p. 575).

Do ponto de vista metodológico consiste em solicitar aos participantes que lancem um determinado número de palavras ou expressões, de maneira espontânea e descontraída, a partir de um tema indutor. Assim, para a coleta de dados foi solicitado aos informantes que verbalizem as cinco primeiras palavras ou expressões, a partir do termo “violência doméstica contra a mulher” e, após, “cuidado à vítima”. Essas evocações foram registradas na forma escrita pela entrevistadora.

A segunda técnica utilizada foi a entrevista em profundidade (APÊNDICE D), considerada ferramenta fundamental para a identificação das representações. É uma técnica que se traduz na produção de um discurso, conscientemente ou não, através da utilização de mecanismos psicológicos, cognitivos e sociais (ABRIC, 2001). Para Sá (1998) a coleta de dados por meio de entrevista é uma noção bastante difundida e incentivada no estudo das representações. No entanto, há ressalva acerca da necessidade de se fazer boas perguntas, ou seja, relacionadas às experiências

cotidianas dos sujeitos; e ainda aquelas que envolvam situações abstratas e julgamentos.

Silva e Ferreira (2012) advertem que, considerando que as representações sociais são uma modalidade de conhecimento prático, o instrumento da entrevista deve abordar aspectos do cotidiano prático dos sujeitos que se inter-relacionam com o fenômeno, no intuito de buscar captar os elementos que compõem e estruturam a representação. Assim, foi preparado um roteiro contendo 17 questões abertas, cujos conteúdos eram aprofundados a partir do discurso dos informantes, sempre buscando o propósito do estudo.

Foi possível apreender a percepção geral, pessoal e profissional acerca da VDCM. Inicialmente questionou-se o conhecimento, os sentimentos e as imagens sobre o fenômeno. Em âmbito pessoal foi investigada a ocorrência da violência na esfera doméstica e familiar e qual a conduta adotada. No contexto profissional foram investigadas as práticas de cuidado à mulher vitimada. Além disso, buscou-se resgatar os aspectos éticos e legais desse atendimento. O roteiro da entrevista foi previamente testado com integrantes do grupo de pesquisa a fim de ajustá-lo. As entrevistas foram gravadas em mp3 e transcritas no *Word* para posterior tratamento dos dados.

Todos responderam à técnica de evocações livres. Em relação à quantidade de informantes, os estudos sobre representações divulgam que “quanto mais numeroso o grupo de participantes, mais estáveis serão os resultados, afinal uma amostra maior tende a gerar resultados menos suscetíveis de influência pela presença de casos extremos e aproximar-se da realidade observada na população” (WACHELKE; WOLTER, 2011, p. 523). Por esse motivo, geralmente, as amostras são realizadas com cerca de 100 informantes ou mais.

Para as entrevistas, respondidas individualmente, foram convidados até três enfermeiras por unidade. Essas ocorreram em uma sala livre do trânsito de pessoas propiciando privacidade para a emissão das respostas. A escolha intencional dos informantes, para as entrevistas, respalda-se em Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20) os quais apregoam que “nos estudos qualitativos, a questão “quantos?” nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”. Para os autores, embora o fechamento de um número de participantes seja indispensável, é mais significativo, na escolha intencional, a maneira como se concebe a representatividade na qualidade das informações obtidas. A seleção decorre,

sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe dimensões do contexto (FONTANELLAS; RICAS; TURATO, 2008).

Nos casos de entrevista, costuma-se empregar o critério de saturação dos dados para chegar ao número-limite. Segundo Sá (1998, p. 93) “quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significaria que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação”, podendo-se então realizar mais algumas entrevistas e finalizar a coleta.

Outros estudos que adotam a TRS como abordagem teórico-metodológica têm difundido que trinta é o quantitativo mínimo de sujeitos para se recuperar as representações sociais do grupo (JODELET, 2001; OLIVEIRA et al., 2011).

5.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de duas técnicas distintas, uma destinada às evocações e a outra às entrevistas. Para as evocações foi utilizado o *software* EVOC, 2005 e para as entrevistas o *software* ALCESTE, 2010.

Em ambas as técnicas foram descritas, de modo simplificado, as etapas do tratamento e da análise do *corpus*. Além disso, para melhor compreensão dos passos mencionados, apresentou-se alguns resultados, como exemplos, a fim de facilitar o entendimento da referida etapa.

5.5.1 Software EVOC

O tratamento e a análise dos dados, obtidos pela técnica de evocação livre de palavras, consiste em levantar e organizar o conteúdo da representação, evidenciado pela sua estrutura subjacente, a partir da análise prototípica. Para tal utilizou-se o *software* EVOC 2005 que leva em consideração a frequência e a ordem de aparição dos termos elencados, formando o Quadro de Quatro Casas, proposto por Pierre Vergès (1994). Todavia, como etapa necessária à elaboração desse quadro, foi preciso operacionalizar a análise (OLIVEIRA et al., 2005).

- **Operacionalização da análise EVOC**

- a) Digitação dos termos evocados em documento no formato *Word*.
- b) Padronização dos termos, conforme apresentado no Dicionário de Padronização do EVOG (APÊNDICE E). Nessa etapa buscou-se identificar e evitar a polissemia do material coletado, uniformizando termos similares, masculino/feminino, plural/singular, e reduzindo frases ou expressões longas.
- c) Preparo do *corpus* para análise que incluiu as regras de digitação; a ordem de evocação das palavras, e a inserção das variáveis, previamente, categorizadas e codificadas. A caracterização dos sujeitos permitiu analisar a variação das respostas entre subgrupos. Para tal, elaborou-se a linha estrelada, composta por cinco variáveis. identificação dos entrevistados, hospital de atuação, idade, ano de formação e situação marital (APÊNDICE F). Na identificação dos entrevistados foram utilizados três dígitos, de 001 a 100. O restante foi definida por dois dígitos apenas, 01e 02. Assim, o exemplo à seguir refere-se ao 45º entrevistado, trabalhador do HU, com menos de 35 anos, formado após 2008, e com parceiro, seguido das respectivas palavras evocadas: 045;01,01;02;01; 1 agressão-física 2 dor 3 família 4 marido 5 desrespeito.
- d) Transformação do arquivo em formato Somente Texto (txt) para ser processado pelo *software* EVOG. Esse é formado por um conjunto de programas articulados que, juntos, realizam a análise estatística das evocações. As principais etapas de análise foram - *Lexique, Trievoc, Nittoie, Rangmot, Listvoc, Discat, Tricat, Tabgraf*.
- e) A etapa *Rangmot* forneceu uma lista com todas as palavras evocadas, em ordem alfabética, bem como os cálculos estatísticos da análise: quantas vezes cada palavra apareceu em cada colocação (de 1 a 5 na ordem de evocação); a frequência total de cada palavra e o cálculo da média ponderada da ordem de evocação para cada palavra. O programa disponibilizou, ainda, o número total de palavras evocadas; o número de palavras diferentes, bem como a ordem média de evocação geral.
- f) Por fim, na etapa *Tabgraf*, os termos foram distribuídos, formando o Quadro de Quatro Casas.
- g) Para a construção do Quadro de Quatro Casas (Figura 14) foi considerada a ordem média de evocação (O.M.E), disposta no eixo vertical; a frequência média, representada no eixo horizontal e a frequência mínima, estabelecida segundo a Lei de distribuição de Zipf. Por meio dessa lei, logarítmica, foi estabelecido o número mínimo de palavras evocadas para compor o Quadro de Quatro Casas, conforme a queda brusca no quantitativo dos termos e estabilização da distribuição. A frequência

média foi identificada pela soma de palavras acumuladas na frequência mínima, dividida pelo número de palavras acima do mínimo estipulado, de acordo com a lei, conforme observado nas Tabelas 3 e 4. Cabe destacar que todas as etapas mencionadas foram executadas tanto no que se refere ao tratamento das evocações sobre “VDCM” quanto sobre o “cuidado à vítima”.

Tabela 3. Determinação da frequência média e mínima de palavras evocadas pelas enfermeiras frente ao termo indutor “VDCM” para a composição do Quadro de Quatro Casas geral. 2014

DISTRIBUTION DES FREQUENCES					
freq.	*nb.mots	*Cumul	evocations	et	cumul inv
1 *	34	34	6.9 %	495	100.0 %
2 *	6	46	9.3 %	461	93.1 %
3 *	7	67	13.5 %	449	90.7 %
4 *	5	87	17.6 %	428	86.5 %
5 *	8	127	25.7 %	408	82.4 %
6 *	8	175	35.4 %	368	74.3 %
7 *	3	196	39.6 %	320	64.6 %
8 *	5	236	47.7 %	299	60.4 %
9 *	5	281	56.8 %	259	52.3 %
10 *	1	291	58.8 %	214	43.2 %
11 *	2	313	63.2 %	204	41.2 %
12 *	1	325	65.7 %	182	36.8 %
13 *	2	351	70.9 %	170	34.3 %
17 *	1	368	74.3 %	144	29.1 %
18	1	386	78.0 %	127	25.7 %
21*	1	407	82.2 %	109	22.0 %
24 *	1	431	87.1 %	88	17.8 %
28 *	1	459	92.7 %	64	12.9 %
36 *	1	495	100.0 %	36	7.3 %

Frequência Mínima = 10

Freq. Média = $214/12 = 17,8$

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalres acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Tabela 4. Determinação da frequência média e mínima de palavras evocadas pelas enfermeiras frente ao termo indutor “cuidado a vítima” para a composição do Quadro de Quatro Casas geral. 2014.

DISTRIBUTION DES FREQUENCES					
freq.	*nb.mots	Cumul	evocations	et	cumul inv

1 *	18	18	3.7 %	486	100.0 %
2 *	5	28	5.8 %	468	96.3 %
3 *	4	40	8.2 %	458	94.2 %
4 *	3	52	10.7 %	446	91.8 %
5 *	6	82	16.9 %	434	89.3 %
6 *	1	88	18.1 %	404	83.1 %
7 *	2	102	21.0 %	398	81.9 %
8 *	1	110	22.6 %	384	79.0 %
9 *	2	128	26.3 %	376	77.4 %
10 *	2	148	30.5 %	358	73.7 %
11 *	2	170	35.0 %	338	69.5 %
12 *	2	194	39.9 %	316	65.0 %
13 *	1	207	42.6 %	292	60.1 %
14 *	2	235	48.4 %	279	57.4 %
16 *	3	283	58.2 %	251	51.6 %
20 *	1	303	62.3 %	203	41.8 %
24 *	1	327	67.3 %	183	37.7 %
26 *	1	353	72.6 %	159	32.7 %
29 *	1	382	78.6 %	133	27.4 %
30 *	1	412	84.8 %	104	21.4 %
33 *	1	445	91.6 %	74	15.2 %
41 *	1	486	100.0 %	41	8.4 %

Frequência Mínima = 13

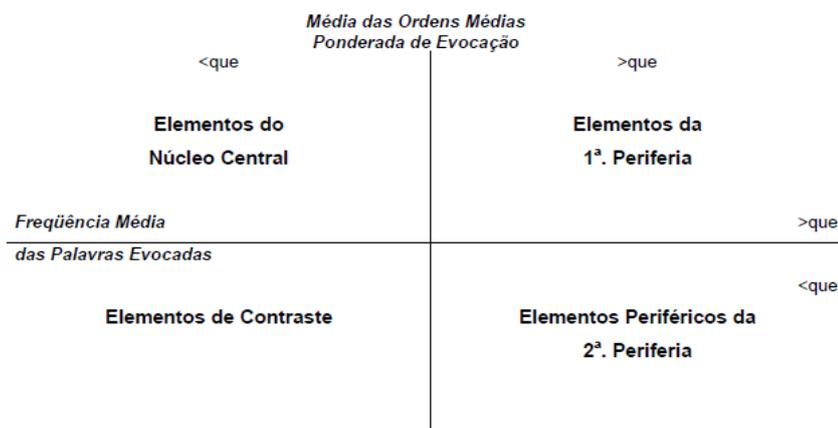
Freq.Média = 292/14 = 22,4

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalres acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

O Quadro de Quatro Casas é composto por quatro quadrantes nos quais estão distribuídos os termos conforme a frequência e a ordem média de evocação: Núcleo Central, Zona de Contraste, Primeira e Segunda Periferia (Figura 14).

Figura 14. Modelo de Análise das Evocações através do Quadro de Quatro Casas

Figura 1: Modelo de Análise das Evocações através do Quadro de Quatro Casas.



Fonte: OLIVEIRA, D.C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais, 2005. p. 582.

No quadrante superior esquerdo situa-se o Núcleo Central, onde estão localizados os termos mais significativos em relação à alta frequência e à ordem de evocação, mais próxima do 1. O NC está mais associado à memória coletiva e à história do grupo, sendo pouco sensível ao contexto imediato (ABRIC, 2001; SÁ, 2002). No quadrante inferior esquerdo estão localizados os elementos da Zona de Contraste, formada por palavras pouco evocadas, porém nas primeiras posições; podendo comportar elementos que expressam variações da representação de subgrupos como também reforçar a primeira periferia.

Nos quadrantes superior e inferior direito estão os elementos da primeira e segunda periferia, respectivamente. Na primeira localizam-se os elementos periféricos mais importantes. Na segunda periferia estão aqueles elementos menos frequentes e menos importantes (OLIVEIRA et al., 2005). Cabe destacar que, de maneira geral, o sistema periférico (composto pelos quadrantes à direita) é mais flexível, permite a integração das vivências e histórias individuais, dando espaço para contradições e manifestações da heterogeneidade do grupo (ABRIC, 2001; SÁ, 2002).

5.5.2 *Software* ALCESTE

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio do *software* ALCESTE 2010; que possibilita a análise de um segmento de texto baseado na identificação de palavras mais significativas. O uso desse *software* permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e acessar a informação essencial presente no *corpus* através de recursos estatísticos e matemáticos (SOUZA et al., 2009).

O princípio geral da análise lexical é o de classificar os enunciados através da comparação dos léxicos. Desta forma, são mais próximos os enunciados que contenham raízes lexicais próximas (OLIVEIRA; GOMES, MARQUES, 2005). Para entender as etapas da análise, é preciso conhecer alguns conceitos.

- Palavras plenas – são as palavras portadoras de sentido, que revelam as unidades de contexto. São os substantivos, os verbos, os adjetivos, os advérbios.
- Palavras ferramentas – São os artigos, as preposições, as conjunções, os pronomes, verbos auxiliares ser/estar e haver/ter.
- Formas reduzidas ou raízes significantes – referem-se às raízes das palavras plenas; excluindo plural e alguns sufixos: companhei+ (54); física+ (27)

- Formas associadas ao contexto – referem-se ao radical mais os seus sufixos: bat (+): bate (5) batem (1) bater (5) batesse bateu (11) batia (9) bato (1).
- Unidade de Contexto Elementar (U.C.E.) - são pequenos segmentos de entrevista de três linhas ou mais, sempre com tamanho inferior a 250 caracteres; em que se respeita sua ordem de aparição no corpus. Correspondem à ideia de frase dimensionada, em função do comprimento e da pontuação realizada pelo pesquisador.
- Unidade de Contexto – é igual ao texto menos a palavra.
- Unidade de Contexto Inicial (U.C.I.) – refere-se às divisões naturais do *corpus*, definidas pelo pesquisador. São as primeiras informações necessárias ao Alceste, pois permitem separar e identificar os enunciados e os sujeitos.
- *Corpus* – refere-se ao conjunto de todas as entrevistas.

- **Operacionalização da análise Alceste**

É recomendado, antes de iniciar a operacionalização, que o pesquisador atente para as seguintes questões: 1º o *corpus* precisa ter certa coerência temática, e não simplesmente uma reunião de falas desconexas, 2º precisa ser volumoso para que os cálculos estatísticos sejam significativos e considerados (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005; MARQUES, 2006).

Nesse sentido, seguiram-se todas as regras de digitação, de pontuação, de correção e de adequação da escrita. A uniformização dos termos foi feita através de um Dicionário de Padronização (APÊNDICE G). Ao final do preparo foram produzidos dois *corpus* para análise, sendo um com a fala do entrevistador, que gerou cinco classes, e o outro sem essas falas, que gerou oito classes. Adotou-se esse último devido ao maior aproveitamento do *corpus*.

A análise Alceste é realizada através de quatro operações; designadas pelas fases A, B, C e D, que se dividem em diferentes sub-etapas, definidas pelo próprio *software* na sua versão de análise *standard*. Essas foram apresentadas de maneira resumida, conforme utilizadas no presente trabalho.

i) Identificação das Unidades de Contexto.

O objetivo desta etapa foi pesquisar as unidades de contexto. Para tal, foi necessário salvar o arquivo, contendo o *corpus* corrigido, no formato somente texto com quebra de linha.

Ao ser rodado no programa, o *corpus* foi segmentado em U.C.I., sendo que adotou-se cada entrevista transcrita como critério para a sua identificação. Essas U.C.I. são iniciadas por linhas especiais, destacadas do texto, começando por quatro asteriscos, seguida das variáveis que caracterizaram os entrevistados: identificação do sujeito, hospital de atuação, idade, ano de formação, situação marital. De um modo geral, essa linha é chamada de linha estrelada.

Ex: **** *ent_014 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01.

Após identificação dessas linhas, o *software* processou a reformatação e divisão do texto completo em segmentos de três linhas ou mais, sempre com tamanho inferior a 250 caracteres, respeitando a pontuação realizada pelo pesquisador. Esses segmentos são as U.C.E., identificadas por um número sequencial em função da sua aparição no texto. É através da articulação das palavras do *corpus* que o Alceste estabelece as matrizes através das quais será efetuado o trabalho de classificação (REINERT, 2000).

ii) Pesquisa das formas reduzidas analisadas.

Nesta etapa ocorreu a fase “A” caracterizada pela leitura do texto e cálculo dos dicionários. O Alceste reconheceu as U.C.I., fez a segmentação do texto, agrupou as palavras em função de suas raízes, calculando suas frequências e, por fim, criou o dicionário das formas reduzidas. O objetivo de reduzir as palavras a seus radicais é evitar a perda de informações, reagrupando todas as formas possíveis.

Ao final da análise do *corpus* desenvolvida nesta fase, o programa gerou um conjunto de resultados referentes à estatística do vocabulário bruto presente no texto. Segue exemplo da forma reduzida com seus contextos semânticos.

Forma reduzida	Forma inicial	Frequência
pezzo+	pezzo	80
	pezzoal	3
	pezzoas	19

iii) Definição dos quadros de dados associados

Nesta etapa ocorreu a chamada fase “B” que consiste no cálculo das matrizes de dados e na classificação das U.C.E. Primeiramente, o *software* fez a classificação das unidades de contexto elementar, em função de seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas foi dividido conforme a frequência das formas reduzidas. Posteriormente, matrizes de dados foram elaboradas cruzando formas reduzidas e U.C.E. e, finalmente, foi aplicado o método de Classificação Hierárquica Descendente (C.H.D).

As formas reduzidas foram divididas em analisáveis e ilustrativas. As primeiras são utilizadas para definir as classes, ao passo que as segundas servem apenas para ilustrá-las.

iv) Pesquisa das classes de unidade de contexto.

A fase “C” apresentou a descrição das classes de U.C.E. Para tal o *software* realizou duas classificações sucessivas, que apresentaram mínimas diferenças em relação ao comprimento das unidades de contexto. Quanto menor essa diferença, maior a estabilidade das classes.

As classes foram definidas uma a uma, com base na C.H.D, que visa a divisão do *corpus*. Assim, a cada passo, ocorreram sucessivas divisões binárias, até o esgotamento das interações das unidades de contexto. Essa classificação foi visualizada em um dendograma, constituído pelas divisões sucessivas mais significativas do *corpus*. Nessa Figura pode ser observada a homogeneidade intra-classe e a oposição inter-classes, identificado pelo agrupamento de conteúdos similares, e pela diferença e oposição quando não permitem a permanência do conteúdo em um só bloco.

v) Descrição e interpretação das classes.

A última fase “D”, composta por diversas sub etapas, buscou selecionar as U.C.E características de cada classe; permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada uma. Para tanto, o Alceste procurou identificar as palavras significativas, presentes nas classes, para formar um index do contexto de suas ocorrências que,

posteriormente, foram submetidas ao teste qui-dradrado para observar a associação ou não da U.C.E. à respectiva classe.

Por fim, uma Classificação Hierárquica Ascendente (C.H.A) foi realizada sobre cada classe, consistindo na formação de uma matriz de formas associadas, acompanhada das respectivas representações; decorrentes das relações e dos conteúdos presentes.

5.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou as prerrogativas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Santa Casa do Rio Grande, e da Universidade Federal do Rio Grande sob parecer nº 80/2014 (ANEXO A).

Aos profissionais foi assegurado o caráter confidencial e privativo de sua participação; além do direito ao anonimato, obtido pela utilização de números para evitar a identificação pessoal.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, inicialmente, delineou-se o perfil das informantes. Em seguida, apresentou-se os resultados, com discussões, em dois blocos. O primeiro diz respeito ao desfecho gerado pelo *software* EVOC, que compõe a análise geral da estrutura da representação social de enfermeiras* acerca da “VDCM”, bem como as comparações entre subgrupos, segundo a idade, o hospital de atuação, o ano de conclusão do curso de graduação e o estado marital.

Consecutivamente, apresentaram-se a estrutura da representação social acerca do “cuidado à vítima” e as respectivas comparações em relação à idade e ao hospital de atuação das enfermeiras. Destaca-se que apenas duas variáveis foram comparadas, devido às semelhanças da estrutura e dos conteúdos entre os outros subgrupos. No segundo bloco, buscou-se explorar os conteúdos e as dimensões da representação social da VDCM por meio da análise Alceste.

6.1 Perfil das informantes

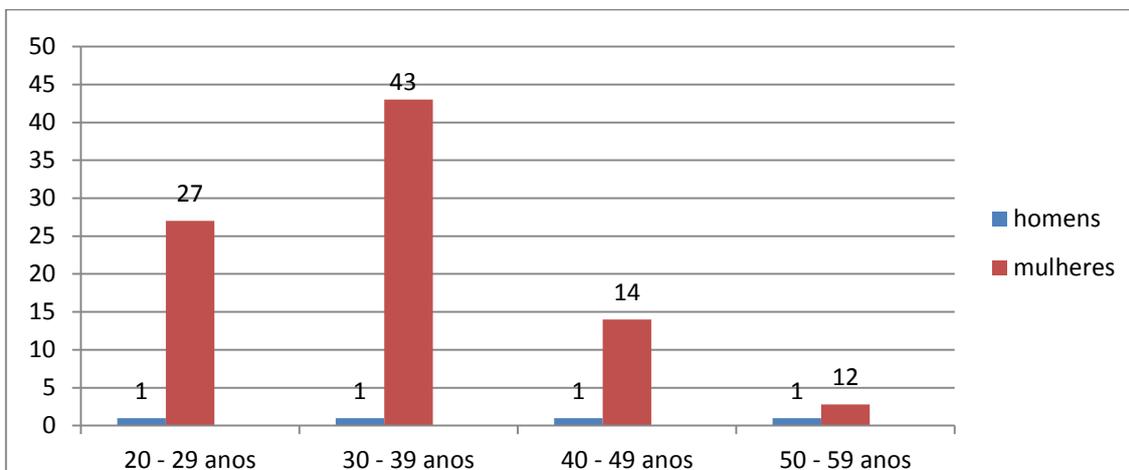
Participaram das evocações livres 100 enfermeiras. Para as entrevistas, convidaram-se até três profissionais de cada unidade, a fim de contemplar diferentes conteúdos representacionais, somando 34 entrevistas.

Foram informantes do estudo 96 mulheres e quatro homens. No que se refere às entrevistas, totalizaram 33 mulheres e um homem. Entre os sujeitos do estudo, 68 possuíam companheiros. A média de idade das participantes foi de 36 anos, com os extremos mínimo e máximo de 24 e 59 anos.

Quanto às características profissionais, 46 enfermeiras atuavam no Hospital Universitário e 54, na Santa Casa. Em relação ao ano de formação, 47 graduaram-se antes de 2008 e 53, após esse ano. Mais de 60,0% tinham até três anos de trabalho na atual unidade. Na Figura 15 apresenta-se a distribuição das participantes quanto ao sexo e à faixa etária.

* Adotou-se a palavra “enfermeiras” ao se referir aos sujeitos do estudo, pois a maioria foi de mulheres.

Figura 15 – Distribuição das enfermeiras segundo o sexo e a faixa etária. Rio Grande/RS.2014.



Conforme observado, a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, seguida de 20 a 29 anos. No geral, percebe-se a presença majoritária de mulheres jovens, abaixo dos 39 anos de idade, correspondendo a quase 70,0% do total. A feminização no campo da enfermagem brasileira é fruto do contexto histórico-cultural, fortemente associado às categorias de sexo e de classe. A noção de cuidado, como ação concebida como algo inato às mulheres, associada à maternidade, passou a fornecer atributos no espaço formal da divisão sexual do trabalho.

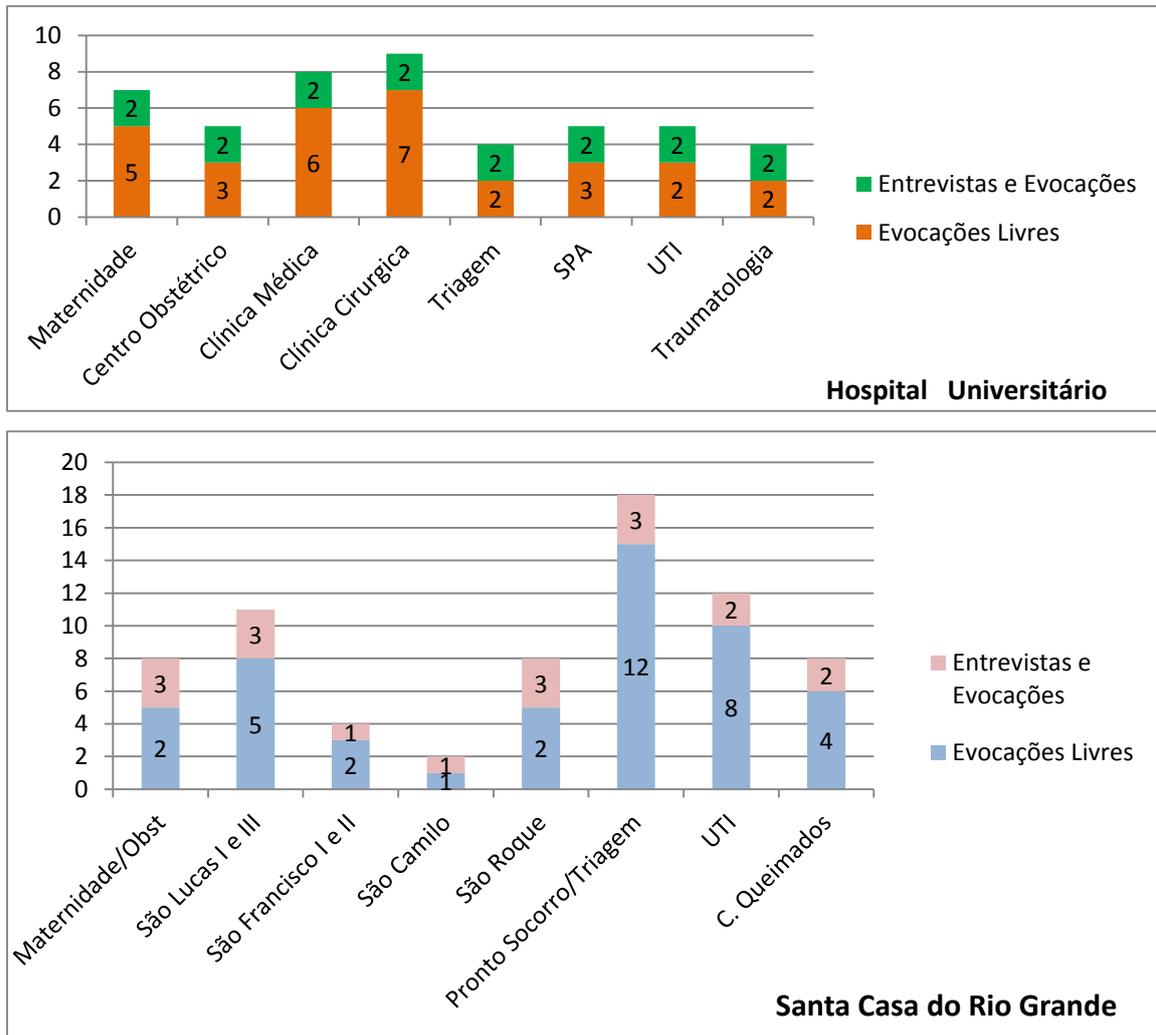
Também se destaca a influência de Florence Nightingale, que definia a Enfermagem como uma profissão destinada às mulheres, por serem naturalmente preparadas para exercer o cuidado ao outro (LOPES; LEAL, 2005). Entre outras profissões encaradas como próprias para as mulheres citam-se a pedagogia, a psicologia, a fonoaudiologia e a nutrição; em decorrência de características que envolvem a sensibilidade, o relacionamento com crianças, o preparo de alimentos, entre outros.

A hierarquização de sexo no campo da saúde pode ser observada entre as esferas medicina/homem/tratamento *versus* enfermagem/mulher/cuidado. Tal relação é estabelecida em um eixo vertical de poder em que, erroneamente, o primeiro obtém maior domínio do conhecimento científico em relação ao segundo. No que se refere ao sexo, os poucos homens enfermeiros ou são confundidos como médicos ou considerados afeminados (OJEDA et al., 2008; LOPES, LEAL, 2005). Por outro lado,

quando se invertem os papéis, ou seja, enfermagem/homem e medicina/mulher, aqueles ganham maior visibilidade, assumindo, frequentemente, cargos de chefia.

Quanto às instituições de trabalho, 46 enfermeiras atuavam no Hospital Universitário e 54, na Santa Casa do Rio Grande. Na Figura 16 apresenta-se a divisão das enfermeiras quanto às unidades de atuação em ambos os hospitais. Observa-se que, no HU, o maior número de participantes nas evocações livres foi de enfermeiras das unidades de Clínica Cirúrgica e Médica, com nove e oito profissionais, respectivamente. Quanto às entrevistas, coincidentemente, duas enfermeiras de cada unidade aceitaram responder o instrumento. Na Santa Casa, o Pronto-Socorro somou o maior número de participantes nas evocações livres, 15 no total, seguido da UTI com dez. Nessa instituição o número de entrevistas variou de uma a três, por unidade, lembrando que três foi o número máximo de convites realizado em cada setor.

Figura 16. Distribuição das enfermeiras quanto ao local de trabalho e o tipo de participação como respondentes. Rio Grande/RS. 2014.



A literatura apresenta dados importantes acerca do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica em diferentes unidades hospitalares. O pronto-socorro pode ser considerado a porta de entrada da mulher aos serviços de apoio. Estudos mostram que a maioria que chega à urgência é de jovens, entre 18 e 39 anos, apresentando lesões contusas, principalmente nos braços, cabeça e face, provocadas por agressão física, bem como decorrentes do uso de arma branca e arma de fogo (GARCIA et al., 2008; MONTEIRO et al., 2006).

Quando analisado o contexto da violência os autores observaram que 85,0% dos ferimentos foram praticados no lar e pouco mais de 50,0% das pacientes vitimadas pelo parceiro íntimo (GARCIA et al., 2008; MONTEIRO et al., 2006). Cabe destacar que esses dados revelam apenas a ponta do *iceberg* perante a falta de preenchimento dos registros, pelos profissionais da saúde, tal como detectado em estudo (MONTEIRO et al., 2006).

No estudo de Garcia et al. (2008), que apresenta aspectos epidemiológicos e clínicos da violência contra a mulher, foi observado, nos 614 prontuários analisados, que 83,9% das vítimas receberam alta logo após atendimento no pronto-socorro, 83 (13,5%) foram internadas e 16 (2,6%) atendidas apenas em ambulatório. Do total de mulheres vitimadas, 108 foram encaminhadas para ambulatórios especializados, sendo 20 para a área de odontologia buco-maxilo-facial, 19 para a ortopedia e traumatologia, 18 foram encaminhadas para a unidade de clínica médica, nove para a cirurgia plástica, nove para o serviço de ginecologia e obstetrícia, cinco para a psiquiatria, entre outros.

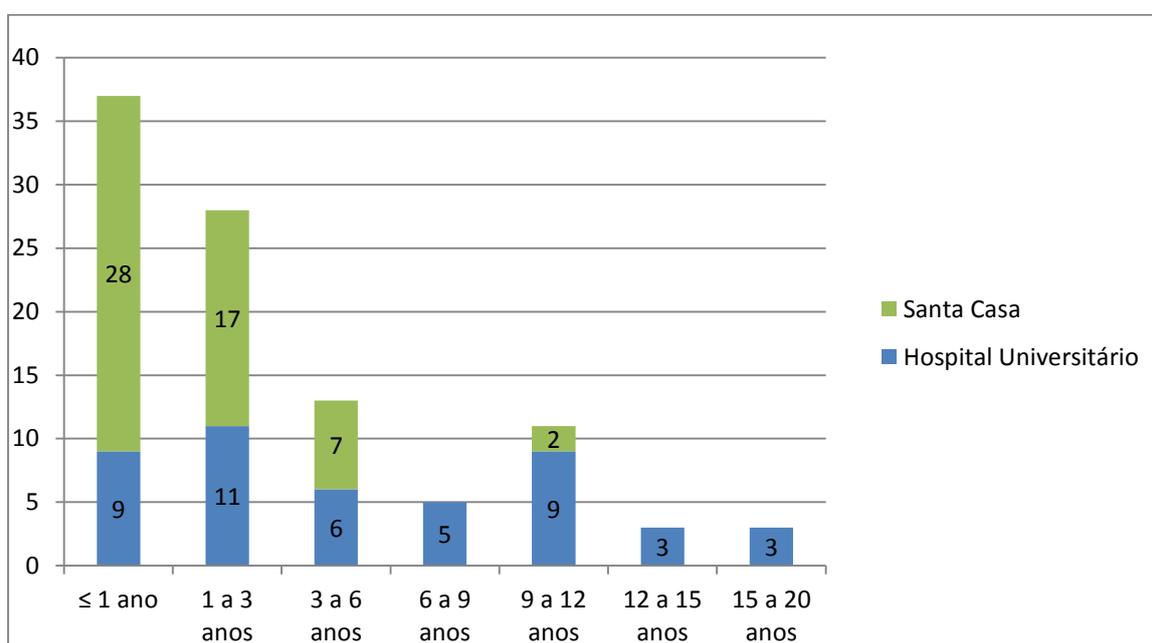
Esses dados reforçam a necessidade de profissionais capacitados para o acolhimento das vítimas nos serviços de saúde, em qualquer unidade de internação. Esse tipo de violência é, antes de tudo, uma violação aos direitos humanos, o que exige o engajamento de diferentes setores da sociedade para evitar a revitimização das mulheres.

Nesse contexto, segundo a literatura, a clínica obstétrica pode ser um local propício para descoberta de novos casos de violência na gestação. Estudo que analisou a violência doméstica entre mulheres em situação de aborto provocado, em uma maternidade de Salvador, evidenciou que 67,0% dos casos foram resultantes desse fenômeno. As mulheres citaram a vivência de violência expressa sob as formas psicológica (96,7%), física (11,5%) e sexual (6,5%). A pesquisa também demonstrou a recorrência dessa situação em 36,0% dos casos (DINIZ et al., 2011). Tal resultado

permite refletir sobre a atuação das enfermeiras, nesse espaço, como corresponsáveis pela detecção e prevenção do fenômeno, também durante a gestação.

Quanto à atuação profissional, o tempo de atuação como enfermeira variou entre dois meses e 33 anos. Todavia, ao analisar o tempo de trabalho na referida unidade, variou entre dois meses e 20 anos, conforme observado na Figura 17.

Figura 17. Distribuição das enfermeiras quanto ao tempo de atuação na atual unidade. Rio Grande/RS. 2014.



De acordo com a Figura 17 percebe-se que na Santa Casa 28 enfermeiras atuavam na unidade havia um ano, ou menos, enquanto que no HU, apenas nove. Naquele hospital existe grande rodízio dos profissionais por dois motivos: para cobrir outros setores, bem como devido à alta rotatividade de profissionais. Ao contrário, no Hospital Universitário, encontraram-se aquelas com mais tempo de atuação, provavelmente devido ao vínculo estatutário e maior estabilidade na unidade de trabalho. No HU as enfermeiras com menor tempo de atuação, geralmente, são celetistas, contratadas por processo seletivo.

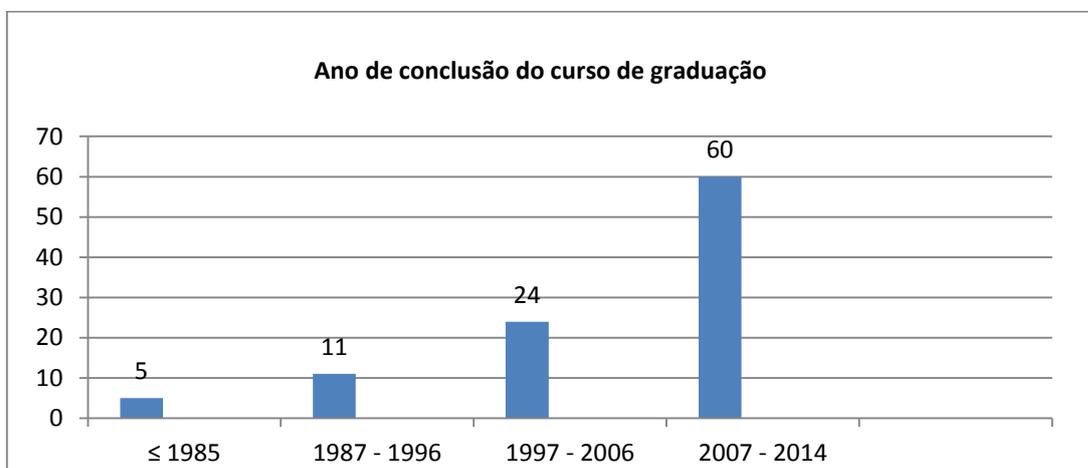
Considerando que na prática o enfermeiro deve estar preparado para assumir funções gerenciais e assistenciais, acredita-se que o tempo de trabalho pode ser um fator positivo na prestação do cuidado à cliente, em decorrência da maior experiência profissional adquirida. Menor tempo de formação acadêmica pode gerar maior

estresse pela insegurança em realizar atividades técnicas e liderar a equipe de enfermagem (LIMA; BIANCHI, 2010).

O rodízio de profissionais da enfermagem, nas unidades ou mesmo por turnos de trabalho, também pode causar um grau de estresse (LIMA; BIANCHI, 2010). Quando ocorre mudança de setor, as peculiaridades em termos assistenciais e administrativos podem gerar estranheza e falta de habilidade do profissional em relação aos procedimentos, rotinas e normas. Isso exige grande desenvoltura para a tomada de decisões, causando certo desgaste (SANTANA et al., 2013). A escala fixa no local de trabalho pode contribuir para o alcance de uma assistência de enfermagem com mais visibilidade e resolutividade pelo engajamento com a equipe (SANTANA et al., 2013). Desse modo, é possível que esses fatores interfiram nas práticas de cuidado.

Na Figura 18 apresenta-se a distribuição das enfermeiras segundo o ano de conclusão do curso de graduação.

Figura 18. Distribuição das enfermeiras quanto ao ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem. Rio Grande/ RS. 2014.



Observa-se que a maioria das informantes concluiu o curso de graduação a partir de 2007. Considerando a implementação da lei, em 2006, é possível que profissionais formados a partir dessa data possuam maior informação a respeito dos direitos das mulheres vitimadas, e das questões que permeiam o cuidado a vítimas de violência doméstica; e, por conseguinte, apliquem o que apregoa a legislação no atendimento à mulher vitimada. Somado a isso, no Brasil, protocolos e normatizações

baseados na LMP servem de guia para o reconhecimento dos sinais de violência, bem como para uma assistência holística e humanizadora.

Embora existam essas ferramentas, o despreparo dos profissionais tem sido apontado, em diversos estudos, como resultado da deficiência no âmbito acadêmico (GOMES, ERDMANN, 2014; SANTI, NAKANO, LETIERRE, 2010). Com isso, percebe-se a negligência das instituições formadoras em abordar os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero, de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher nos currículos escolares.

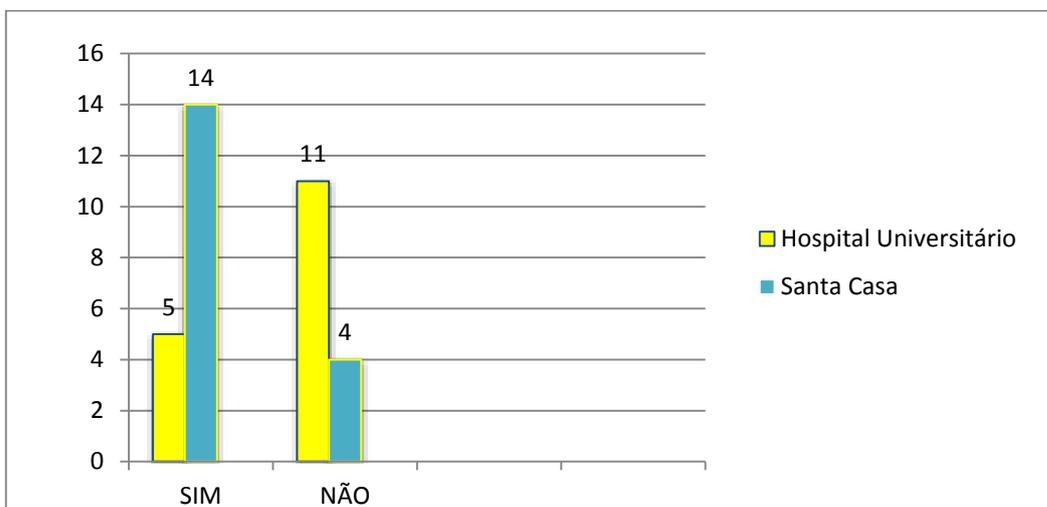
A mais nova legislação, que versa sobre a violência contra a mulher, é a Lei nº 12.845 de agosto de 2013, que obriga os hospitais a oferecerem às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar; visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual (BRASIL, 2013a). Para tanto, os profissionais precisam atualizar os saberes de forma a contemplar uma assistência resolutiva, integral, livre de rotulações e pré-julgamentos às vítimas.

A análise do ano de formação profissional permite averiguar a presença, ou não, de diferentes conteúdos representacionais entre os subgrupos, em função do conhecimento prévio adquirido, da atualização do saber reificado e da influência do meio que disserta sobre a VDCM.

Do total das enfermeiras (100) apenas 28 não possuíam curso de especialização; o restante tinha uma ou mais especializações, sendo a maioria referente à Enfermagem do Trabalho, Urgência Emergência e Trauma, Terapia Intensiva, Saúde da Família. Nove profissionais tinham mestrado acadêmico e três eram doutoras em enfermagem.

Dentre as enfermeiras que responderam às entrevistas (34), foi investigada a participação em cursos ou palestras referentes à VDCM. Do total das 34 enfermeiras entrevistadas, 15 afirmaram nunca ter participado de algum curso ou palestra referente à VDCM. Por outro lado, o restante relatou ter tido contato com a temática durante a graduação, ou mesmo em algum evento realizado por outras organizações, conforme observado na figura a seguir.

Figura 19. Distribuição das enfermeiras quanto à participação em eventos relacionados à VDCM. Rio Grande/RS. 2014.



Conforme exposto na Figura 19, as enfermeiras da Santa Casa tinham maior participação em eventos relacionados à temática. Apenas três relataram participar de discussões promovidas pela própria instituição. Com isso, nota-se que ambos os serviços pecam pela insuficiente capacitação dos profissionais da saúde acerca dessa problemática, considerando que se trata de um fenômeno diretamente relacionado ao processo de saúde/doença das mulheres.

De acordo com a literatura, a rota das vítimas de violência doméstica passa regularmente pelos prontos-socorros, ambulatórios e hospitais da rede de saúde, que em geral não conseguem fazer o diagnóstico da violência. A falta de preparo dos profissionais repercute na incompreensão da magnitude do problema como uma questão de saúde pública e na falta de planejamento de estratégias referentes ao cuidado às vítimas.

Além disso, dificulta o cuidado em uma perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. A pouca resolutividade na prestação do cuidado tende a afastar as vítimas do serviço de saúde, inibir a denúncia, fortalecer a invisibilidade do problema e ainda contribuir com a subnotificação dos casos (LIRA, SILVA, TRINDADE, 2012).

A capacitação inadequada dos profissionais e a escassez na divulgação de informações sobre as decisões organizacionais apareceram como pontos geradores de descontentamento entre enfermeiras (LIMA; BIANCHI, 2010). A atualização e o aperfeiçoamento por meio de eventos, de especializações e reuniões significa para o profissional a aquisição de conhecimentos específicos, para que possam exercer o

cuidado e as funções inerentes à profissão com maior competência (MARTINS et al., 2006). Considerando que o hospital universitário preza pelo ensino e que as enfermeiras das unidades participam da formação dos estudantes, é ímpar a problematização da violência doméstica contra a mulher naquele cenário.

Considera-se que conhecer o perfil e a qualificação dos profissionais contribui para a compreensão de como os processos de formação e de orientação das comunicações relacionam-se com o cuidado às vítimas. Além disso, permite averiguar se esses elementos são constituídos pelo pensamento erudito, pelas atividades intelectuais da interação social cotidiana ou por ambos (SÁ, 2004).

6.2 Estrutura da representação social de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher

Considerou-se a ordem evocada dos elementos para analisar os conteúdos da representação. Após o tratamento do *corpus*, gerado mediante o termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, identificou-se 495 palavras evocadas, sendo 93 diferentes. Isso significa que o *corpus* analisado é homogêneo, considerando a baixa frequência de palavras distintas, que correspondem a 18,0% do total. Das evocações, 100 palavras foram enunciadas em primeiro lugar, 100 em segundo e terceiro lugar, e 97 em quarta e quinta posição.

Assim, a frequência média das palavras foi de 18 e a frequência mínima foi de 10. A O.M.E, determinada pelo *Rangmont*, foi de 2,99 (arredondado para 3,0), indicando que a maioria das palavras foi evocada entre a segunda e a terceira posição, em um *ranking* de até cinco.

A distribuição dos termos evocados, no Quadro de Quatro Casas, possibilitou a análise da estrutura e dos conteúdos da representação, formada pelo núcleo central, elementos periféricos (1ª e 2ª periferia) e zona de contraste.

Quadro 1. Estrutura da representação social das enfermeiras frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 18	agressão física	36	2,222	medo	28	3,500
	desrespeito	24	2,875			
	agressão	21	1,905			
	humilhação	18	2,889			
< 18	agressão verbal	17	2,235	família	11	3,545
	covardia	13	2,000	submissão	11	3,273
	dor	13	2,000			
	abuso	12	2,333			
	inaceitável	10	2,500			

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Observa-se, nas evocações, frente ao termo indutor VDCM, uma distribuição variada dos termos entre os planos. No quadrante superior esquerdo do quadro constam os prováveis elementos nucleares da representação. Segundo Abric (2002) o núcleo central é a parte não negociável da representação, pois resulta da memória coletiva, do sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida do indivíduo e do grupo. Como parte do universo simbólico das entrevistadas, constam neste quadrante os termos mais importantes, evocados mais prontamente e com uma alta frequência. Na análise desses elementos destacou-se, pelo quantitativo, “agressão física”, com 36 evocações, seguido da palavra “desrespeito” evocada 24 vezes, e posteriormente as palavras “humilhação” e “agressão”, que foi a citada mais prontamente.

Considerando que a estrutura das representações sociais se conFigura pelas dimensões atitudinal, cognitiva e imagética, os termos “agressão” e “agressão física” expressam o conceito que as enfermeiras têm sobre a VDCM. A “agressão física” engloba todo o tipo de ato violento que cause algum dano físico à vítima. De acordo com o dicionário de padronização de termos deste estudo, incluem-se chutes, socos, espancamento, uso de arma branca e arma de fogo, hematomas, mutilação, uso da força física. A literatura divulga que essa forma de violência é a mais reconhecida pelos profissionais da saúde quando as mulheres chegam aos serviços hospitalares (VIEIRA et al., 2013).

Essa forma de agressão, geralmente, é noticiada e causa maior comoção na sociedade, pois deixa marcas físicas, o que a torna explícita. Sendo assim, também expressa o campo de representação ou dimensão imagética, associado às marcas no corpo da vítima ocasionadas pelo ato violento.

Outros estudos que analisaram a representação social de profissionais da saúde acerca da violência contra a mulher também obtiveram como elemento do núcleo central os termos “agressão física” e “agressão”, reforçando a consensualidade da representação da VDCM entre o grupo de profissionais da saúde (COSTA, LOPES, SOARES, 2014; LEAL, LOPES, GASPAR, 2011; SILVA et al., 2015), apoiado em condições históricas, sociológicas e ideológicas (ABRIC, 2000). O elemento “agressão” representa a forma genérica da violência frente ao termo indutor, sem definição das suas diferentes manifestações.

O termo “humilhação” apresentou a menor frequência e a maior ordem média de evocação, permitindo questionar a sua centralidade. Juntamente com o elemento “desrespeito” podem expressar o julgamento das enfermeiras, dimensão atitudinal, às condutas adotadas pelo agressor frente à vítima, ou seja, com falta de respeito. Todavia, a humilhação também pode simbolizar o próprio ato violento, que no conhecimento científico denota a violência psicológica, banalizada por não marcar fisicamente. Dessa forma, só ganha relevância quando se torna palpável, por meio de cárcere privado ou distúrbio mental, na vítima, decorrente da prática de tortura psicológica (SAFFIOTI, 2011).

Sabendo que o núcleo central é determinado de um lado pela natureza do objeto representado, e de outro pela relação que o grupo mantém com o objeto, pode assumir duas dimensões: a funcional e a normativa (SÁ, 2002). Assim, os termos “agressão física” e “agressão” constituem *elementos funcionais* da representação, ou seja, estão voltados para a realização da tarefa, determinam as condutas do agressor. O termo nuclear “desrespeito”, segunda palavra mais frequente, indica o ajuizamento de valores, das informantes, em relação ao objeto VDCM, nesse caso assumindo uma *dimensão normativa*.

No núcleo central salienta-se que não é a quantidade dos termos que define sua centralidade e sim o fato de conferir significado à representação (ABRIC, 2000). Neste estudo, a hipótese de centralidade da representação está alicerçada em conteúdos avaliativos negativos, sendo que os elementos aludem à prática da violência ou à conduta do agressor.

Na zona de contraste, quadrante inferior esquerdo, constam aqueles elementos com baixa frequência e com menor O.M.E. Dentre os elementos desse quadrante os termos “agressão verbal”, “covardia” e “dor” foram os mais importantes para as enfermeiras segundo critérios de frequência e ordem de aparição. A análise desse quadrante leva a entender que há uma dimensão distinta do NC, pois surge como concepção descritiva do objeto o termo “agressão verbal”, ausente nos demais quadrantes. Segundo Oliveira et al. (2005) os elementos da zona de contraste podem reforçar ideias constantes na primeira periferia ou revelar a presença de um subgrupo com uma representação diferente.

A agressão verbal não deixa marcas físicas, mas mancha a alma, afeta a autoimagem e autoestima. Muitas vezes não é reconhecida como um ato violento, no entanto, é uma expressão que marca o início da violência entre parceiros íntimos, entre pais e filhos, entre mais velhos e mais jovens.

O elemento “dor”, provavelmente, reforça o núcleo central associado à “agressão” e “agressão física”. A dor pode ser decorrente dos ferimentos ocasionados pelos atos violentos ou mesmo do sofrimento da mulher por ser agredida por alguém que ama ou com quem teve um laço íntimo (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011). Reporta, portanto, o aspecto emocional em relação ao fenômeno.

“Covardia”, “inaceitável” e “abuso” são elementos com uma dimensão atitudinal, pois demonstram o julgamento das enfermeiras sobre o objeto estudado e sobre o comportamento do agressor. Os elementos “covardia” e “abuso”, com sentido negativo, expressam a prepotência do agressor contra o mais fraco, ou seja, contra a mulher.

A periferia, composta pelos quadrantes à direita, está mais associada ao contexto imediato no qual os sujeitos estão inseridos (ABRIC, 2000). No quadrante superior direito, a palavra “medo” apareceu 28 vezes, uma vez em primeiro lugar e oito vezes em segundo, quarto e quinto lugares na ordem de evocação. “Medo” é um termo amplo que expressa um misto de sentimentos tanto da vítima quanto do profissional da saúde frente ao agressor (GOMES et al., 2015; OLIVEIRA, FONSECA, 2007).

Dessa forma, é possível percebê-lo como uma consequência da VDCM, tanto em relação aos filhos, quanto à denúncia ao agressor. A descrença na justiça tem sido referida por mulheres que vivenciam a violência, assim as ameaças por parte do

agressor atemorizam as vítimas (ACOSTA et al., 2015; FONSECA, RIBEIRO, LEAL, 2012; LETIERRE, NAKANO, 2011).

Já, na segunda periferia, quadrante inferior direito, estão os termos “submissão” e “família” apresentando baixa frequência e menor importância pela ordem evocada. Cabe destacar que a periferia permite a interface com a realidade, orientando as ações e reações do sujeito frente à representação (ABRIC, 2000). A submissão configura o polo inverso da dominação-exploração que, segundo a ideologia patriarcal, legitima ao homem, ao patriarca, o poder sobre a mulher (SAFFIOTI, 2011). Portanto, pode ser entendida como causa ou consequência das agressões.

O elemento “família” pode revelar-se tanto com sentido negativo quanto positivo. Negativo porque a VDCM atinge todos os membros, fragilizando o núcleo familiar; e positivo, pois é na família que as mulheres podem encontrar o amparo para romper com ciclo da violência.

6.2.1 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo o hospital de atuação

Primeiramente apresentou-se os quadros de quatro casas e, posteriormente, de maneira esquemática, expôs-se os elementos do núcleo central, da zona de contraste e do sistema periférico, a fim de facilitar a explanação da análise comparativa. As 46 enfermeiras que atuavam no Hospital Universitário evocaram 229 termos frente ao indutor “VDCM”, sendo 67 diferentes. A O.M.E foi de 3, a frequência média e mínima foi de 10 e 6, respectivamente.

Quadro 2. Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam no HU frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 10	agressão física	21	2,381	medo	14	3,643
	agressão	11	2,273			
	desrespeito	10	2,600			
	dor	10	2,200			
< 10	humilhação	9	2,667	cultura	6	4,000
	agressão verbal	8	2,250	desesperança	6	4,500
	depend financeira	6	2,667	machismo	6	3,833

O próximo quadro apresentado contempla as evocações geradas pelas enfermeiras que trabalhavam na Santa Casa, totalizando 266 palavras, com 80 diferentes. O Rang foi de 3 e as frequências média e mínima foram de 9 e 5.

Quadro 3. Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam na Santa Casa frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 9	agressão física	15	2,000	medo	14	3,357
	agressão	10	1,500	desrespeito	14	3,071
	abuso	9	2,000	humilhação	9	3,111
	agressão verbal	9	2,222	impotência	9	3,778
< 9	covardia	8	2,500	família	8	3,375
	inaceitável	8	2,750	coação	7	3,571
	agressão moral	6	2,833	raiva	7	3,286
	submissão	6	3,000	indignação	5	3,400

A categoria hospital de atuação, quando analisada separadamente, indica que as representações da VDCM, entre as enfermeiras, têm constituição diferente. No NC os elementos “agressão” e “agressão física” são comuns aos dois grupos e os termos mais frequentes em cada. A agressão física reforça os conteúdos representacionais da VDCM, além de conceber a dimensão imagética do fenômeno. Para Moscovici (2012) a imagem é idealizada como um reflexo interno da realidade externa, neste caso, expressada pelas marcas no corpo da vítima.

No que se refere aos prováveis elementos nucleares, verbalizados pelas profissionais do HU, o termo “dor”, evocado em primeiro lugar, representa a esfera subjetiva, atribuída à sensação física e psicológica da vítima em relação ao ato violento. Provavelmente, esse elemento remete-se às consequências da “agressão física”, elencada 21 vezes. Segundo discursos de vítimas, as dores no corpo resultam tanto do comprometimento à integridade física como também derivam de respostas somáticas, inflamatórias e imunológicas devido a violência (NETTO et al., 2014).

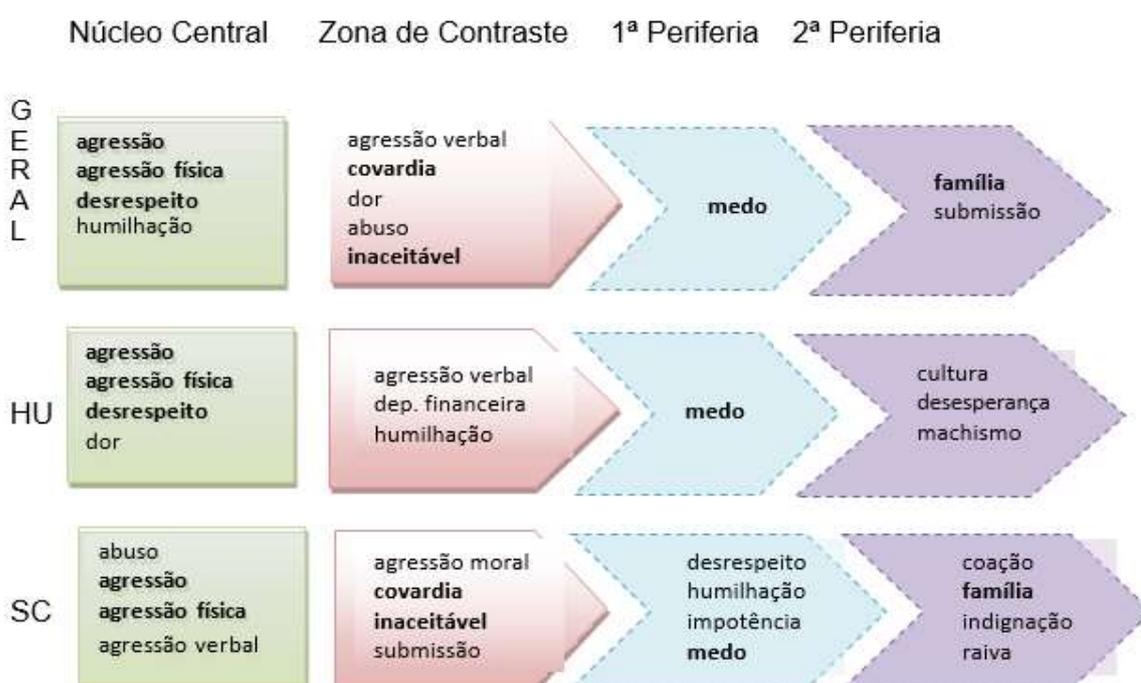
Para as enfermeiras da Santa Casa o NC foi constituído, na sua totalidade, por evocações que aludem a formas de violência. “Abuso” fundamenta-se nas questões de gênero e poder do homem, podendo estar apoiado na representação da VDCM como algo naturalizado no senso comum. Juntamente com o termo “agressão

verbal”, com menor ordem de importância, revela um subgrupo de enfermeiras que possui uma variação da representação, pois, se comparado com o quadro geral, ambos os termos, que eram da zona de contraste (Quadro 1), figuram no NC.

Segundo Sá (1998, p. 77), para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes, caso contrário, trata-se de “estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem os dois grupos”. Essa assertiva vai ao encontro dos conteúdos representacionais encontrados. Cabe ressaltar que as profissionais da Santa Casa foram as que mais participaram de cursos e palestras acerca da VDCM, o que pode revelar maior aprofundamento nos aspectos teóricos sobre o objeto de estudo.

O esquema a seguir expõe a estrutura da representação social, segundo os hospitais de atuação das enfermeiras. Nele evidenciam-se os elementos do NC, da Zona de Contraste e da Periferia; as palavras em negrito são comuns ao quadro geral. Os pontilhados, nos formatos que correspondem à primeira e segunda periferias, simulam a flexibilidade do sistema periférico e a influência da realidade na representação.

Figura 20. Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o hospital de atuação das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Na zona de contraste do primeiro grupo, o elemento “dependência financeira” apresenta uma cognição negativa com alusões de que a mulher dependente financeiramente está mais sujeita à VDCM. Essa pode estar mais exposta à “humilhação”, nove vezes enunciada, e à “agressão verbal”. Do mesmo modo, o universo das enfermeiras da Santa Casa mostrou que a representação da VDCM está centrada na percepção da mulher como submissa frente ao termo “submissão”, e do homem como covarde, sendo “covardia” o mais prontamente enunciado. Nesse grupo, ainda surge o termo “agressão moral”, uma expressão da violência doméstica, antes não mencionada, e que é reconhecida pela Lei Maria da Penha.

A submissão permanece como um modelo social de comportamento da mulher em relação ao homem, podendo estar atrelada à própria dependência financeira e emocional, à vontade de manter o núcleo familiar ou mesmo à esperança de que o parceiro mude; levando a eventos cíclicos de violência (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Portanto, os conteúdos representacionais da zona de contraste expressam que a VDCM é, em parte, voltada à culpabilização da mulher por ser submissa e dependente.

Na primeira periferia o elemento “medo” está presente em ambos os grupos, porém foi mais evidente entre as enfermeiras do HU, por ser o único presente nesse quadrante. Este sentimento, associado à submissão, mantém as mulheres presas à violência. Estudo transversal, integrante do *WHO Multi-country Study*, com mulheres vitimadas pelos parceiros, identificou que as vítimas se submetem à violência sexual por medo do que o companheiro possa fazer (SCHRAIBER et al., 2007).

O medo, demonstrado pelas mulheres, se concretiza diante das ameaças feitas pelo agressor, ou mesmo pelo receio de serem abordadas em âmbito público (SOARES et al., 2013). Profissionais da saúde de uma unidade de saúde da família também reconheceram que muitas mulheres omitem a situação de violência devido ao medo de não serem compreendidas, de se exporem e devido à insegurança pessoal (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

O medo se traduz, muitas vezes, em “impotência”, termo elencado pelas enfermeiras da Santa Casa. Pode referir-se tanto à vítima, diante da irresolubilidade do problema, apesar da LMP; quanto à inércia do profissional da saúde, seja pelo despreparo, seja pelo medo frente à dominação masculina (OLIVEIRA, FONSECA, 2007; SOARES et al., 2013). De acordo com as enfermeiras que trabalhavam na SC, esse hospital, que possui uma unidade especializada no tratamento de queimados, é

referência no atendimento às vítimas que sofrem violência física. Assim, ao ponderar que esse tipo de violência é explícita, podendo desencadear reações e emoções, nas profissionais, acredita-se que esse grupo elenca a impotência perante as situações, relevantes, vivenciadas na prática clínica.

A segunda periferia é marcada por elementos que fazem menção ao agressor, expressados pelo “machismo”, mais espontaneamente evocado entre as profissionais do HU; e “coação”, presente no universo consensual do segundo grupo. Os termos “indignação” e “raiva”, com maior ordem de importância para as enfermeiras da Santa Casa, e “desesperança” entre as que atuavam no HU, expressam os conteúdos atitudinais em relação à violência.

Apoiada na realidade, a representação, constituída por esses elementos, exhibe diferentes emoções despertadas nas profissionais durante a assistência à mulher que sofre violência, marcada pelo medo, desesperança, raiva e impotência. Esses sentimentos, aflorados pelo impacto que a situação gera, corroboram que a VDCM apresenta-se como um fenômeno difícil e penoso não somente para a usuária do serviço, mas também para os profissionais que a assistem (VIEIRA, PADOIN; LANDERDAHL, 2009). Na fala de mulheres vitimadas, há sentimentos conflituosos, de raiva de si mesmas, por não terem forças para agir e se submeterem às agressões (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Por outro lado, a raiva desencadeia na mulher uma força, levando-a a formalizar a queixa contra o agressor (JONG; SADALA; TAKANA, 2008).

A palavra “coação” reforça o machismo e juntamente com a “cultura”, elencada seis vezes pelas profissionais do HU, servem como justificativa para a ocorrência da VDCM. No caso das relações conjugais e de gênero, o poder e a valorização do homem traduzem sua superioridade, legitimada pela sociedade. Em geral, quando acusados, os agressores reconhecem seus excessos como um momento de fraqueza, mas justificam que primeiro buscam avisar, conversar e, depois, se não são obedecidos, optam pela agressão (MINAYO, 2005).

6.2.2 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo a idade

Para esta comparação criou-se um grupo de 47 enfermeiras com mais de 35 anos e outro com 53 enfermeiras com menos de 35 anos, mantendo-se assim

equilibrado o quantitativo de sujeitos em cada grupo. As enfermeiras com menos de 35 anos evocaram frente ao termo indutor “VDCM”, 261 palavras, sendo 71 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação foi três, a frequência mínima 7 e a frequência média igual a 11. A análise desse conjunto de dados resultou no seguinte quadro de quatro casas.

Quadro 4. Estrutura da representação social das enfermeiras com menos de 35 anos frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 11	agressão física	18	2,278	medo	14	3,929
	desrespeito	17	3,000	humilhação	13	3,154
	agressão	13	1,692			
< 11	abuso	7	2,000	Impotência	8	3,625
	agressão verbal	7	2,000			
	inaceitável	7	2,571			
	submissão	7	2,857			

Entre as profissionais com idade maior ou igual a 35 anos foram evocadas 234 palavras, com 77 diferentes. O *Rang* foi de 3 e as frequências média e mínima foram de 9 e 6.

Quadro 5. Estrutura da representação social das enfermeiras com mais de 35 anos frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

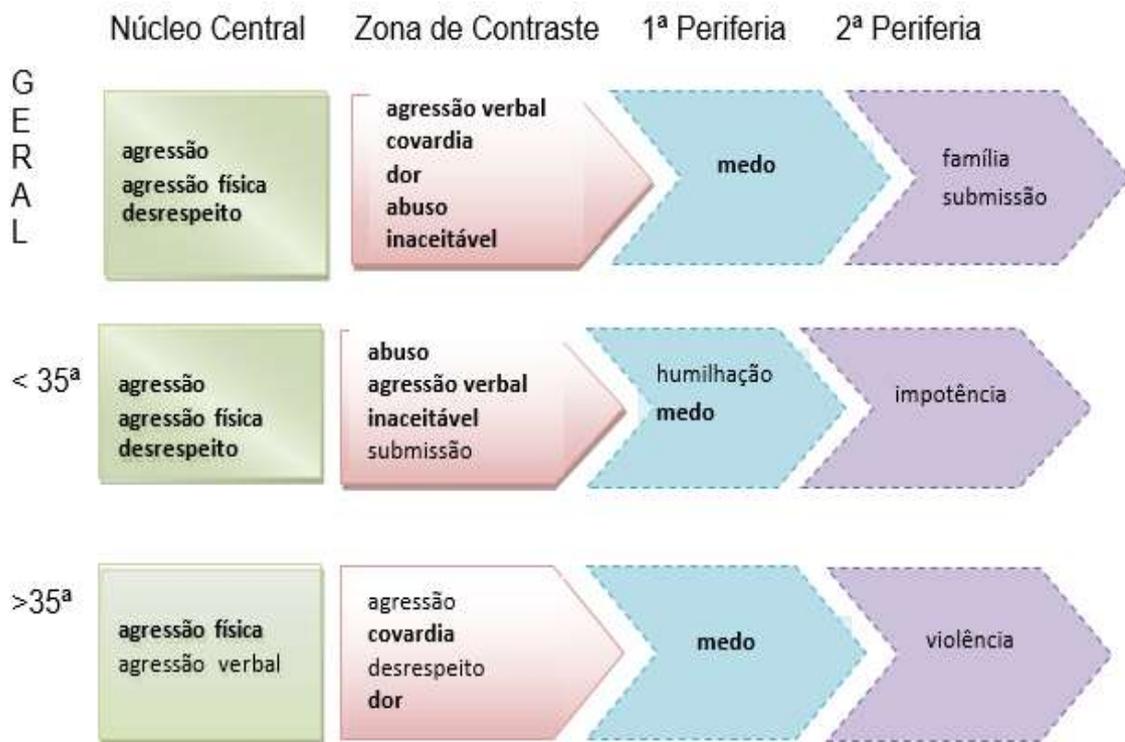
Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 9	agressão física	18	2,167	medo	14	3,071
	agressão verbal	10	2,400			
< 9	Agressão	8	2,250	violência	6	3,167
	covardia	7	1,714			
	desrespeito	7	2,571			
	dor	7	1,857			

A “agressão física” é o termo central mais frequente nos dois grupos, reforçando ser a forma de violência mais reconhecida. Esse tipo de ato violento vem se repetindo ao longo dos tempos, acompanhando os ditos populares “tapinha de amor não dói” e “mulher gosta de apanhar”. Assim, apoiado no passado, representa a

permanência dessas cognições na situação atual. “Agressão verbal” foi um dos elementos nucleares evocados mais imediatamente pelas enfermeiras com mais idade, ao passo que aparece na zona de contraste para as mais jovens. Aquele é outro subgrupo que emerge da conjectura do quadro geral, frente à presença desse termo no NC.

Os elementos do NC das enfermeiras com mais de 35 anos aludem apenas a expressões de violência. Tal consenso pode advir do contato, frequente, nos serviços de saúde, com mulheres vitimadas. Além disso, pela maior idade, podem conhecer mais casos de VDCM tanto na família quanto entre pessoas conhecidas, o que pode justificar esse universo consensual.

Figura 21. Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo a idade das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Na zona de contraste percebe-se que os elementos são dissonantes, o que pode revelar a influência das crenças e valores de cada grupo. As representações quando partilhadas por todos os membros são denominadas de hegemônicas; ou podem ser emancipadas, quando possuem certo grau de autonomia, em

consequência da circulação do conhecimento e das ideias pertencentes a subgrupos (SÁ, 1996). Todavia, a heterogeneidade do sistema periférico não é sinal da existência de representações diferentes, pelo contrário, constitui elemento essencial nos estudos dos processos de transformação, sendo um indicador importante nas modificações futuras (ABRIC, 2000).

O termo “inaceitável”, na zona de contraste, entre as mais novas, remete ao julgamento do fenômeno. Infere-se que esse grupo etário possua uma visão mais rígida sobre a VDCM, ou seja, não toleram as agressões contra a mulher, provavelmente pelo espaço temporal e por todo um contexto que separa os grupos de 20 a 34 anos e de 35 a 59 anos. Nesta linha de pensamento, citam-se a criação das delegacias especializadas, em 1985; as campanhas de prevenção à violência contra a mulher; os disque-denúncia, entre outros, que surgiram mais recentemente para assegurar e divulgar os direitos das mulheres.

Contudo, o termo “submissão”, enunciado por esse grupo, mantém a imagem da mulher como sujeita ao homem ou como culpada por manter-se na condição de vítima. Em estudo realizado no Peru foi observado que as mulheres vitimadas pelos parceiros concebem a violência como uma enfermidade crônica, atrelada ao longo tempo em que vivenciam a situação na relação (GUZMÁN; TYRREL, 2008). Já o termo “covardia”, evocado mais prontamente no grupo das enfermeiras com mais de 35 anos, qualifica os atos do agressor, que por meio de suas práticas violentas causa “dor” nas vítimas.

Assim, evidencia-se que entre as profissionais mais jovens os conteúdos representacionais sobre a VDCM são relacionados à mulher; enquanto que as mais velhas associam o objeto à supremacia masculina, evidenciada pela covardia.

Na primeira periferia, destaca-se o termo “medo” na representação de ambos os grupos. Ressalta-se que o sistema periférico é sensível ao contexto, sendo assim, infere-se que, mesmo com a LMP, vítimas e profissionais são reféns diretos e indiretos desse fenômeno. A descrença na lei leva ao medo, visível nas falas de quem já vivenciou a violência: “Eu já vi homem dizer que depois da Lei Maria da Penha é melhor matar do que bater ou espancar, porque ele já paga tudo de uma vez” (SOARES et al., 2013, p. 30). Com a lei, as denúncias aumentaram, os crimes contra a mulher ficaram mais evidentes; no entanto, falta fiscalização, capacitação dos profissionais do âmbito policial e jurídico, bem como infraestrutura adequada nos serviços.

Por fim, o reflexo da morosidade dos trâmites legais, o despreparo dos profissionais da saúde, o receio de serem perseguidas pelo agressor traduzem-se em “impotência”, único elemento da segunda periferia elencado pelas enfermeiras com menos de 35 anos.

6.2.3 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca da VDCM segundo o ano de graduação.

Para a comparação segundo o ano de graduação, dividiu-se o grupo entre as formadas antes e após 2008, devido ao melhor quantitativo para realizar a análise comparativa. As evocações das 47 enfermeiras que se graduaram no ano de 2008 ou antes, totalizaram 234 palavras, sendo 74 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação foi três, a frequência mínima 6 e a média 9.

Quadro 6. Estrutura da representação social das enfermeiras graduadas antes de 2008 frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 9	agressão física	17	1,882	medo	15	3,200
	agressão verbal	9	2,778			
< 9	agressão	8	2,250	machismo	7	3,714
	dor	8	1,875	cultura	6	3,333
	desrespeito	7	2,286	crueldade	6	3,833
	humilhação	7	2,714	família	6	3,667

Um total de 53 enfermeiras, formadas após 2008, responderam às evocações frente ao termo indutor “VDCM”, contabilizando 261 palavras, sendo 69 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação foi três, a frequência mínima 6 e a média igual a 9. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas a seguir.

Quadro 7. Estrutura da representação social das enfermeiras graduadas depois de 2008 frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

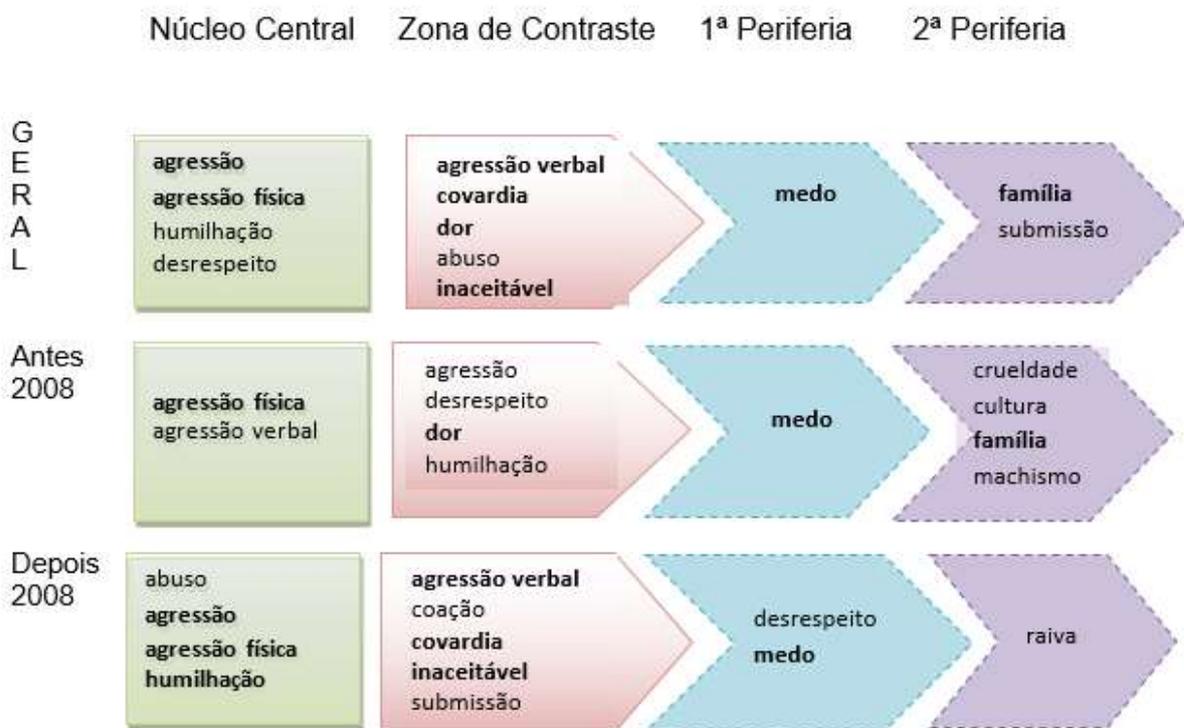
Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 9	agressão física	19	2,526	desrespeito	17	3,118
	agressão	13	1,692	medo	13	3,846
	humilhação	11	3,000			
	abuso	9	2,000			
< 9	agressão verbal	8	1,625	raiva	6	3,333
	covardia	8	2,125			
	inaceitável	7	2,571			
	coação	6	2,833			
	submissão	6	2,333			

No NC das enfermeiras graduadas antes de 2008 o termo “agressão verbal” mostra mais uma variação da representação deste grupo com o geral. Tais profissionais, provavelmente, tenham mais de 35 anos de idade, podendo justificar essa diferenciação em ambas as categorias. Na mentalidade patriarcal, que ainda se mantém na sociedade, o homem atualiza e reatualiza o controle sobre a mulher, por vezes como forma de imposição de condutas, de afazeres domésticos e de obediência, obtidas muitas vezes por meio de agressão (MINAYO, 2005).

Os elementos “agressão” e “abuso” no NC das formadas há menos tempo podem conter outras dimensões da violência, pois são termos gerais que não se limitam apenas a uma interpretação. No entanto, o termo “agressão verbal”, entre as formadas há mais tempo mostra, claramente, outra expressão da VDCM. Atualmente, na literatura nacional e internacional, há menção da necessidade de capacitação dos profissionais da saúde diante desse fenômeno (ELLSBERG et al. 2015; GOMES, ERDMANN, 2014; GOMES et al., 2009).

Embora a problematização da VDCM nos currículos universitários tenha sido deficitária, a discussão com os estudantes tende a ser mais evidente depois de 2006, pela vigência da LMP e da visibilidade do fenômeno na mídia, podendo ampliar o entendimento sobre o contexto da violência.

Figura 22. Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o ano de graduação das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Percebe-se que os elementos atitudinais “inaceitável”, “submissão” e “covardia” marcam a zona de contraste daquelas que concluíram o curso havia menos tempo, enquanto que os de caráter subjetivo como “dor” fazem parte dos conteúdos da representação das enfermeiras formadas havia mais tempo. Nesse sentido, é possível que a menor experiência profissional, ou mesmo a conclusão da graduação após a legislação sejam fatores relevantes quando se trata do julgamento e da rejeição do fenômeno pelas enfermeiras.

Anos de trabalho têm sido relatados como um fator que interfere negativamente na sensibilidade ou na paciência do profissional com as clientes. Por outro lado, a experiência profissional forma uma opinião concreta e um conhecimento da realidade da enfermagem como profissão (SILVA et al., 2006).

Na segunda periferia do quadro das enfermeiras formadas depois de 2008, mantém-se a dimensão atitudinal expressa pelo único elemento “raiva”. Entre as formadas antes de 2008, “crudeldade” também expõe o posicionamento sobre o objeto. Os termos “machismo”, mais frequente, e “cultura”, mais prontamente evocado,

podem reforçar a naturalização do fenômeno ou mesmo mostrar um posicionamento de repulsão à sociedade machista.

6.2.4 Análise comparativa da estrutura das representações sociais das enfermeiras acerca da VDCM segundo o estado marital

Optou-se por fazer uma análise comparativa entre as enfermeiras com e sem parceiro fixo. Sessenta e oito enfermeiras, com companheiro, evocaram 335 palavras, sendo 83 diferentes. A O.M.E foi de 3, a frequência média foi de 12 e a mínima de 8.

Quadro 8. Estrutura da representação social das enfermeiras com parceiro frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 12	agressão física	19	2,000	medo	20	3,400
	desrespeito	18	2,500			
	agressão	16	1,938			
	humilhação	14	2,786			
< 12	abuso	10	2,600	família	8	3,625
	agressão verbal	9	2,333	raiva	8	3,625
	dep financeira	8	2,750			
	dor	8	2,000			
	submissão	8	2,875			
	agressão moral	8	2,625			

As 42 enfermeiras sem parceiros evocaram um total de 160 palavras evocadas, sendo 60 diferentes. O Rang foi de 3 e as frequências média e mínima foram de 6 e 4, respectivamente.

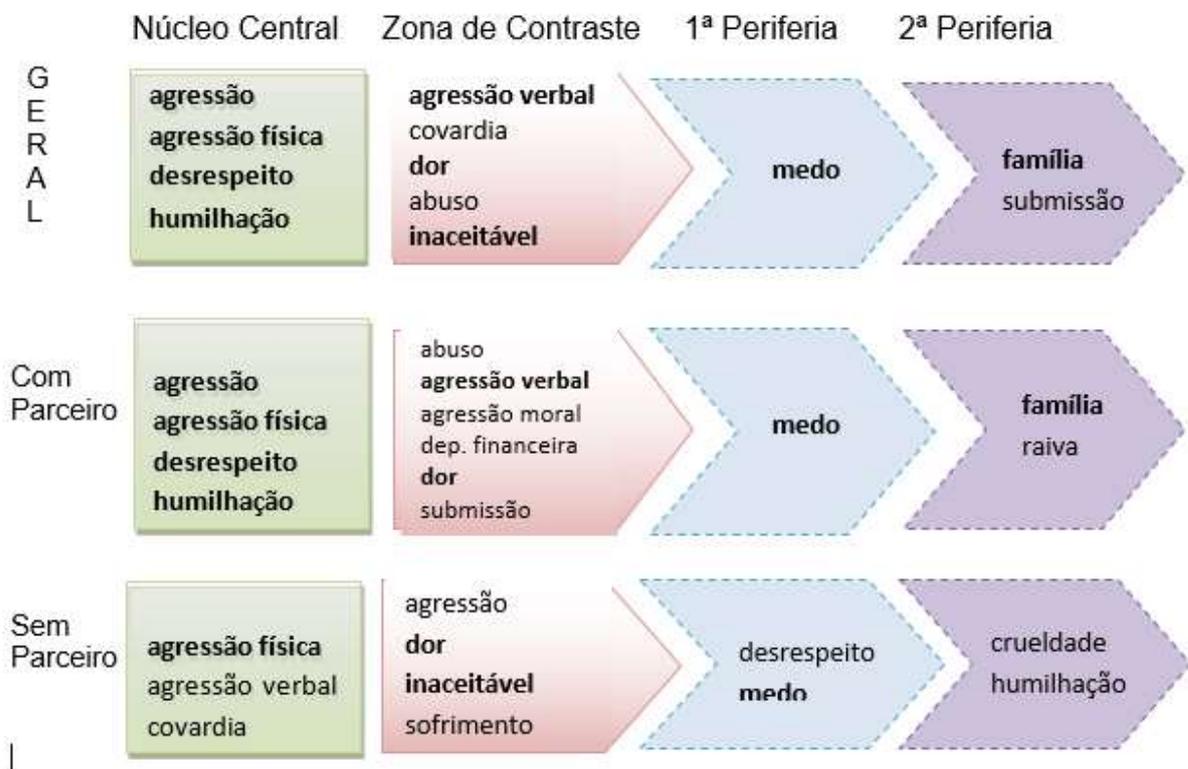
Quadro 9. Estrutura da representação social das enfermeiras sem parceiros frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 6	agressão física	17	2,471	medo	8	3,750
	agressão verbal	8	2,125	desrespeito	6	4,000
	covardia	6	1,333			
< 6	agressão	5	1,800	crudeldade	5	3,600
	dor	5	2,000	humilhação	4	3,250
	inaceitável	4	2,750			
	sofrimento	4	2,000			

De acordo com os quadros e com os esquemas, no NC de ambos, assim como em todas as comparações, se mantém o termo “agressão física”, mostrando que esse conteúdo está fortemente arraigado na representação dos grupos sociais. Porém, entre as enfermeiras sem parceiros consta, ainda, o termo “agressão verbal”, como dimensão conceitual da VDCM.

“Covardia”, no NC das enfermeiras sem parceiro, expressa o julgamento do objeto, assim como “desrespeito”, evidenciado no NC daquelas com parceiro, mostrando a dimensão atitudinal do objeto em ambos grupos. O termo “humilhação” expressa as manifestações da violência no cotidiano. Um estudo realizado com vítimas de violência doméstica identificou a presença de humilhações na relação conjugal, quando o parceiro utilizava palavras depreciativas para atingir a companheira por meio das expressões ‘merda, horrorosa, obesa, imprestável, só serve para limpar o chão’ (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). A Figura 23 expõe a localização e a comparação de tais termos.

Figura 23. Esquema comparativo das evocações acerca da VDCM segundo o estado marital das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

O elemento nuclear “agressão verbal”, entre as profissionais sem companheiro, revela mais um subgrupo com essa representação, diante do aparecimento do termo no NC. Em ambos os grupos existem elementos funcionais (agressão, agressão física, agressão verbal) associados à inscrição do objeto nas práticas sociais e elementos normativos (covardia e desrespeito) originados do sistema de valores dos sujeitos.

Conforme evidenciado na Figura 23, chamam a atenção os termos “submissão” e “dependência financeira”, que não constam na zona de contraste daquelas sem parceiro. Já, nesse grupo, o termo “inaceitável” pode revelar o julgamento externo ao fenômeno, ratificado pelo fato de não ter companheiro.

A dependência financeira é um dos fatores associados à VDCM dificultando a saída da relação violenta (OLIVEIRA et al., 2009). O fato de ser evocado pelas enfermeiras com companheiro, assim como o elemento “submissão”, pode exibir a influência das experiências e histórias individuais na representação.

“Dor”, presente na zona de contraste, e “medo”, na primeira periferia de ambos os grupos, constituem cognições sentimentais negativas, que podem expressar o que a vítima sente. Além disso, como relatado, o medo, presente em todas as análises prototípicas, pode revelar o sentimento das enfermeiras frente ao agressor.

“Família”, termo presente na segunda periferia daquelas com parceiro, pode indicar a percepção de que a VDCM também recai sobre os componentes da família, desestruturando o ambiente familiar. Sabe-se que a violência não atinge só a vítima, e sim todos aqueles à sua volta, incluindo os filhos (ACOSTA et al., 2015). É nessa conjuntura que mulheres vitimadas podem ganhar forças para pôr fim no relacionamento, com o objetivo de proteger a família.

6.3 Estrutura da representação social de enfermeiras acerca do “cuidado à vítima”

No que se refere às evocações pronunciadas diante do termo indutor “cuidado à vítima” obteve-se um total de 486 palavras, sendo 61 diferentes. A ordem média de evocação foi 3, a frequência média igual a 22, e a mínima de 13, equivalendo a um aproveitamento de mais de 60,0% do *corpus*. A determinação das frequências, bem como do *Rang*, gerou o Quadro de Quatro Casas a seguir.

Quadro 10. Estrutura da representação social das enfermeiras frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 22	cuidado psicossocial	41	2,122	orientação	30	3,133
	apoio	33	2,818	assistência	26	3,192
	proteção	29	2,828			
	atenção	24	2,625			
< 22	acolhimento	20	2,250	cuidado	16	3,688
	cuidado físico	16	2,938	encorajar	16	3,250
	ouvir	14	2,143	respeito	14	3,143
				profissionalismo	13	3,846

Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015

Na análise geral do quadro de quatro casas evidenciam-se cinco dimensões do cuidado. No quadrante superior esquerdo situa-se a dimensão psicossocial representada pelo termo “cuidado-psicossocial”. Esse termo foi citado 41 vezes, aparecendo 17 vezes em primeiro lugar, 12 em segundo lugar, cinco na terceira posição, quatro e três vezes nas últimas colocações, respectivamente. Foi o termo com menor O.M.E. e maior frequência entre os termos, o que traduz sua importância. Os outros prováveis elementos nucleares “apoio”, “proteção” e “atenção” de certa forma reforçam a dimensão do cuidado psicossocial.

Os termos “apoio” e “atenção” revelam um conteúdo avaliativo afetivo no cuidado às vítimas. O cuidar implica um movimento direcionado a algo ou a alguém que é alvo de interesse. É, além de tudo, uma “ação moral para satisfazer, aliviar, ajudar, confortar, apoiar”, favorecer o bem do outro (WALDOW, 2008, p. 66). Considerando que o cuidado não é exatamente uma técnica, como um curativo, mas a preocupação, o interesse, a motivação, esses termos figuram a relação/interação entre profissional e cliente, reforçando o lado humanístico do cuidado. Nessa concepção, somam-se o apoio relacional e institucional, representados pelo amparo judicial, social e familiar da vítima, conforme o vocabulário de padronização de termos (APÊNDICE E).

O suporte prestado por meio dos serviços voltados às mulheres em situação de violência tem sido destacado como coadjuvante no processo de resiliência das

vítimas (LABRONICI, 2012). A palavra “atenção”, enunciada com menor frequência, remete à valorização da mulher e da queixa, bem como à dedicação no processo de cuidar.

Por fim, o elemento “proteção”, com um sentido amplo, contempla a intenção de promover o bem-estar, de manter o ser seguro, minimizando os riscos e sua vulnerabilidade, aspectos esses adjacentes ao cuidado (WALDOW, 2008). Seu significado também se projeta à família, bem como faz menção à necessidade de proteção pública às vítimas.

No quadrante inferior esquerdo, onde estão os elementos mais prontamente evocados e com baixa frequência, situam-se os termos “acolhimento”, que mais se repetiu, evidenciando que acolher, dar prioridade no atendimento, promover espaço de escuta são fundamentais no cuidado à vítima. O acolhimento, como postura, reforça as relações entre equipe e usuário, pois envolve o escutar e tratar de forma humanizada abrindo as portas para o diálogo. O termo “ouvir”, evocado mais prontamente, integra o acolhimento e, juntos, reforçam os conteúdos do núcleo central.

O “cuidado físico” integra a segunda dimensão do cuidado e, por situar-se na zona de contraste, pode revelar a existência de um subgrupo minoritário portador de uma representação diferente (OLIVEIRA et al., 2005). Discursos de profissionais revelam a identificação da violência quando se apresenta de maneira explícita (BERNZ; SALEMA; LINDNER, 2012). É comum valorizarem as queixas físicas, na condução do cuidado, e fundamentarem-se nos processos biológicos (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Destaca-se que o cuidado físico integra a ação do cuidar, no entanto, o cuidado só é concretizado quando a cuidadora se envolve e se compromete com o ser cuidado de forma interativa (WALDOW, 2008).

Na primeira periferia, quadrante superior direito, os termos “orientação” e “assistência” expressam outras dimensões do cuidado; a educativa e a técnica, respectivamente. Esses elementos periféricos da representação são claramente prescritivos de práticas profissionais revelando que o cuidado à vítima busca um bem-estar físico, psicológico e social.

A orientação faz parte das funções da enfermagem. No conjunto das evocações, incluem-se o esclarecimento à vítima sobre os seus direitos, o aconselhamento, a orientação sobre o autocuidado, sobre as recidivas e a denúncia do agressor. Observam-se, assim, de maneira mais intrínseca, o caráter preventivo

do fenômeno e a influência da realidade frente ao termo indutor, característica própria do sistema periférico.

A enfermagem utiliza os conhecimentos para alicerçar uma prática educativa, visando à reflexão e à conscientização necessárias para que os sujeitos possam cuidar-se e fazer escolhas conscientemente. A indissociabilidade entre o cuidar e o educar é o paradigma para o desenvolvimento profissional em saúde, versando, entre outros aspectos, nos saberes de forma criativa, estética, ética, política e técnica (FERRAZ et al., 2005; WALDOW, 2008).

Orientar exige conhecimento que, por sua vez, compreende o aprender a aprender, o aprender a fazer, o aprender a conviver e aprender a ser (WALDOW, 2009). No contexto da VDCM, bem como nas demais situações de saúde/doença, o enfermeiro precisa levar em consideração a subjetividade, a singularidade, a diversidade que distingue cada ser humano, adotando um cuidado particular.

Por outro lado, o termo “assistência” remete ao cuidado curativista com certa preocupação na organização institucional e no modelo de atendimento às mulheres. De acordo com o vocabulário de padronização, esse elemento remete, diante do cuidado à vítima, à necessidade de atendimento multidisciplinar, de um ambiente preparado para a manutenção da vida. Os exames, as sorologias, os procedimentos, os medicamentos, a avaliação primária e o tratamento representam a parte prática do fazer da enfermagem.

Salienta-se que a assistência diferencia-se do cuidado no que tange às ações desempenhadas, nesse caso, voltado às tarefas. Segundo Waldow (1998, 2001, p. 29) a assistência não necessariamente inclui o cuidar/cuidado, pois “ao prestar assistência pode-se não estar cuidando no sentido pleno que envolva responsabilidade, interesse e desvelo”.

Sabe-se que o fazer é muito valorizado entre os profissionais e, principalmente, os acadêmicos de enfermagem. Há longa data, *Cuidados de Enfermagem* têm sido usados, basicamente, em referência à execução de técnicas e de procedimentos nos pacientes, resultando de uma prescrição médica, relativa a um tratamento e associados a um problema patológico ou enfermidade (WALDOW, 2001, grifo da autora). Todavia, o cuidado é *com e para* o outro; é mais do que a intervenção *no* outro.

Na segunda periferia, quadrante inferior esquerdo, os elementos “cuidado”, “encorajar”, “profissionalismo” e “respeito” foram evocados mais tardiamente e apresentaram menor frequência. Cuidado e encorajar foram mais importantes pela

análise quantitativa. O encorajar é inerente ao processo de cuidar, forma como se dá o cuidado, e vai ao encontro do enfrentamento da experiência da violência. A palavra “respeito”, evocada mais prontamente nesse quadrante, se concretiza na maneira de interagir com o paciente; ouvindo-o, sendo honesto e sincero (WALDOW, 2001).

O termo “profissionalismo” revela a quinta dimensão do cuidado, expressando as características do profissional diante do atendimento à mulher em situação de violência. Despontam como atributos no cuidado à vítima a necessidade de agir com ética, de disponibilizar-se, de ter conhecimento, responsabilidade e visão sem críticas, marcando as dimensões éticas e estéticas do cuidado. Tal termo refere-se ao julgamento valorativo do profissional frente ao cuidado à mulher vitimada e, por integrar os conteúdos e a estrutura das representações sociais do cuidado, pode revelar a necessidade de abordar o objeto estudado com base no saber reificado e não somente por meio da subjetividade de cada profissional.

6.3.1 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca do cuidado à vítima segundo o hospital de atuação

As evocações das 46 enfermeiras que atuavam no Hospital Universitário somaram 225 palavras, sendo 47 diferentes; a O.M.E foi igual a 3,0; a frequência média de evocação igual a 12 e a mínima de 8. A análise combinada desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado a seguir.

Quadro 11. Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam no HU frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 12	proteção	18	2,833	orientação	19	3,368
	cuidado psicossocial	17	2,294	assistência	13	3,231
	apoio	13	2,538			
< 12	acolhimento	9	2,444	encorajar	9	3,111
	denúncia	8	2,000	atenção	8	3,250
				encaminhamento	8	3,125

Quanto às evocações pronunciadas pelas 54 profissionais do Hospital Santa Casa, foram citados 261 termos, com 51 diferentes. O *Rang* foi de 2,9 e as frequências média e mínima foram de 13 e 8, respectivamente.

Quadro 12. Estrutura da representação social das enfermeiras que atuavam na Santa Casa frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.

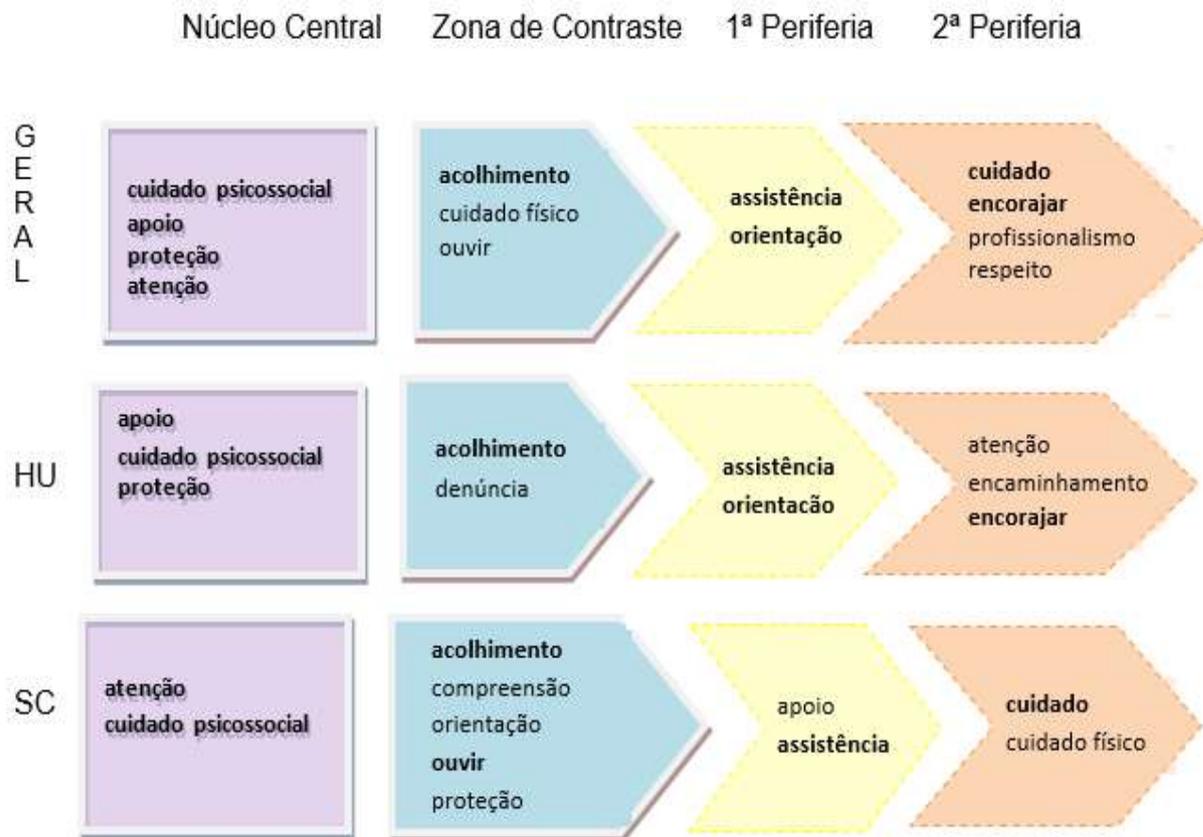
Freq Méd.	O.M.E < 2,9		O.M.E ≥ 2,9			
≥ 13	cuidado psicossocial	24	2,000	apoio	20	3,000
	atenção	16	2,313	assistência	13	3,154
< 13	acolhimento	11	2,091	cuidado	10	3,700
	orientação	11	2,727	cuidado físico	10	3,200
	proteção	11	2,818			
	ouvir	10	2,400			
	compreensão	8	2,125			

Observa-se que as enfermeiras do HU apresentam uma representação do cuidado à vítima semelhante à das profissionais da Santa Casa, comportando algumas particularidades no que se refere às dimensões do cuidado e às cognições afetivas e pragmáticas.

No NC de ambos os grupos, consta o termo “cuidado psicossocial”, que aparece como elemento nuclear em todas as comparações. Essa palavra remete à dimensão psicológica do cuidado e ganha reforço dos outros elementos presentes no NC, como o termo “apoio” entre as enfermeiras do HU e “atenção” entre as da SC. Assim, evidencia que o NC de ambos os grupos é formado por elementos afetivos com conotação positiva sobre o cuidado.

Historicamente, é reconhecida a influência direta dos ensinamentos de amor e fraternidade durante os movimentos para a construção da enfermagem como profissão. Tal concepção, evidente neste estudo, também se destaca em diferentes pesquisas que, ao discorrer sobre o cuidado, apresentaram esses mesmos princípios de atenção, apoio e ajuda (LEAL, LOPES, GASPAR, 2011; RODRIGUES, LIMA, RONCALLI, 2008). Entende-se que esses elementos integram a consensualidade entre a enfermagem, como um grupo que pertence à mesma identidade de classe. A Figura 24 expõe os elementos semelhantes em negrito, bem como a localização dos termos nos quadrantes.

Figura 24. Esquema comparativo das evocações acerca do cuidado à vítima segundo o hospital de atuação das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Uma das particularidades também pode ser observada na zona de contraste, diante do elemento “denúncia”, ainda não evidenciado, evocado apenas pelas enfermeiras do HU. Enquanto que grande parte dos conteúdos da representação restringe-se à esfera emocional, esse termo envolve a esfera objetiva, podendo ser atribuídos dois significados. Reforça a primeira periferia, diante da dimensão educativa do cuidado, concebida pelo elemento “orientação”. Profissionais da saúde costumam incentivar a denúncia dos casos de agressão à polícia, exercendo desta forma uma prática de esclarecimento aos direitos da mulher (HESLER et al., 2013).

Por outro lado, infere-se que o referido termo esteja atrelado a um presumido dever do profissional. Estudo realizado com técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde evidenciou o equívoco desses profissionais frente aos termos “denúncia” e a “notificação compulsória”, utilizando-os como sinônimos ao se referirem às suas responsabilidades legais (GOMES et al., 2015; SILVA et al., 2015).

Na Figura 24 observa-se que o elemento “acolhimento” integra a zona de contraste de ambos os grupos, reforçando não só o caráter humanístico, mas também o profissional. A associação entre acolhimento e denúncia foi evidenciada na representação de enfermeiras portuguesas acerca da violência contra a mulher. Quando instigadas a elaborar mentalmente expressões frente ao termo indutor ‘cuidar de uma mulher que procurou o serviço de saúde por ter sido agredida pelo atual ou ex-parceiro’, os termos evocados expressaram os sentimentos das enfermeiras relacionando o cuidado à indicação de denúncia (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Na primeira periferia do quadro de quatro casas dos dois grupos mantém-se a dimensão técnica do cuidado “assistência”, enquanto que a dimensão educativa “orientação” encontra-se nesse quadrante apenas entre as enfermeiras do HU. Perante a disposição desse termo, e considerando que o HU é uma instituição formadora de novos profissionais, acredita-se que as trabalhadoras desse hospital, na condição de coparticipantes do ensino, possuem uma prática e uma representação do cuidado à vítima influenciadas por esse meio.

Quanto à segunda periferia, onde se encontram os termos menos importantes para os sujeitos, o elemento “encaminhamento”, entre as enfermeiras do HU, abarca a necessidade do trabalho integrado entre diversos profissionais e instituições. “Cuidado” e “cuidado físico”, entre as profissionais da Santa Casa, expressam a dimensão pragmática do cuidado, revelando a interface social da representação do cuidado à vítima com a prática profissional.

6.3.2 Análise comparativa da estrutura da representação social das enfermeiras acerca do cuidado à vítima segundo a idade

As evocações das 53 enfermeiras com menos de 35 anos frente ao termo indutor “cuidado à vítima”, totalizaram 259 palavras, sendo 58 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação foi três, a frequência mínima oito e a frequência média igual a 12. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas a seguir.

Quadro 13. Estrutura da representação social das enfermeiras com menos de 35 anos frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 3,0		O.M.E ≥ 3,0			
≥ 12	apoio	21	2,762	orientação	12	3,083
	cuidado psicológico	19	2,053			
	atenção	15	2,467			
	proteção	13	2,692			
< 12	acolhimento	9	1,889	assistência	10	3,400
	denúncia	9	2,556	cuidado físico	9	3,222
	ouvir	8	2,375	profissionalismo	8	3,875

Quanto às evocações das 47 profissionais com idade igual ou maior a 35 anos, foram citados 227 termos, com 43 diferentes. O *Rang* foi de 2,9, a frequência média foi 11 e a mínima 6, sendo eliminados os termos abaixo desse valor.

Quadro 14. Estrutura da representação social das enfermeiras com mais de 35 anos frente ao termo indutor “cuidado à vítima”. Rio Grande/RS. 2014.

Freq Méd.	O.M.E < 2,9		O.M.E ≥ 2,9			
≥ 11	cuidado psicológico	22	2,182	orientação	18	3,167
	acolhimento	11	2,545	proteção	16	2,938
				assistência	16	3,063
				apoio	12	2,917
				encorajar	12	3,167
< 11	atenção	9	2,889	cuidado	9	3,667
	cuidado físico	7	2,571	respeito	9	3,111
	encaminhamento	7	2,429			
	humanização	6	2,000			
	ouvir	6	1,833			

Com relação aos elementos específicos do NC das enfermeiras com menos de 35 anos, assim como no quadro geral, permanecem os elementos de caráter humanístico, como o “apoio”, com maior frequência, “atenção” e “proteção”, bem como a dimensão psicossocial do cuidado, também evidenciada entre as com mais idade.

Por outro lado, o termo “acolhimento”, evocado apenas pelas profissionais com mais de 35 anos, pode revelar um subgrupo com variação da representação, frente

ao aparecimento desse termo no NC do subgrupo, antes situado na zona de contraste na análise geral (Quadro 10). Todavia, a localização no NC é questionável devido à sua frequência.

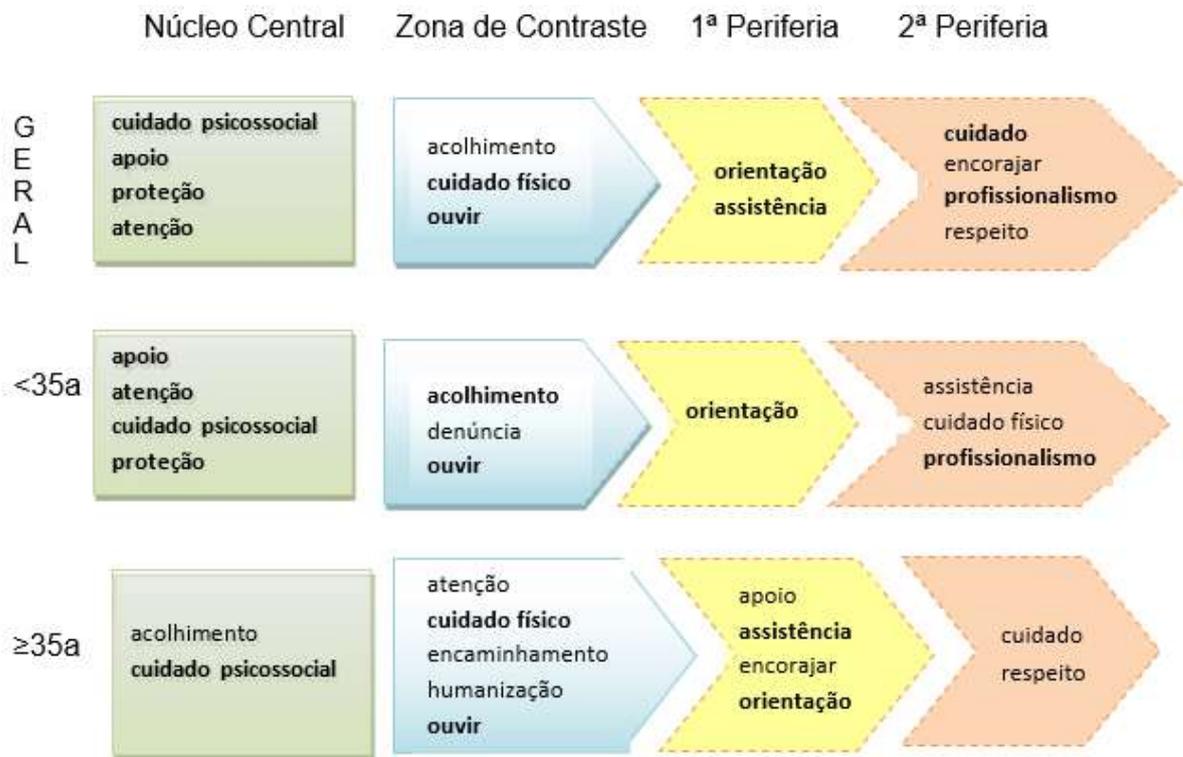
O acolhimento implica um atendimento que engloba o respeito ao cliente, a escuta qualificada, possibilita o acesso aos serviços e gera um atendimento humanizado, com vistas ao desenvolvimento de ações que intervenham nas esferas relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008). Acolher é uma ação que busca atender às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Assim, entende-se que pode e deve ser exercida por qualquer profissional e que depende tanto da equipe quanto da instituição.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma prática constitutiva das relações de cuidado, que funciona como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde; como postura, tecnologia de cuidado e como reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2013b). Revela, portanto, perspectivas e intenções na condução do cuidado à vítima.

Observa-se que o termo “acolhimento” está presente na zona de contraste das enfermeiras mais jovens, quadrante em que estão situadas as palavras com menor frequência, mas que foram mais prontamente evocadas. Ainda nesse quadrante o termo “ouvir”, comum aos dois grupos, reforça a dimensão humanística do NC.

Entre as enfermeiras com mais idade, ainda na zona de contraste, foi citado na segunda posição o termo “humanização”. Segundo a análise de Waldow e Borges (2011) sobre o cuidar e o humanizar, o cuidado engloba atos, comportamentos e posturas, enquanto que a humanização pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade, e a necessidade da construção de um espaço nas instituições que legitime o humano das pessoas. Para essas autoras é por intermédio do cuidado que as ações se humanizam.

Figura 25. Esquema comparativo das evocações acerca do cuidado à vítima segundo idade das enfermeiras.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Dessa forma, de acordo com a Figura 25, entende-se que pode haver, ao menos teoricamente, uma resignificação da representação do cuidado à vítima entre as enfermeiras com mais idade, devido à maior aproximação dos princípios científicos que norteiam o cuidado, revelados pelos elementos “acolhimento” e “humanização”. O cuidado sensível está no campo estético da profissão e não se separa do conhecimento técnico adquirido. Esse cuidar sensível abrange as relações entre os profissionais, a percepção com a sensibilidade do próprio profissional e do ambiente; como também o entendimento da subjetividade com a consequente humanização do cuidar (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONE, 2007).

Para Oliveira (2011) é possível perceber as dimensões formais e informais presentes na determinação do cuidado, o que demonstra a necessidade de verificar como e sob quais facetas essas concepções se manifestam, sejam elas mais técnicas, políticas, sociais, representacionais ou culturais.

Na primeira periferia a dimensão educativa foi comum aos dois grupos de enfermeiras, sendo o termo “orientação” o único presente nesse quadrante, para as mais jovens. A dimensão técnica, definida pela “assistência”, foi enunciada somente entre as profissionais com mais de 35 anos. No que se refere à segunda periferia desse grupo, a presença dos termos “respeito” e “cuidado” reforça a dimensão pragmática da representação. Já, entre as profissionais com menos de 35 anos, “assistência” e “cuidado físico” também parecem refletir o suporte da representação do cuidado à vítima na realidade, ou mesmo a necessidade de preparo do profissional para atuar, diante do termo “profissionalismo”.

Segundo Abric (2000) as informações novas ou as transformações do ambiente podem ser integradas na periferia da representação. Atualmente, são inúmeras as informações disponíveis sobre essa temática aos profissionais da saúde e à população geral. No entanto, percebe-se que esses subsídios ainda são buscados, em parte, de maneira informal, pois falta investimento das instituições para o aperfeiçoamento dos profissionais quanto aos aspectos éticos e legais que envolvem o processo de cuidar.

6.4 Articulação entre as representações e as práticas de cuidado

Neste tópico discorre-se sobre a relação e as particularidades entre as representações estudadas, o que possibilitou identificar diversos conteúdos e dimensões que compõem a representação social da “VDCM” e do “cuidado à vítima” para as enfermeiras. Também se faz uma breve discussão sobre as representações e as práticas de cuidado à vítima. Para tanto, primeiramente, se faz uma síntese das representações apreendidas.

Chamou a atenção, no quadro geral (Quadro 1), construído a partir do termo indutor VDCM, a expressão “agressão física”, elemento mais evocado no NC, nessa e em todas as análises prototípicas comparativas. “Agressão” e “desrespeito” foram os outros termos mais frequentes no NC. Com base nesses elementos, corrobora-se a função organizadora do núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação (ABRIC, 2000).

Os elementos nucleares traduziram uma representação estruturada, pois foram constituídos por conteúdos que expressaram conhecimento, imagem e atitude sobre o fenômeno. Os elementos de contraste reforçaram as noções presentes no núcleo

central por abarcarem um conteúdo relacionado ao julgamento do objeto estudado, bem como ao comportamento do agressor exemplificado pelos termos “inaceitável” e “covardia”; e um conteúdo referente ao conhecimento das enfermeiras sobre outras formas de atos violentos, tal como a agressão verbal.

Por meio desse elemento contranormativo, foi revelada a presença de um subgrupo com uma representação distinta da maioria. Ele foi composto pelas enfermeiras que atuavam na Santa Casa, com mais de 35 anos, que se graduaram antes de 2008 e sem companheiro fixo, evidenciado nas análises comparativas. Assim, a agressão verbal faz parte do universo consensual desses subgrupos como algo estável, rígido, mostrando o reconhecimento dessa forma de violência contra a mulher.

Infere-se que a representação da VDCM como algo inaceitável pode gerar duas facetas no que tange à conduta do profissional: primeiro pode ter um posicionamento de culpabilização da vítima; em segundo plano pode contribuir com o enfrentamento do fenômeno, visto ser algo que consideram intolerável, imperdoável, inadmissível, podendo desencadear a prática de ações que fortaleçam a autonomia e os direitos das mulheres, ou seja, um cuidado relacional.

A primeira e a segunda periferias foram constituídas por elementos que estabelecem a interface entre o núcleo central e a realidade concreta na qual são elaboradas e funcionam essas representações. Esses termos foram “medo” e “submissão”, dando uma conotação ainda mais negativa à representação. O termo “família”, com conotação negativa e positiva, expressou conteúdos relativos à extensão da violência doméstica aos familiares, bem como a importância do grupo familiar para que a vítima rompa com o ciclo de violência.

Além do quadro geral, o “medo” foi o elemento presente na primeira periferia de todas as análises comparativas, podendo referir-se tanto ao sentimento da vítima quando ao das enfermeiras frente ao agressor. Diante disso, a “impotência”, elencada pelas profissionais da Santa Casa e por aquelas com menos de 35 anos, apenas reforçou conteúdos relativos ao despreparo dos profissionais e à descrença na legislação protetiva.

No que se refere à estrutura da representação social do cuidado à vítima, de maneira geral, entende-se que a representação das enfermeiras apresentou poucas peculiaridades entre os subgrupos. Como visto, o principal conteúdo dessa representação centrou-se na dimensão psicossocial do cuidado, frente à maior

frequência e importância do termo “cuidado psicossocial”, tanto na análise geral quanto nas comparações entre os subgrupos. Outras dimensões do cuidado integraram a representação das enfermeiras, como a dimensão educativa – “orientação”, a dimensão técnica – “assistência”, a dimensão física – “cuidado físico” e a dimensão profissional – “profissionalismo”. Os conteúdos da representação também apontaram para a presença de cognições subjetivas e de um posicionamento positivo sobre o cuidado.

As análises comparativas apresentaram uma representação homogênea do cuidado à vítima, através de conteúdos que versaram sobre conhecimento, habilidades e sentimentos das enfermeiras frente ao cuidado às vítimas de violência doméstica.

O desenho a seguir, esquema figurativo da representação social da “VDCM” e do “cuidado à vítima”, apresenta a relação e as particularidades existentes entre ambas. Como mostra a Figura 26 cada representação foi elaborada por conteúdos próprios, mas que apresentam certa mutualidade, indicada pela área preta entre os círculos.

Figura 26. Esquema ilustrativo dos conteúdos representacionais da VDCM e do cuidado à vítima, entre enfermeiras hospitalares. Rio Grande, 2014.



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

De um lado, observa-se uma representação fundamentada no senso comum, cuja constituição ancora-se no pensamento coletivo da sociedade. Essa é a

representação das enfermeiras sobre a VDCM. Seus conteúdos apresentaram um linguajar comum, um sentido e uma finalidade, ao encontro de uma conversação que cria estabilidade, recorrência e uma base de significância entre os participantes.

Essa representação expressa a natureza do universo consensual, que restaura a consciência coletiva, explica os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis. Nesse universo, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres (MOSCOVICI, 2003). Observou-se que a elaboração mental e simbólica possui uma estreita relação entre a representação social e o contexto de vida das participantes do estudo.

Por outro lado, a representação do cuidado à vítima, pelas enfermeiras, é constituída, sobretudo, com base no conhecimento reificado perante a associação dos conteúdos às práticas de cuidado, aos aspectos institucionais e aos princípios científicos implicados no cuidar. Segundo Moscovici (2003) sua finalidade é estabelecer um mapa das forças, dos objetos e dos acontecimentos com uma precisão intelectual e evidência empírica. É no universo reificado que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico e sua compartimentalização em especialidades.

Soma-se a essa representação as ações relacionais entre profissional e cliente, reforçando a formalidade do cuidado. Para Waldow (2001) o cuidado envolve o desenvolvimento de ações, posturas e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizado para o outro e com o outro. A sensibilidade, a paciência, o respeito e a ética, associados ao conhecimento técnico-científico, são elementos fundamentais para o desempenho de um profissional reflexivo e comprometido com a qualidade do cuidado (MOTTA, 2004; WALDOW, 2008).

Perante essas colocações é possível afirmar que a representação do cuidado à vítima também é influenciada pela subjetividade das enfermeiras, ganhando atributos do universo consensual. Dessa forma, entende-se que a vivência das participantes em dois universos de pensamento – no universo consensual, como sujeitos sociais construtores do senso comum, e no universo reificado, como profissionais – provavelmente determinou uma construção híbrida da representação do cuidado à vítima.

Esse saber prático, assumido tanto como ação legitimada quanto como construção da realidade, possibilita um novo olhar, que não mais o “considera como

esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada, mas enquanto expressão das subjetividades, que se constituem em um dado espaço social” (OLIVEIRA, 2011, p. 598).

Assim, evidencia-se que ambas as representações possuem em comum conteúdos que remetem à subjetividade das enfermeiras. Essa subjetividade é representada pela área hachurada da Figura 26, a qual expressa os sentimentos, exemplificados pelo “medo” e pela “raiva” do agressor, no que tange à VDCM; e pelos termos “apoio”, “ouvir”, “atenção”, “encorajamento” em relação ao cuidado à vítima. Cabe destacar que esses elementos expressam a conotação relacional do cuidado, implícita no acolhimento e na humanização, mas também marcam a esfera individual e privativa das participantes.

Waldow e Borges (2011) alertam que há uma dificuldade ao buscar-se uma compreensão do cuidar, na Enfermagem, frente ao fato de o mesmo “transmitir sentimentalismo e suavidade”. Para Persegona, Lacerda, Zagone (2007) torna-se pertinente refletir sobre a dimensão humana do processo de cuidar de enfermagem, que envolve os sentimentos, as expectativas, as esperanças e desesperanças de cada ser, caracterizando a subjetividade do profissional.

Tal informação é importante na construção das representações sociais, pois essas têm como fundamento o indivíduo e os grupos sociais e só podem ser construídas a partir dos mesmos, enquanto vivenciam a tensão entre sua objetividade e subjetividade (MARQUES; OLIVEIRA; GOMES, 2004).

A fim de ampliar a discussão abordam-se, ainda, alguns componentes das produções mentais que compuseram as representações em estudo, em uma tentativa de discorrer sobre as representações e as práticas. Muitos são os autores que mencionam essa relação em seus estudos questionando: são as representações que determinam as práticas; são as práticas que determinam as representações; ou ambas estão em correlação? (MARQUES, 2006; OLIVEIRA, 2000; ROUQUETTE, 2000).

Cabe advertir que as práticas, neste estudo, se referem ao cuidado à vítima frente à representação da VDCM. Assim, o que se propõe não é comparar duas representações diferentes, mas tentar analisar em que perspectiva ocorre a relação entre as representações e práticas.

Dessa forma, se pondera sobre o destaque da dimensão psicológica na representação do cuidado à vítima, enquanto que na representação da VDCM foi

acentuada a questão física. A violência física é reconhecida na sociedade e preocupa pelas sequelas limitantes, e visíveis, que pode desencadear. Além disso, várias são as campanhas televisivas que mostram a imagem de mulheres marcadas na face para alertar sobre os recursos legais existentes nos casos de VDCM.

Na prática clínica, várias são as mulheres que chegam aos serviços de saúde com cortes, lesões contusas e traumáticas acarretadas no contexto da violência doméstica (GARCIA et al., 2008; MONTEIRO et al., 2006). Tais marcas facilitam a identificação desse tipo de violência entre os profissionais da saúde. Essas evidências podem, de certa forma, reforçar o aspecto físico na representação sobre a VDCM, em sua dimensão imagética.

Contudo, considerando a visibilidade e gravidade das sequelas físicas, bem como seu reconhecimento no senso comum, neste estudo houve destaque para o cuidado psicológico, presente no NC. Numa primeira vertente é possível inferir que no contexto do cuidado à vítima as enfermeiras entendem que essa dimensão é mais significativa, perante os transtornos ocasionados à mulher. Transtornos esses que não podem ser sanados com um procedimento técnico, por exemplo: a “dor da alma”, a cicatriz que marca uma vida de sonhos, não é facilmente tratada, nem mesmo curada, merecendo maior atenção. Nessa conjuntura, parece haver uma desvinculação da representação da VDCM e da prática.

Convém destacar que o cuidado não está sendo visto de maneira fragmentada perante a discussão das dimensões físicas e psíquicas. Sabe-se que a violência doméstica não ocorre isoladamente. Independente do tipo de agressão, geralmente, vem acompanhada de transtornos psicológicos em maior ou menor grau. Os agravos psicológicos são, muitas vezes, imensuráveis, pois desencadeiam sintomas que podem não ser perceptíveis.

Profissionais da saúde destacam que a baixa autoestima da mulher pode contribuir para a perenização da violência, reconhecendo a importância da saúde mental da vítima (FRANZOI; FONSECA; GUEDES, 2011). Como consequências, a literatura apresenta o isolamento das redes de apoio; ansiedade; fobia; o próprio adoecimento físico; maior tendência ao suicídio e ao uso de drogas; distúrbios na habilidade de se comunicar com os outros, de reconhecer e se comprometer, de forma realista, com os desafios encontrados na vida (OLIVEIRA; JORGE, 2007). Assim, a mulher se torna mais vulnerável na medida em que não é sujeito da sua própria vida (ANDRADE; FONSECA, 2008).

Uma segunda vertente, acerca daquela centralidade, leva em consideração o cuidado prestado por outros profissionais, no que tange à esfera mental. Guedes, Fonseca e Egry (2013) mencionam que, caso o profissional não reconheça a violência como um problema de saúde, no âmbito das práticas, o cuidado simplifica-se no encaminhamento a profissionais especializados em saúde mental. Na área médica, em nome da segurança na intervenção, os profissionais não hesitam em simplificar (reduzir à sua nosografia) o quadro de sofrimento das pacientes, identificando como um problema dos nervos, reduzindo o cuidado à ação de medicamentos (SCHRAIBER et al., 2003).

Nessa vertente, pode-se inferir que o cuidado à vítima seja representado como uma responsabilidade atribuída aos psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras. Dessa forma, pode haver influência dessa representação interferindo nas práticas de cuidado.

Por fim, quanto ao julgamento da VDCM pelas enfermeiras e a possível interferência no cuidado, pode-se dizer que a projeção do fenômeno como algo inaceitável não parece refletir nas práticas de cuidado como algo negativo, ou seja, de culpabilização da mulher por se submeter a tal situação. Pelo contrário, conforme a representação do cuidado à vítima, as práticas adotadas pelas enfermeiras podem ir ao encontro do empoderamento da mulher, por meio da orientação, do acolhimento, do apoio, seja institucional, seja da rede de apoio social e familiar.

O que se apreende é que a representação da violência doméstica como um fenômeno negativo contrasta com a representação do cuidado à vítima com posicionamento positivo. Observa-se a relação entre representação da VDCM, representação do cuidado à vítima e práticas de cuidado.

Segundo Rouquette (2000), se as práticas determinam as representações há de se pensar na concretização à simples intenção. As inferências supracitadas corroboram a participação de aspectos individuais e coletivos nas relações entre representações e práticas, em especial na interdependência dos dois processos (OLIVEIRA, 2001). O autor também confirma que:

Não é mais exato dizer, sem outra precisão, que 'as representações sociais e as práticas se influenciam reciprocamente', uma vez que não se trata de reciprocidade; para uma maior informação, convém tomar as representações como uma condição das práticas, e as práticas como um agente de transformação das representações (ROUQUETTE, 2000, p. 43).

Entende-se, sobretudo, que representações e práticas são indissociavelmente ligadas e interdependentes, e ambas sofrem influência do meio, interno e externo, subjetivo e objetivo, individual e coletivo.

6.5 Os significados das representações sociais da VDCM

Para a apresentação deste segundo bloco de resultados, inicialmente descreveram-se a formação e a composição das classes, buscando demonstrar as relações intraclasse e as oposições interclasses conforme estabilização pelo *software*. Posteriormente, apresentaram-se os conteúdos presentes nas oito classes que compõem o objeto deste estudo.

6.5.1 Caracterização do *corpus*

O *corpus* é composto por 34 Unidades de Contexto Inicial, identificadas pelas linhas estreladas, que referem-se ao número de entrevistas realizadas. Nele, há um total de 62.210 formas, sendo 5.184 distintas. Da redução das palavras plenas, entre as quais figuram os verbos, advérbios, adjetivos e substantivos, foram incluídas na análise 951 formas reduzidas.

Das 1.538 U.C.E, o *software* selecionou para análise 1.139 U.C.E, o que representa 74% de aproveitamento do *corpus* (Figura 27). O número médio de palavras analisadas por U.C.E foi 16,57.

A partir da Figura 27 verifica-se que as classes 1, 2 e 6 reúnem quase 50% do material analisado, sendo que nas classes 1 e 2 há predomínio textual. A classe 2 apresenta 203 U.C.E e a classe 1 apresenta 191 U.C.E, com percentuais respectivos de 19% e 17%, respectivamente. As demais classes são constituídas por um número menor de U.C.E, sendo que as classes 3 e 7 são equitativas e correspondem a 9% do material, cada uma. O número mínimo de U.C.E para definir uma classe foi de 77.

Figura 27. Número de classes e de U.C.E por classe.

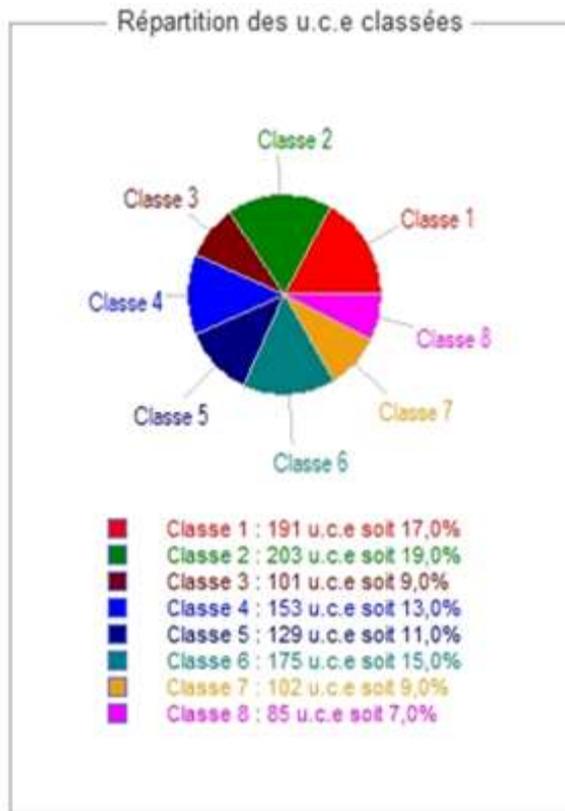
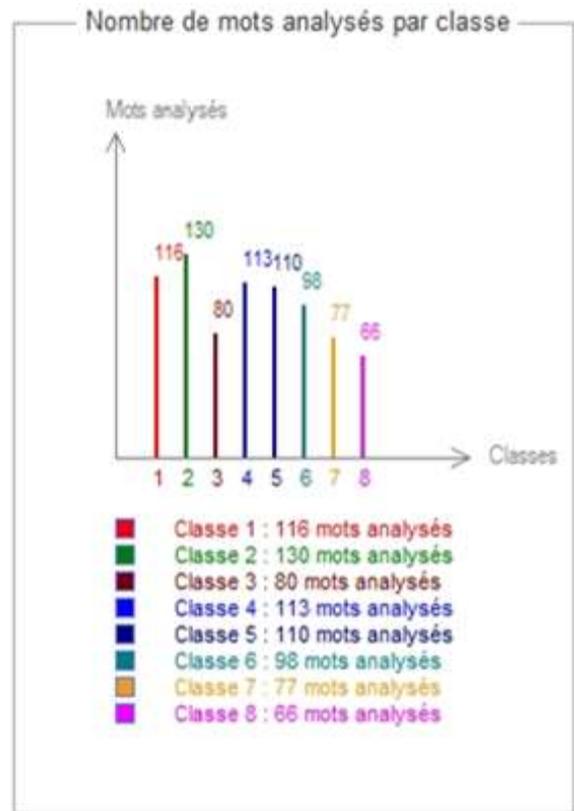


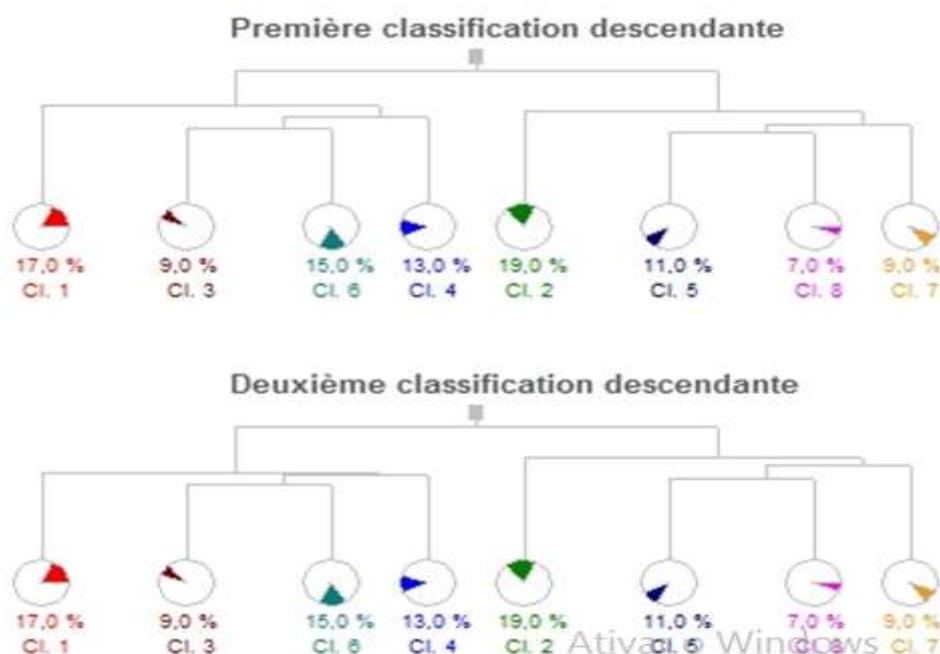
Figura 28. Distribuição das palavras analisadas por classe.



A Figura 28 revela a distribuição de palavras reduzidas analisadas por classe. Observa-se que pode ou não haver relação entre as Figuras 27 e 28. A classe 7 é a menor entre as oito, e também possui menor quantitativo de palavras analisadas, assim como a classe 2 é a maior tanto no número de U.C.E quanto de palavras analisadas. No entanto, a classe 6, por exemplo, não apresenta essa associação.

Conforme já mencionado na descrição da metodologia Alceste, o *software* realiza duas Classificações Hierárquicas Descendentes – fase “C” da análise, utilizando como critério a mudança de tamanho das U.C.E. No presente estudo ambas foram homogêneas, corroboradas pela estabilidade das divisões binárias. Na Figura 29 apresenta-se a primeira e a segunda classificação, sendo adotada a primeira para a apresentação dos dados.

Figura 29. Classificação Hierárquica Descendente gerada a partir de entrevistas com enfermeiras sobre a violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS. 2014.



No dendograma (Figura 29), primeira classificação, observa-se as sucessivas divisões das 1.139 U.C.E, que resultaram em oito classes. O esquema gráfico expõe ainda as associações entre as classes. Inicialmente foram formadas dois grupos com conteúdos distintos. O primeiro contendo as classes 1, 3, 6 e 4, e o segundo as classes 2, 5, 8 e 7.

Outra divisão separou a classe 1 das classes 3, 6 e 4; bem como a classe 2 das 5, 8 e 7. Isso significa que as três classes agrupadas em cada eixo possuem uma relação de complementariedade entre si e uma de distinção com as classes isoladas, 1 e 2 respectivamente. Uma terceira segmentação evidenciou a existência de diferenças entre as classes 4 de um lado e a 7 do outro, independizando-as por apresentarem conteúdos distintos. Por fim, a formação tanto da dupla 3 e 6; quanto da 5 e 8 demonstrou a presença de conteúdos específicos de cada classe, sendo separadas posteriormente.

Desta forma, ao compreender a relação entre as classes e o significado de cada uma, atribuiu-se a nomeação dos eixos conforme consta na Figura 30.

Figura 30. Dendograma com a nomeação dos eixos e das classes que compõem a Representação social das enfermeiras acerca da VDCM. Rio Grande/RS. 2014



Fonte: Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da VDCM e sua relação com o cuidado. Tese de Doutorado em Enfermagem. 2015.

Classe 1 – Vivenciando situações de violência contra a mulher.

Classe 4 – Facetas da violência doméstica contra a mulher.

Classe 3 – Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à violência doméstica contra a mulher.

Classe 6 – Percepções sobre a mulher vítima de violência doméstica.

Classe 2 – Assistência hospitalar às mulheres vitimadas.

Classe 7 – Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado à mulher vitimada.

Classe 5 – Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada.

Classe 8 – Limites e possibilidades no cuidado à mulher vitimada.

O dendograma (Figura 30) demonstra a distribuição das 1.139 U.C.E nas oito classes que abordam as representações sociais das enfermeiras acerca da VDCM. A primeira divisão binária originou dois grupos de temáticas distintas; um contendo assuntos específicos do próprio objeto em estudo e outro referente ao cuidado às vítimas que foram intitulados “**Desvelando a VDCM**” e “**Cuidado à mulher em situação de violência**” que serão descritos conjuntamente.

Isso por que segundo Moscovici uma das funções das RS é de orientar e de justificar as ações (MOSCOVICI, 2005), de modo que tais representações podem refletir positivamente ou negativamente no cuidado às vítimas. Desta forma, não se pode deixar de relacionar as RS da VDCM com as práticas de cuidado, considerando que “convém tomar as representações como uma condição das práticas, e as práticas como um agente de transformação das representações (ROUQUETTE, 2000, p. 43).

Em “**Desvelando a VDCM**”, a primeira divisão gerou a classe 1, intitulada “**Vivenciando situações de violência contra a mulher**” que se manteve isolada por conter elementos que lhe são exclusivos; e o eixo “**Dimensões objetiva e subjetiva da VDCM**” que trata de conceitos, imagens, opiniões e saberes das enfermeiras frente a VDCM. Essa foi novamente dividida gerando a classe 4 “**Facetas da VDCM**” e um novo conjunto binário denominado “**Determinantes associados à VDCM**”. Por sua vez, a última divisão formou a classe 3 “**Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à VDCM**” e a 6, denominada “**Percepções sobre a mulher vítima de violência doméstica**”.

O segundo grupo, “**Cuidado à mulher em situação de violência**”, resultou na classe 2, intitulada “**Assistência hospitalar às mulheres vitimadas**” e no eixo “**A**

gestão do cuidado” que trata de questões referentes à articulação de serviços e de profissionais, bem como do preparo e das competências da enfermeira para o cuidado. Esse foi novamente segmentado, gerando a classe 7 **“Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado”** e outro conjunto binário denominado **“Práticas interdisciplinares no contexto do cuidado à vítima”**. Por fim, a última divisão formou a classe 5 **“Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada”** e a classe 8 **“Limites e possibilidades no cuidado à mulher vitimada”**.

A descrição das classes foi fundamentada também na Classificação Hierárquica Descendente, que leva em consideração as formas reduzidas das palavras em cada classe, a frequência e valores de qui-quadrado (Khi²). Quanto maior o Khi² maior a aderência da palavra à classe. A Figura 31 ilustra a C.H.D geral.

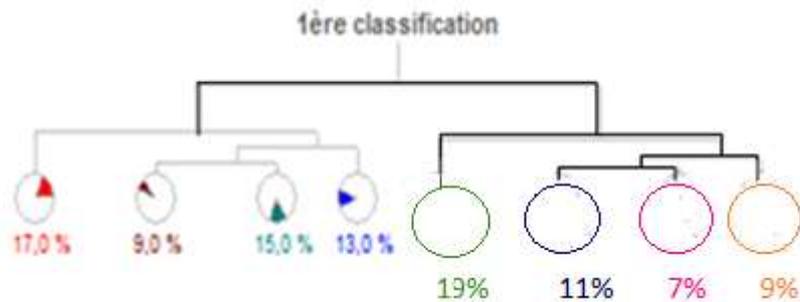
Figura 31A. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente – Desvelando a VDCM.



CLASSE 1			CLASSE 3			CLASSE 6			CLASSE 4		
Forme	Khi2	Eff.									
nel	139	43	drog	100	20	opinio	62	17	violencia_	258	69
bat	50	33	pens	86	38	sair	60	34	fisica	110	27
cas	47	53	problema_	63	9	pena	50	20	violencia_	104	21
correndo	45	9	fator	51	6	peosso	36	102	cab	100	35
viu	43	11	justifica	51	8	dess	33	32	marc	79	18
amig	43	11	don	41	4	said	28	12	vem	68	42
irm	39	11	bebida	41	5	situac	28	51	mulher	67	83
fiqu	39	15	usuario	41	4	realacao_d	28	6	machuc	48	16
horrorizad	35	7	cri	38	6	envolv	26	15	violencia	44	35
chor	34	9	alcool	37	9	submet	26	10	rosto	43	17
rua	31	13	lado	35	9	maneira	26	10	palavra	40	9
brig	31	18	motivos	35	9	doent	25	8	humilh	38	8
rapaz	30	8	mostr	33	7	dig	23	8	imagem	38	13
estranh	29	9	influen	31	4	med	23	38	agrid	37	11
rea	26	9	personalid	31	4	en^erg	23	12	verbal	32	7
deix	26	16	sociedad	29	8	acostum	22	4	visivel	32	6

empurr	25	5	das	27	11	ajud	21	41	companhe	32	5
encontr	25	5	cium	27	9	liber	21	7	violencia_	32	8
surpresa	25	5	agressiv	27	12	sustent	21	5	identific	31	20
dav	24	7	uso	25	4	muita	20	18	submissa	30	8
deu	24	10	educação	25	9	gost	19	13	trsit	28	15
semana	24	7	infancia	25	4	vida	18	22	homem	26	22
vizinha	24	7	problema	25	14	submeten	18	6	espanc	26	11
filh	22	19	pai	24	13	apoi	17	15	discuss	26	7
separ	22	9	clar	24	8	cicl	17	4	companhe	26	54
dia	21	18	contexto	23	7	quer	17	31	tap	25	7
mun	21	17	mach	20	5	aguent	17	5	filhos	24	18
variable	khi2	eff.	variable	khi2	eff.	variable	khi2	eff.	variable	khi2	eff.
*ent_023	12	12	*ent_018	21	12	*ent_035	14	12	*ent_042	16	12
*ent_017	9	18	*id_01	7	55	*ent_027	8	7	*hosp_01	10	96
*ent_049	9	21	*comp_01	4	79	*ent_047	8	9	*ent_045	7	8
*ent_014	5	9	*ent_006	4	4	*comp_01	7	137	*ent_034	4	11

Figura 31B. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente – Cuidado à mulher em situação de violência.



CLASSE 2			CLASSE 5			CLASSE 8			CLASSE 7		
Forme	Khi2	Eff.	Forme	Khi2	Eff.	Forme	Khi2	Eff.	Forme	Khi2	Eff.
paciente	94	62	orient	91	36	prepar	315	43	legislação	260	30
intern	79	29	funcion	64	13	sint	166	35	compromi	224	30
veio	63	20	assistente	64	25	dificuldade	94	19	aos	163	28
atendi	59	38	encaminh	49	26	lid	76	12	notificacao	134	27
queim	55	22	dar	45	18	prest	51	9	conhec	103	30
santa_cas	54	13	psicolog	44	23	dever	50	11	notific	103	28
centro	51	12	rede_apoio	40	7	cuid	43	14	doença	94	19
entr	49	32	acompanh	40	9	atend	38	17	ouvi	91	23
polici	43	43	ambulator	39	5	vou	31	11	sei	63	46
exam	41	17	boletim_oc	37	13	preparada	27	3	Imp	53	11
violencia_	39	27	auxili	31	4	tenh	26	20	orgao	53	9
teve	36	29	frente	31	17	acolher	25	4	sigil	50	10
clinica	36	9	enfermeir	31	12	experienci	25	4	delegacia	48	13
pronto_so	36	13	divulg	30	8	profission	24	10	competen	41	5

uti	32	18	faz	29	67	suport	23	5	obrig	37	6
gestante	32	8	pod	29	51	ach	21	57	li	31	4
obstetrico	32	7	violencia_	26	36	tranquil	21	4	etic	31	4
avali	31	10	oferec	25	5	peg	18	8	suspeit	26	9
medic	31	9	adianta	25	5	area	16	6	ouv	25	4
curativo	31	12	apoi	24	15	lugar	16	7	certeza	24	6
rotin	30	17	ver	22	18	capacit	16	4	lig	22	6
cont	29	31	procur	22	16	atendi	15	13	tematica	21	3
iml	23	6	lei	21	12	bairro	15	3	regulamen	21	3
tecn	23	5	rede	21	9	palestr	15	6	mant	20	8
identifique	23	5	apoio_psic	21	5	saberia	15	2	lembr	20	13
furg	22	7	atencao	20	8	abertura	15	2	comunic	20	7
ped	21	13	feit	19	12	excelente	15	3	profission	18	9
variable	khi2	eff.	Variable	khi2	eff.	variable	khi2	eff.	variable	Khi2	Eff.
*ent_012	10	18	*ent_005	4	6	*ent_024	19	8	*ent_037	13	11
*comp_02	9	79	*ent_022	4	6	*hosp_02	15	59	*ent_007	5	5
*ent_049	7	21	*ent_041	4	5	*ent_007	7	5	*ent_006	4	4
*ent_048	6	15	*ent_019	3	5	*ent_006	6	4	*conc_02	3	43

Os dendogramas (Figura 31 A e B) expõem a composição das oito classes, no que se refere às formas reduzidas, Khi^2 e frequência das palavras em cada classe. Na parte inferior aparecem os códigos das variáveis (APÊNDICE F) e seus graus de associação à classe de acordo com o Khi^2 . Essas variáveis expressam o perfil do grupo mais diretamente associado a cada classe.

6.5.2 Conteúdos da representação social de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher

Para compreender os conteúdos constitutivos da representação social acerca da VDCM, adotou-se alguns dados da análise, são eles: formas reduzidas com maiores valores de Khi^2 e seus respectivos contextos semânticos; dendrograma da C.H.A, e algumas U.C.E. para exemplificar os conteúdos. Além disso, realizou-se a discussão dos resultados utilizando a literatura pertinente. Cabe destacar que as variáveis apresentaram forte associação apenas com a classe 8. Nas demais não houve relação significativa.

6.5.2.1 Vivenciando situações de violência contra a mulher – Classe 1

Essa classe contém 191 U.C.E. das 1.139 unidades analisadas pelo *software*, o que representa 17% do *corpus*. É constituída por 159 formas reduzidas das quais selecionou-se as 20 com maior Kh^2 , por serem as mais significativas à classe. Na Tabela 5, apresenta-se as formas reduzidas, seus contextos semânticos e Kh^2 .

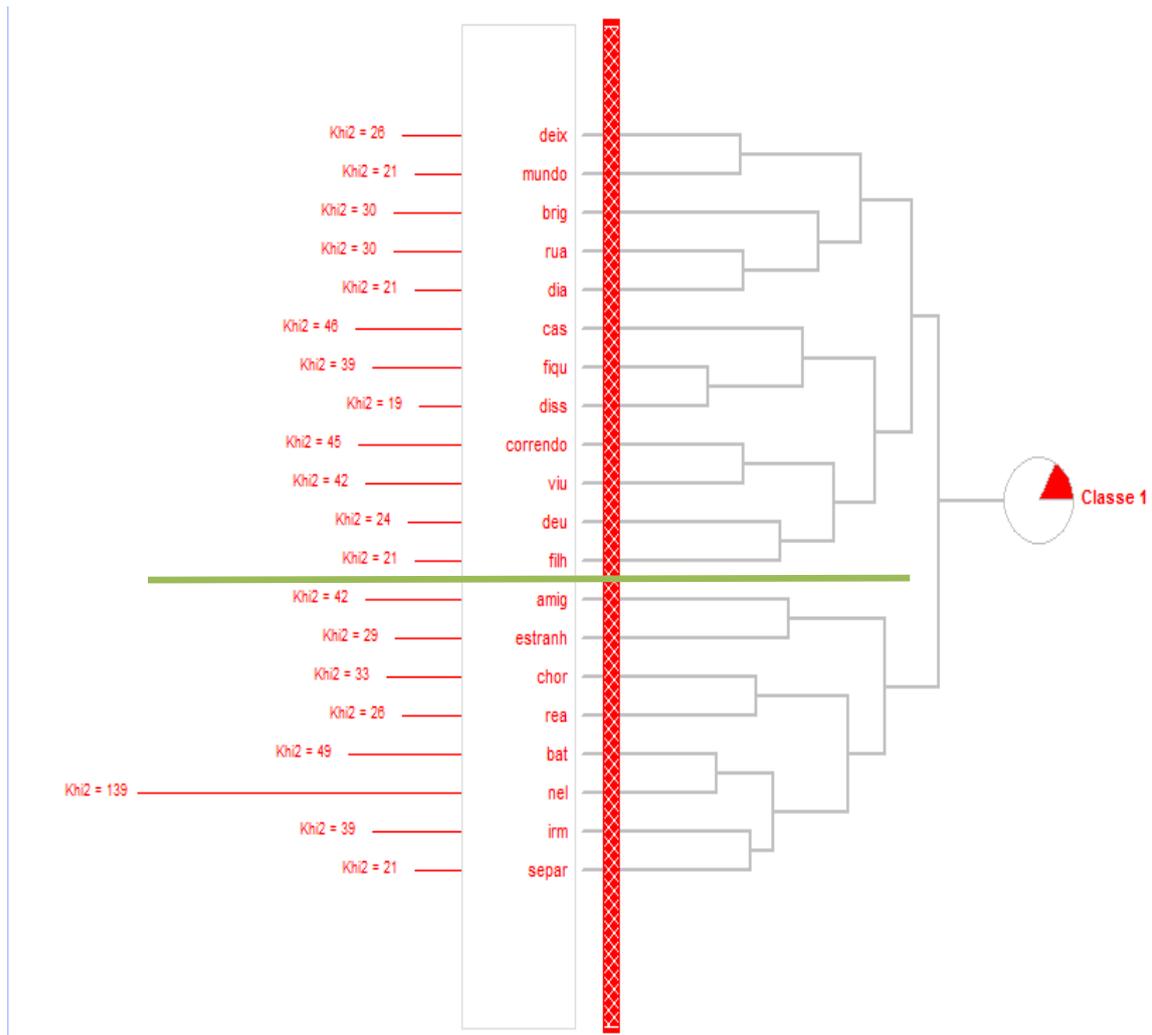
Tabela 5. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Kh^2 das palavras associadas à Classe 1. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do kh^2
bat	bate(5) batem(1) bater(5) batesse(1) bateu(11) batia(9) bato(1)	50
Cas	casa(47) casada(2) casais(1) casal(3)	47
Correndo	correndo(9)	45
Amig	amiga(6) amigas(1) amigo(4)	43
Viu	viu(11)	43
fiqu	fiquei(15)	39
Irm	irmã(5) irmão(5) irmãs(1)	39
horrorizad	horrorizada(5) horrorizado(2)	35
chor	choram(1) chorando(4) chorar(1) chorava(1) chorei(1) chorou(1)	34
brig	briga(8) brigamos(2) brigando(2) brigar(1) brigas(2) brigava(2) brigou(1)	31
rua	rua(13)	31
rapaz	rapaz(6) rapazinho(2)	30
tinha	tinha(38)	30
estranh	estranha(3) estranhar(1) estranhas(2) estranho(3)	29
estava	estava(35)	28
Foi	foi(105)	27
deix	deixa(3) deixar(5) deixasse(2) deixava(4) deixou(2)	26
rea	reação(8) reais(1)	26
empurr	empurrões(2) empurrou(3)	25
encontr	encontram(1) encontrar(1) encontras(1) encontrava(1) encontro(1)	25

Na Tabela 5 as formas reduzidas com maior valor de Kh^2 são: *bat*, *cas*, *correndo*, *amig*, *viu*, *fiqu* e *irm*. Essas, associadas às seus contextos semânticos, permitem uma compreensão preliminar dos conteúdos desta classe. Elas sinalizam para conteúdos que podem se referir a vivência de situações de violência tanto no âmbito pessoal quanto no âmbito profissional das enfermeiras. Essas constatações são fundamentadas na C.H.A (Figura 32), que evidencia as sucessivas divisões

binárias das formas reduzidas, as quais se baseiam na semelhança e nas diferenças dos conteúdos abordados. Isso possibilita a compreensão geral das temáticas contidas nessa classe.

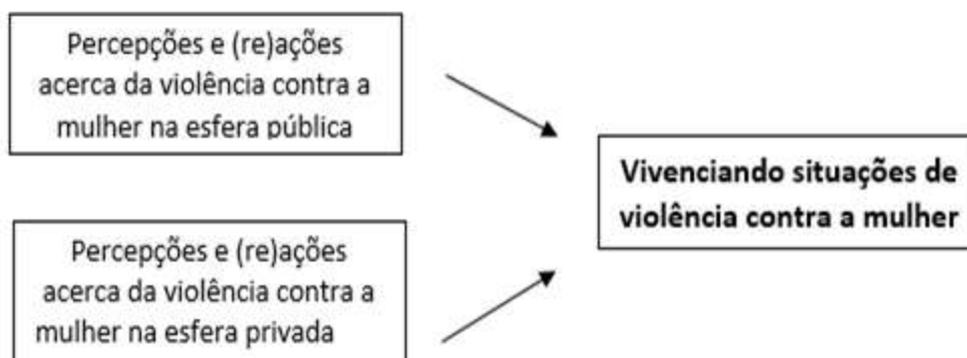
Figura 32. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1 – Vivenciando situações de VCM. Rio Grande/RS. 2014



Na Figura 32 observa-se as temáticas presentes na classe 1. A linha verde divide os conteúdos em dois grandes grupos. Em cada um deles as divisões binárias ligam as formas reduzidas com maior associação. Acima da linha, tais formas expressam a vivência de situações de violência no cenário público, enquanto abaixo da linha sinalizam para a vivência da violência no contexto privado.

Assim, a partir das temáticas evidenciadas pelo agrupamento de palavras, essa classe foi dividida em duas subclasses, apresentadas na Figura 33.

Figura 33. Esquema da composição da classe 1. Rio Grande/RS. 2014



6.5.2.1.1 *Percepções e (re)ações frente à violência contra a mulher na esfera pública*

As entrevistadas relatam cenas de violência presenciadas em âmbito público no qual, por sua vez, são demonstradas reações de surpresa, de espanto e de revolta. Essas cenas sinalizam para a violência doméstica contra a mulher como um fenômeno inserido no cotidiano das pessoas, sendo problematizado no dia a dia, presenciado, mas ao mesmo tempo silenciado, tanto pelas vítimas quanto pelos “espectadores”. As U.C.E. abaixo exemplificam essa subclasse.

Entendo que ele bateu nela, porque ela saiu correndo e gritando socorro. Minha reação foi de surpresa, porque eu estava em casa e já era tarde da noite.
(*ent_010 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Eu sinto indignação. Acho que todo mundo sente indignação e revolta. Não que eu tenha vivenciado com família, mas com vizinhos sim. Nós escutávamos a vizinha gritar por socorro, que o companheiro tinha batido nela, que estava espancando ela.
(*ent_008 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Em ambos os relatos, o pedido de socorro das vítimas expõe o desespero frente à situação de terror e medo do agressor. Embora recorrente, poucas são as mulheres que pedem ajuda e somente o fazem em casos considerados graves, como ameaças com armas de fogo e espancamento ou envolvimento dos filhos nas agressões (VENTURI, RECAMÁN, OLIVEIRA, 2004; MARCOVICZ, RAIMONDO, LABRONICI, 2014). Por outro lado, também são poucas as pessoas que auxiliam as vítimas. Estudo realizado com mulheres que sofreram violência doméstica, no Distrito Federal,

divulgou que as vítimas aguardavam a intervenção dos vizinhos, no entanto, foi evidenciado que alguns apenas aconselharam, sem realizar qualquer intervenção efetiva (PEREIRA, 2013).

A banalização da violência doméstica, o medo de represália do agressor, as crenças de que em “briga de marido e mulher não se mete a colher” são fatores que impedem ou mesmo inibem a intervenção nas brigas de casais (GOMES et al., 2013). Em outros casos, há a culpabilização da vítima, por defender o agressor, bem como pela falta de iniciativa em romper a situação de violência, exemplificada nos trechos a seguir.

Vi a polícia chegar à casa dela, e ela mandar a polícia ir embora e dizer que não aconteceu nada. Ele [agressor] fugiu, se escondeu e ela protegeu, escureceu toda a casa e disse que não houve nada.

(*ent_041 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

É sempre muito complicado, porque elas sempre vão tentar defender, no primeiro momento não, porque normalmente elas vêm nervosas querendo acusar, mas duas semanas depois elas esquecem tudo.

(*ent_049 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Fico bem chateada, eu sou muito sentimental. Dizem que ficamos duras com o tempo, mas até hoje eu não consigo ficar, fico sentida. Na minha família não passei por situações de violência, mas entre vizinhos sim. Ele [agressor] era alcoólatra, sempre que chegava em casa, no final da tarde, dava nela; brigava, mas ela era uma pessoa que nunca procurou os direitos, sempre aceitou, sempre levou de boa, nunca o denunciou.

(*ent_021 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

A percepção sobre o contexto violento, sobre a vítima e o agressor influencia na qualidade e quantidade de informações assimiladas, refletindo nas condutas assumidas. O fenômeno não é estranho para as entrevistadas, pois faz parte do cotidiano pessoal e profissional. Vivenciar essas situações permite, portanto, incorporar opiniões, uma fórmula socialmente valorizada à qual um sujeito adere e, por outro lado, tomar uma posição sobre o problema discutido na sociedade (MOSCOVICI, 2012).

Sabe-se que inúmeros são os fatores que interferem no término do relacionamento entre agredida e agressor. A vergonha e o medo de ser assassinada são os motivos mais frequentes (INSTITUTO PATRICIA GALVÃO, 2014). São poucas as mulheres que buscam apoio e, quando o fazem, recorrem aos familiares próximos, como os pais, mães, irmãs, irmãos, amigas, vizinhos, líderes religiosos, familiares do

parceiro ou mesmo benzedeiros (BRUSCHI, SILVESTRE DE PAULA, BORDIN, 2006; PEREIRA, 2014; SILVA et al., 2012). A procura por ajuda externa figura como parte da interação no contexto conflituoso, na medida em que buscam um novo equilíbrio de forças na relação conjugal.

A reação das entrevistadas não difere do exposto na literatura. Tanto a população geral quanto os profissionais da saúde silenciam diante da VDCM por acreditarem que é um assunto da esfera privada ou por naturalizarem a violência (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005; OLIVEIRA, FONSECA, 2007). O medo do agressor também figura como importante inibidor de uma atuação efetiva.

Tinham medo que o agressor fosse atrás, porque acontece isso, tu sabes. Se tu colocas a pessoa na tua casa, tu ficas correndo risco também! Eu penso que ela desistiu. Como é que eu [se referindo à vítima] vou apanhar várias vezes, estou sabendo que eu vou seguir apanhando e eu ainda vou seguir ali?
(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Proteger a mulher do agressor é considerado um risco, conforme relatado. Assim, entende-se que no universo científico e no senso comum há uma intersecção, que tem o elemento medo como gerador da inércia, frente à mulher em situação de violência. Nessa linha de pensamento, cabe salientar que tais sentimentos retratam as percepções e reações das entrevistadas fora do contexto profissional.

Resultados de uma pesquisa documental, realizada em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher no Município do Rio Grande, mostraram casos em que o agressor perseguiu os familiares que tentaram socorrer a vítima (ACOSTA et al., 2015). Também não são raros os casos em que o agressor convence amigos e familiares a aconselharem a vítima permanecer no relacionamento (PAIM, 2006). Esses exemplos levam grande parte das pessoas a não quererem se envolver em conflitos conjugais. Salienta-se, contudo, que o silêncio promove a continuidade da violência, e que a intervenção de familiares pode facilitar a saída do contexto violento (APAV, 2008).

As entrevistadas apontaram ainda o desejo de punição aos agressores. Nas falas observa-se a expectativa em relação à legislação, a fim de inibir a reincidência dos casos de VDCM.

Se tu gostastes da pessoa um dia, como é que tu vais agredir aquela pessoa que tu dizes que tu gostas? É muito estranha essa situação. A vontade é que a justiça fosse feita, que todos fossem presos, que pagassem, que quando saíssem para a rua não repetissem a situação,

mas normalmente não é isso que acontece.
(*ent_029 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

A lei tem que ser bem posta em prática, tem que ser preso mesmo, porque quem bate uma vez bate a segunda, porque eu nunca vi um caso que não se repetisse.
(*ent_019 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Ele era um tipo de homem muito legal com todo mundo, mas batia na companheira. Era muito temeroso com a justiça, com essas coisas assim, ele era medroso mesmo, não tem outra palavra.
(*ent_003 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_02)

Com base nessas falas, compreende-se a importância da legislação protetiva para a mulher em situação de violência e a criminalização do agressor. Contudo, há descrença na lei, geralmente atrelada à morosidade na análise dos processos e à pequena pena concedida ao agressor.

A insatisfação com relação à lei não é um caso isolado, mas também não é geral. Denunciar o agressor é uma forma de inibi-lo, tanto perante a restrição da liberdade quanto pelas medidas protetivas. Vítimas se revelam mais seguras e discorrem sobre a eficácia da lei e o temor dos parceiros após a denúncia, (SOARES et al., 2013).

As entrevistadas também lembraram a primeira vez em que ouviram ou vivenciaram algo sobre a VDCM. Expressaram o fenômeno como algo, inicialmente, velado, que ganhou o espaço público, evidenciado nas U.C.E. abaixo.

Era muito escondido. Eu lembro que era extremamente escondido e começou a vir à tona, e televisão, e tudo. Lembro-me que fiquei muito surpresa de ver aqueles casos que colocam as mulheres em cárcere privado em casa, e começou a surgir todos aqueles casos na televisão, que eu acho que deu uma ênfase.
(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Quando ela denuncia, ela retira, ela não dá continuidade. Ela volta para aquele lar e sofre até o óbito, ou lesões nos filhos, coisas maiores. Antes não se via tanta tragédia, era escondido e você não tinha casos tão graves, como óbitos. Hoje em dia, você tem o direito de denunciar, e ainda assim ficou mais grave, não dá para entender o que aconteceu.
(*ent_049 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

As lembranças sobre a VDCM demonstram que antigamente os casos eram mais velados, ocorriam em segredo no âmbito familiar. Por outro lado, revelam a intensidade do problema no contexto atual e a sua visibilidade na mídia. Para os sujeitos, o que carece de entendimento é a gravidade dos casos, após o direito de denunciar o agressor.

As recentes interpretações apregoam que com a LMP houve um aumento da resposta feminina em busca do amparo judiciário, o que não está associado a um maior número de agressões (GOMES et al., 2013). Em outra pesquisa empírica que problematizou os registros de ocorrências e inquéritos policiais, processos e sentenças judiciais fundamentados na LMP, em São Borja/RS, foi constatado que há fragilidade na punição dos agressores, gerando, assim, novas denúncias (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Já a gravidade dos casos pode ser explicada com base nas modificações da sociedade. As questões socioeconômicas “não são os principais fatores para a violência doméstica, mas contribuem muito para que os casos se intensifiquem; a pobreza, o tráfico de drogas, o uso de álcool e drogas [...]” (LEITE; NORONHA, 2015, p. 8). Por outro lado, mulheres vitimadas pelos companheiros relatam que depois da LMP eles agem com o objetivo de matar, ao invés de bater, e quando elas fazem registro policial são ameaçadas de morte para que desistam das medidas protetivas de urgência (SOARES et al., 2013).

Com isso é evidente a inversão de valores, pois a lei tem como intuito conferir a proteção da mulher, uma vez que sejam expedidas as medidas protetivas de urgência. Observa-se que a descrença na efetividade da legislação é tanto por parte das vítimas, quanto por parte dos agressores, que não temem a punição (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Os agravos da violência também têm sido destacados na mídia, talvez como forma de dar visibilidade ao fenômeno, em busca por medidas mais efetivas. Segundo Gomes et al. (2013) a mídia é uma importante prática social, presente no cotidiano, não apenas como veiculadora de notícias, como também produtora de sentidos e construtora de valores. O fenômeno da violência invade os sentidos através de exposições que buscam sinalizar e alertar para as barbáries vivenciadas, nas quais as imagens, os discursos e as narrativas veiculadas acabam influenciando no imaginário social (GOMES et al., 2013).

Esse tipo de violência constitui um fenômeno histórico-cultural que ultrapassa o corpo biológico e figura como um problema derivado das desigualdades construídas, legitimadas pela sociedade patriarcal e reforçadas na contemporaneidade. Como resquício daquela época, os homens acreditam que podem cometer atos de violência contra as mulheres seja como vingança ou como prática disciplinar e de controle (STREY, 2011).

Casos de violência contra a mulher sempre existiram, mas foi o famoso episódio Ângela Diniz e Doca Street, em 1976, que chamou a atenção dos movimentos feministas e, posteriormente, das autoridades e cidadãos comuns. Ela era uma *socialite* brasileira; ele, um homem que teve problemas criminais na juventude, se envolveu com várias mulheres, tendo filhos dentro e fora do casamento, além de ser considerado violento e possessivo. Com apenas três meses de relacionamento matou Ângela, com vários tiros, especialmente no rosto e no crânio, por ela ter pedido a separação. Foi absolvido sob alegação de ter agido em legítima defesa da honra (BLAY, 2003).

A partir disso, começou um forte movimento pela defesa da vida das mulheres e pela punição dos assassinos. Feministas se organizaram em torno do lema: "quem ama não mata", como forma de repudiar o argumento de que o amor justificasse o crime. Assim, embora as lembranças das entrevistadas não remetam a uma data exata, o contexto abordado permite inferir sobre a década de 70 como marco para a visibilidade do fenômeno na esfera midiática.

Conforme Blay (2003) a mídia televisiva trazia uma dupla mensagem sobre a violência contra a mulher: de um lado acusando o criminoso, mas, ao mesmo tempo, romantizando esse tipo de crime. Porém, o conteúdo do noticiário da época passou a mostrar uma clara tendência de mudança de linguagem.

Se até a década de 1980 as vítimas eram apresentadas como causadoras de sua própria morte e havia um visível apoio aos assassinos – que seriam ‘levados’ ao crime pela suposta conduta infiel da mulher ou por ela querer romper um relacionamento. Na última década do século XX o noticiário se tornou mais investigativo, relativamente neutro e com certa tendência a questionar julgamentos que facilitavam a fuga dos réus (BLAY, 2003, p. 93).

Destarte, percebe-se a influência das conversas informais e da mídia nos significados que norteiam a VDCM como fenômeno complexo, multicausal e com impacto na saúde das mulheres vitimadas e filhos.

Ainda em relação às vivências da violência contra a mulher na esfera pública, foram mencionadas situações que abarcam a esfera profissional. As enfermeiras comentaram sobre o atendimento a vítimas de violência doméstica, e algumas deixaram clara a necessidade de investigar as queixas referidas pelas mulheres, durante o atendimento, e conversar sobre o assunto. Também destacaram aspectos do comportamento do agressor com a vítima, como possibilidade de detectar o

fenômeno.

Mas foi tudo uma conversa entre nós [enfermeira e vítima], depois eles [policiais] fizeram o que tinham para fazer. O agressor saiu daqui e foi para prisão. Ele jogou álcool e prendeu fogo nela. Ele não a deixou fugir, a prendeu dentro de casa. Ela ficou conosco, mas piorou, foi para a UTI e morreu.

(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Começamos a investigar e ela disse: o companheiro pulou em cima de mim. Elas começam a referir que aconteceu alguma coisa e daí nós começamos a investigar. Ele pulou em cima e rompeu o baço dela. Ela até morreu.

(*ent_041 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Elas dizem: porque o meu companheiro bebe, ele fica alterado, nós brigamos, mas também bato nele. Na triagem nós vimos muito isso. Para elas, elas falam como se fosse normal, porque já está tão repetitivo. Mas elas chegam referindo: estou com dor nas costas.

(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Inicialmente as vítimas chegam ao serviço referindo queixas difusas como justificativa para a procura de atendimento. Assim, as enfermeiras certificam que para identificar as situações de violência é preciso dialogar questionando acerca dos sinais e sintomas referidos. Sabe-se que são poucas as vítimas que anunciam a vivência de agressões pelo companheiro, pois se sentem inseguras quanto ao posicionamento do profissional, têm vergonha e medo de que o agressor descubra.

Schraiber e Oliveira (2003) afirmam que a queixa mais comum, nesses casos, é a dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa. A somatização decorre do sofrimento e fragilidade da mulher, não apenas fisicamente, mas emocionalmente e psicologicamente. Assim, é comum recorrerem à rede básica de saúde; em contrapartida, procuram os serviços de emergência quando apresentam sinais e sintomas agudos (SIGNORELLI et al., 2013).

Todavia muitos entraves dificultam a comunicação entre vítima e profissional. Para os profissionais da saúde o relato espontâneo da mulher sobre a violência facilita o atendimento (NASCIMENTO, RIBEIRO, SOUZA, 2014; OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012). Para as vítimas, o desejo é de que perguntem, frente à necessidade de verbalizarem suas angústias (AUDI et al., 2009).

No tocante à atenção à mulher vitimada, as enfermeiras citaram algumas estratégias como forma de abordar o assunto e orientar a mulher durante o atendimento.

Tem muitas enfermeiras hoje, que eu fico horrorizada, não têm jeito para chegar, não têm jeito

para falar, isso tu tens que ter um jeitinho devagarzinho.
(*ent_021 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Um dia eu a convidei para ir ao posto, foi um motivo para eu investigar um pouco mais e disse que era para verificar a pressão, para fazer a consulta de enfermagem.
(*ent_023 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_02 *).

Posso falar, que eu nunca me esqueço, de uma menina vítima de violência doméstica, com vinte anos, que eu disse para ela na entrevista; e eu fiquei muito mal depois da entrevista, eu disse: mas tu tens só vinte e um anos, tu tens uma vida inteira pela frente, o que te falta? Vai para casa de um familiar.
(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Os discursos mostram a presença da sensibilidade, do diálogo e de artifícios para tratar o assunto com a vítima; revelando o comprometimento dessas trabalhadoras da saúde na atenção às mulheres vitimadas. Estudo que objetivou compreender a violência contra as mulheres evidenciou esse mesmo núcleo de sentido, em que os agentes comunitários consideravam o vínculo e a escuta qualificada como ferramentas importantes no atendimento desse grupo (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

As falas elucidam, ainda, estratégias para aproximar a mulher do serviço de saúde e assim conversar sobre o fenômeno, tal como destacado pela enfermeira, ao improvisar uma consulta de enfermagem como justificativa para o atendimento. É importante destacar que, no momento em que a mulher procura um serviço, seja de saúde ou policial, ela também vai à busca de solução para seus problemas. Certamente, essa não é uma responsabilidade dos profissionais, mas sim elucidar, junto com a mulher, possíveis alternativas para prevenir novas agressões. As publicações mostram um perfil muito semelhante entre as vítimas, são mulheres com baixa autoestima, sentimentos de impotência, inabilidade no autodomínio, isolamento e, principalmente, ausência de um projeto de vida (CORREIA et al., 2014; OLIVEIRA, JORGE, 2007).

A fim de superar contradições e impasses na comunicação dos casos de violência, a literatura apresenta algumas orientações aos profissionais sobre como assistir a mulher vitimada. É preciso acolhê-la, o que envolve estabelecimento de relação de confiança, de escuta à sua história e expectativas em relação à assistência; com perguntas simples sobre a vivência de agressões no lar e orientações sobre a disponibilidade de serviços de apoio à mulher vitimada (BRASIL, 2011b; SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003; SOARES, 2005). Sendo assim, torna-se evidente que o

conhecimento do profissional, somado à ausência de julgamento na assistência, se traduz na informação e no estímulo à busca pelos direitos da mulher.

Em contraponto, algumas profissionais assumem a postura de não envolvimento, optando por se manterem neutras.

Mas nós não sabemos o que tem por trás. Como profissional nós tentamos ser meio imparciais porque tu não podes chegar nela e dizer: sai de casa ou toma uma posição. Eu tento me manter neutra e tento conversar com ela, saber por que ela aceita isso. Muitas vezes é porque ela não tem para onde ir e acaba se submetendo.

(*ent_019 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Tu não podes interferir na vida das pessoas. Nós temos que ser bem neutras em tudo, é bem complicado.

(*ent_023 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_02).

Neste estudo, a imparcialidade significa não influenciar na decisão da mulher. Porém, o não envolvimento dos profissionais em grande parte dos casos está associado ao medo de represália do agressor (GOMES et al., 2013; MOREIRA et al., 2008; VIEIRA, PADOIN, LANDERDAHL, 2009). Em outras condições, o despreparo para lidar com a situação inibe ações mais concretas.

Em consonância com as ideias de Moreira et al. (2008), não se deve aconselhar a vítima a deixar o lar sem que se tenha condições de oferecer-lhe um abrigo seguro. Todavia, a não intervenção profissional dificulta o processo de empoderamento da mulher para o enfrentamento do fenômeno.

Sob este olhar, manter-se neutra não impede uma práxis reflexiva, desde que haja ação/interação, diálogo, e intervenções pautadas nos princípios éticos e legais que regem a profissão. Cabe às enfermeiras, profissionais que permanecem 24 horas junto às pacientes hospitalizadas e que as recebem durante a triagem, agregar fatores como sensibilidade e comprometimento social durante o atendimento, tornando-se corresponsáveis, junto com as mulheres, na identificação e minimização da violência doméstica.

Outro fator apontado pelas entrevistadas na identificação de possíveis vítimas refere-se ao comportamento controlador do agressor. Os depoimentos manifestam a possessão do companheiro sobre a mulher, ao exercer o papel de cuidador no serviço de saúde.

O tratamento entre eles, aparentemente, tu vias que ele tinha um comportamento um pouco

doentio, de possessão em cima dela, do que ela iria fazer, do que ela iria falar, do que ela iria comer.

(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Ela não trabalhava, não saía de casa. Para ir ao posto, ele levou ela e ficou quase do lado da porta. Eu via como uma posse, ele tinha uma coisa absurda pela mulher, eu não sei se ele tinha medo que ela falasse alguma coisa dele, sei lá. E cada vez que eu ia conversar com ela, ele falava mais do que ela, não a deixava falar.

(*ent_023 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_02).

Outros estudos mencionam o controle dos homens sobre as parceiras (ACOSTA, 2012; ALVES, DINIZ, 2005, PEREIRA, 2013). Trata-se da violência de gênero, ou seja, uma violência masculina, que se exerce contra a mulher pela necessidade de controlá-la e dominá-la. Ser traído, perder o controle sobre a sexualidade da parceira, bem como não ser mais o principal provedor do lar são atributos que ferem a honra masculina. Por isso, acreditam que devem fiscalizar as amizades da mulher, impedi-las de trabalhar e estudar, escolher as roupas e locais que frequentam (ALVES, DINIZ, 2005; PEREIRA, 2013; SOARES, 2005). Além disso, os estereótipos do herói, do protetor, do forte, do seguro e do provedor reforçam a dominação dos homens sobre as mulheres.

Por conseguinte, as enfermeiras demonstram ter conhecimento de tais comportamentos como sinalizadores da violência, embora algumas vítimas não as percebam como atos que violam seus direitos (DUTRA et al., 2013). Tal resultado se assemelha ao divulgado por Bispo, Almeida e Diniz (2007), em que profissionais dos serviços de emergência também suspeitam do comportamento dos acompanhantes e da vítima quando estão muito nervosos ou diante de histórias contraditórias

Ao apreender que controlar é anular a subjetividade, modelar, amoldar (PIMENTEL, 2011), infere-se que essa conduta, por parte do agressor, possa interferir nos cuidados prestados à mulher. Por isso, é importante o preparo e sensibilidade do profissional para identificar e agir com eficácia nos casos suspeitos e confirmados de VDCM.

6.5.2.1.2 Percepções e (re)ações acerca da violência contra a mulher na esfera privada

Esta subclasse trata da vivência da violência na esfera privada. Assim, engloba outros sentimentos, ações e posicionamentos em relação ao contexto violento, à

vítima e ao agressor. Os discursos aludem para um cenário não esperado, pelas entrevistadas, no próprio meio familiar.

Quando questionadas sobre a vivência de situações de violência doméstica no âmbito familiar logo havia uma negação como resposta, porém, ao ampliar a questão com foco nos amigos ou vizinhos, sem muito pensar surgiram afirmativas, e imediatamente o relato do caso. Isso demonstra a dificuldade em revelar a vivência de VDCM quando se é vítima ou quando atinge familiares próximos, pois ainda existe o receio da culpabilização, do julgamento, ou ainda pode ser decorrente da vergonha em expor um problema pessoal a uma colega de profissão.

Evidencia-se, no entanto, a intervenção de algumas entrevistadas, que presenciaram casos de agressão entre seus familiares. Foram citadas situações de violência física envolvendo cunhado, cunhada, e prima das profissionais.

Eu critiquei, e aquilo que eu pensei em não julgar, quando está mais perto é difícil. Eu não presenciei, só fiquei sabendo depois. Eles voltaram, continuaram juntos. Eu não gostei, pensei: ela não vai ser trouxa de pegar e voltar, porque isso pode acontecer de novo, como aconteceu.

(*ent_014 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Ele bebeu demais e chegou a esse ponto. O que chegou até nós é que foi uma vez só. No início nós a tiramos de casa [a agredida], mas na hora a pessoa diz que vai fazer e acontecer, mas em seguida volta, vai conversar e acaba cedendo, dá vontade de esganar a pessoa.

(*ent_019 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01)

Meu marido veio, separou eles, eu me coloquei no meio; e ela [a agredida] se sentindo a vítima mesmo. Eu horrorizada com aquilo, tirando as crianças de perto, porque tem filhos pequenos, para não verem aquilo, e eu mais nervosa ainda.

(*ent_033 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01)

Observa-se nos relatos que a relação de parentesco não evita o sentimento de frustração e de espanto frente à situação. Esse versa sobre a decepção com a mulher agredida, vista como culpada, por reatar a relação, expressa pelos termos: *dá vontade de esganar a pessoa*; e *eu não gostei*. Tais posicionamentos, quase sempre, fazem menção à vítima na perspectiva de que é tarefa da mulher manter a coesão familiar ou romper a relação em função dos problemas.

Em consonância com esses resultados, estudo divulga a fragilidade nos vínculos familiares após a mulher reatar o relacionamento com o agressor (DUTRA et al., 2013). O desejo de quem intervém nas brigas é de que vítima e agressor afastem-se. Um fator positivo, que facilita a intervenção, é o conhecimento da dinâmica da

relação do casal e dos fatores que podem incitar a agressão. Por outro lado, a impotência pode emergir quando a situação perde o controle ou mesmo quando é vivenciada pela primeira vez, causando espanto e ansiedade, evidenciados nos depoimentos.

Entende-se, portanto, que como profissionais da saúde algumas evitam envolver-se, mantendo-se neutras. Por outro lado, como sujeitos comuns, fatores desencadeiam a necessidade de intervenção por serem chamadas pelo familiar ou para preservar aqueles que participam indiretamente da situação violenta, tal como os filhos. Destarte, observa-se que, para as entrevistadas, vivenciar situações de violência com pessoas próximas vai além da raiva, da indignação, da revolta, da tristeza, pois também implica no impacto ao tomarem conhecimento da circunstância.

Essa subclasse também retrata os significados da violência doméstica sofrida pelas próprias entrevistadas. Os casos mencionados referem-se aos atos violentos praticados por padrasto, pai e marido das enfermeiras.

Eles [mãe e padrasto] continuaram juntos toda a vida. Ele teve várias internações psiquiátricas. Quando eu era menor eu tinha medo, chorava, fugia, me escondia. Quando eu fui ficando adolescente eu agia, eu reagia, agredia ele, nos agredíamos tanto verbal quanto fisicamente. Eu e as minhas irmãs também.
(*ent_005 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_02).

Sim já passei, acho que todo mundo tem. Comigo foi com meus pais. Meu pai bebia, tinha esse problema de alcoolismo, e às vezes chegava a casa, queria quebrar tudo, brigava comigo e com minha mãe.
(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Os relatos comprovam o que tem sido apregoado pela literatura, de que a violência não atinge só a mulher, como também aqueles que presenciam ou convivem com a situação. As implicações para as crianças são nítidas, tendendo a problemas escolares, comportamento agressivo, de retraimento e depressão (DURAND et al., 2011). Enquanto sofrem caladas, pois são tão vítimas quanto à mãe; na adolescência, as reações contra o agressor soam como vingança.

Independente da relação de parentesco é preciso considerar a particularidade da fase da infância e da adolescência na vivência da experiência violenta. É complexo o impacto dessas situações numa fase da vida em que as emoções ainda estão se desenvolvendo e consolidando. Lidar com tais experiências gera uma sobrecarga emocional, podendo desencadear problemas na fase adulta, como a perpetuação da

violência (CASIQUE, FUREGATO, 2006; DURAND et al., 2011).

No que se refere à violência doméstica cometida pelo companheiro evidencia-se a dificuldade das entrevistadas em abandonarem o relacionamento conturbado, sendo o apoio familiar referido como a principal ferramenta para a saída do contexto violento.

Até tu te livrares disso, é muito complicado. Consegui sair, fiquei casada um ano, mas foi o pior ano da minha vida, porque tu ficas doente junto com essa pessoa. Realmente tu não enxergas mais nada, tu não enxergas possibilidade de sair, tu enxergas só tu e ele. O apoio familiar foi muito importante, todos quase soltaram foguete. Eles queriam que eu me separasse.

(*ent_035 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

No meu caso, antes que chegasse ao limite da força, eu já dei um basta, já saí fora, já separei; apesar de ter filho, porque eu acho que tem que pensar até na questão da criança. Se agride uma mulher, que é do teu tamanho, da tua estatura, geralmente a mesma força que tu, o que vai fazer contra uma criança?

(*ent_029 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Sabendo que a violência doméstica é a forma predominante praticada contra as mulheres, o problema ganha magnitude no espaço das relações conjugais, uma vez que assume características de episódios recorrentes. As entrevistadas reconheceram que os atos violentos começam pela violência verbal evoluindo para a física. Esse quadro, agravado pela intensidade das agressões, torna a relação doentia, tal como explanado.

Outros estudos têm divulgado a presença da violência psicológica entre profissionais da enfermagem, ocorrendo tanto no âmbito doméstico, praticada pelo companheiro, quanto no âmbito profissional, perpetrada por pacientes, acompanhantes, colegas de trabalho, etc. (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008). De forma geral, foi constatado que essas trabalhadoras não estão livres de situações de violência; ao contrário, apresentaram maiores taxas do que as mulheres da população geral do Município de São Paulo (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Diante da complexidade do fenômeno, as enfermeiras que sofreram violência doméstica pelo parceiro referiram maior sensibilidade para tratar o assunto com as vítimas. Consideravam que, por já terem vivenciado tal situação, se colocavam no lugar das vítimas, tendo mais facilidade para entender o que estavam passando.

Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa que investigou as dificuldades e as formas de enfrentamento referidas por profissionais de saúde frente

às demandas médico-sociais apresentadas pelos usuários, em seu cotidiano de trabalho. Houve relatos de que assistir pessoas que partilham do mesmo problema pode gerar um envolvimento significativo, devido à identificação com o outro (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

6.5.2.2 Facetas da violência doméstica contra a mulher – Classe 4

A presente classe é composta por 153 U.C.E. o que equivale a 13,0% do total de unidades elementares. No que se refere às formas reduzidas obteve-se 146 termos, sendo que foram escolhidos aqueles com $Kh^2 \geq 30$ devido a forte associação estatística, conforme disposto na tabela a seguir.

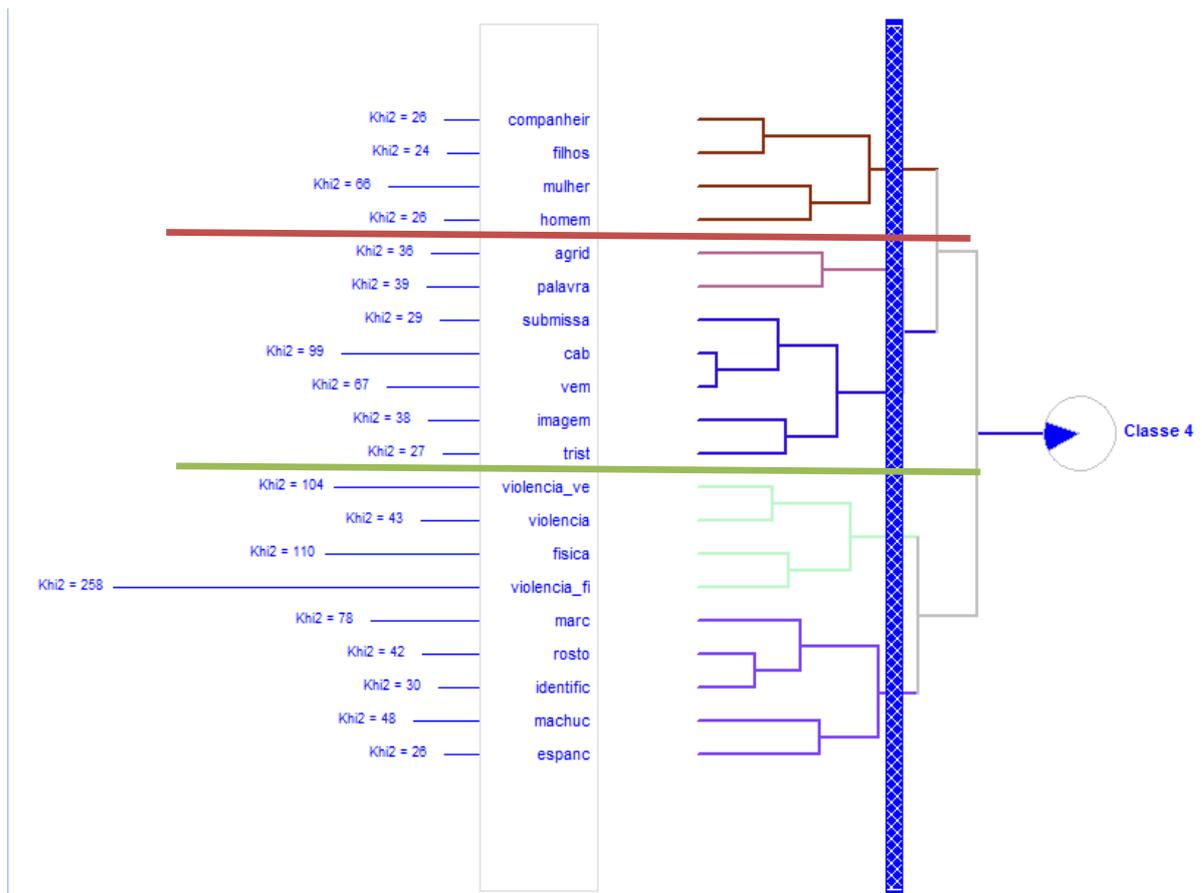
Tabela 6. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 4. Rio Grande/RS. 2014.

forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
violência_física	violência_física(69)	258
física	física(11) fisicamente(16)	110
violência_verbal	violência_verbal(21)	104
cab	cabe(1) cabeça(34)	100
marc	marca(6) marcada(1) marcado(1) marcantes(1) marcas(9)	79
vem	vem(42)	68
mulher	mulher(76) mulheres(7)	67
machuc	machuca(1) machucada(8) machucado(3) machucar(1) machucavam(2)	48
violência	violência(34) violências(1)	44
rosto	rosto(17)	43
palavra	palavra(2) palavras(7)	40
humilh	humilha(3) humilhação(3) humilhante(1) humilhar(1)	38
imagem	imagem(13)	38
agrid	agride(9) agridem(1) agrides(1)	37
companheiros	companheiros(5)	32
verbal	verbal(1) verbalmente(6)	32
violência_psicologi	violência_psicológica(8)	32
visível	visível(6)	32
identific	identificamos(1) identificando(1) identificar(6) identifico(11) identificou(1)	31
submissa	submissa(2) submissão(5) submissas(1)	30

Na Tabela 6 as formas reduzidas com maior valor de Kh^2 são: *violência_física*, *física*, *violência_verbal*, *cab*, *marc*, *vem*, *mulher*. Observa-se que alguns contextos semânticos encerram-se em si próprios como *violência_física*, enquanto outros expressam mais de um de significado como *cab* que significa cabe e cabeça.

Com base nos termos e seus respectivos contextos, infere-se que a classe 4 discorre sobre algumas formas de violência contra a mulher, que podem ser identificadas de acordo com o comportamento da vítima ou pelas marcas que sinalizam a exposição a tais atos. Para maior detalhamento apresenta-se a C.H.A, que permite aprofundar os conteúdos da classe a partir das segmentações e agrupamentos de contextos semelhantes.

Figura 34. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4 – Facetas da VDCM. Rio Grande/RS. 2014

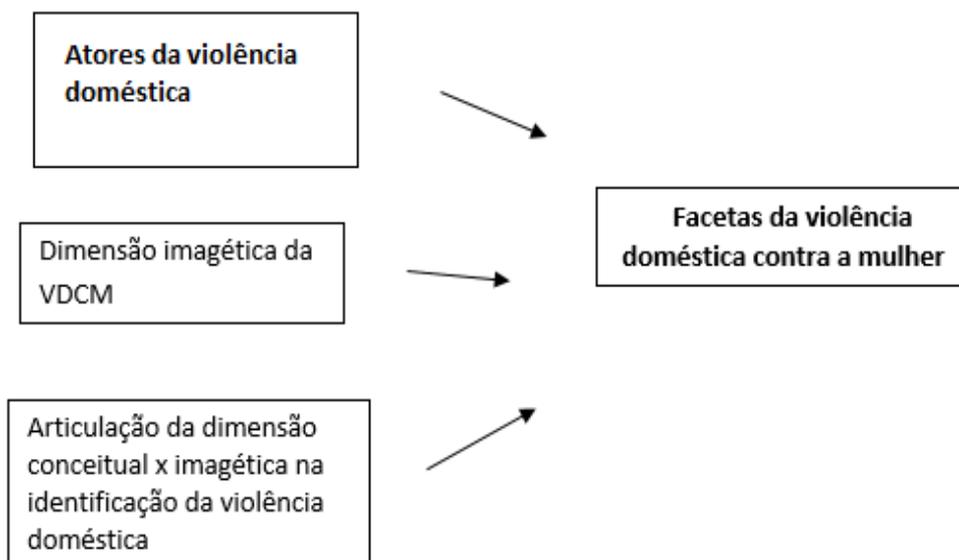


O agrupamento de conteúdos, obtido por meio das sucessivas divisões binárias, gerou três subclasses. Acima da linha vermelha as formas reduzidas *companheir* e *filhos*, *mulher* e *homem* indicam os dois atores da violência; de um lado

a mulher, como vítima, na maioria das vezes; e de outro o homem, principalmente o companheiro, como agressor.

Abaixo dessa linha os termos *agrid e palavra, submissa, cab e vem, imagem e trist* apontam para conteúdos referentes à dimensão imagética da VDCM que, por conseguinte, auxiliam na identificação de algumas formas de violência, evidenciado abaixo da linha verde.

Figura 35. Esquema da composição da classe 4. Rio Grande/RS. 2014.



6.5.2.2.1 Atores da violência doméstica

Um primeiro aspecto observado na classe 4 é a visão das enfermeiras sobre os atores da violência no contexto doméstico. Sabe-se que inúmeras são as diferenças impostas, culturalmente, entre ambos. Enquanto conhecimento constitutivo da VDCM, há um consenso de que o gênero, categoria analítica, apresenta-se como pano de fundo na interpretação do fenômeno (PINAFFI, 2007).

Tais construções, simbólicas, são oriundas do imaginário social que pressupõe certa inferioridade feminina devido ao corpo mais frágil (SAYÃO, 2003). Assim, o mais forte pratica a violência, nesse caso, o companheiro, seguido dos filhos e pais, tal como evidenciado nos discursos.

Na verdade, o que ocorre é medir força. Normalmente, o que acontece na violência contra a

mulher são as brigas, geralmente, pelo companheiro que ataca a companheira e, assim, ele se beneficia da força física, da violência física. Ataca ela por ser mais forte, pois a vítima é indefesa.

(*ent_003 *hosp_02 *id_02 *conc_01).

O mais comum é provocado por homem ou pelo companheiro, ou pelo filho ou pelo pai. A primeira coisa que vem à minha cabeça é o companheiro batendo na mulher, que seria o mais forte.

(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Me vem à cabeça um homem batendo numa mulher. Poderia te dizer que eu sinto um pouco de raiva em relação a isso, mas ao mesmo tempo eu penso em toda situação envolvida, a fragilidade dessa mulher, a instabilidade que essa mulher tem, a submissão que ela manteve. (*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Pode não ser o companheiro, pode ser alguém que de repente more na mesma casa, que não convive maritalmente com a mulher e acaba agredindo também; é o que mais me vem à cabeça, são essas situações. Mas, geralmente, as agressões são pelo companheiro, principalmente o companheiro que convive diariamente com a mulher.

(*ent_029 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

À primeira vista, e tomando as opiniões comuns, cabe discorrer sobre algumas condições históricas responsáveis por legitimar a subalternidade e a fragilidade feminina. Dentre elas, apresentam-se as questões referentes ao corpo da mulher, explicadas sob a ótica biologicista, pois dificilmente se fala em gênero sem referir-se ao corpo sexuado, bem como aos papéis sociais.

No século XVIII o discurso dominante abordava o modelo único sobre os sexos, no qual interpretava o corpo feminino, mais especificamente o aparelho reprodutor, como uma versão inferior, e imperfeita, em relação ao masculino (LOYOLA, 2003). Considerava-se que os genitais e órgãos reprodutores da mulher teriam ficado retidos em razão da pouca energia vital.

Na medida em que a família é identificada como a principal instituição social, que organiza as relações sexuais entre os gêneros, o corpo biológico e os papéis sociais passam a atuar sobre a identidade da mulher, como mãe; cuja sexualidade é socialmente aceita somente para reprodução, e como cuidadora do lar (PARKER, 2000).

Assim, a submissão, normatizada pelo patriarcado, se propaga como algo natural, permitindo o controle da mulher pelo homem. Além disso, a mídia televisiva reforça tais comportamentos, ao veicular os estereótipos sexistas, colocando-a como rainha da esfera privada ou em posições inferiores ao homem, enquanto que esse aparece ocupando o espaço social (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Essas atribuições e construções acerca do masculino e do feminino são enfatizadas por diversas instituições, tais como a família, a igreja, a escola, o Estado, dentre outras. Num passado não muito distante, juridicamente a mulher era incapaz de encarregar-se dos próprios bens, era proibida de votar e só podia trabalhar mediante a permissão do marido.

Dessa forma, o mito do sexo frágil, alimentado pela sociedade, também permeia, em parte, o pensamento das enfermeiras. A ideia de que um homem pode exercer a violência para resolver determinados conflitos é ensinada no processo de socialização das crianças. Todavia, questiona-se o fato de também terem sido ensinadas de que “menino não bate em menina”. Independentemente do processo de educar, destaca-se que a fragilidade feminina, implícita nesse ditado, reforça que eles são mais fortes, ou seja, há hierarquia entre os sexos.

No Brasil, pesquisa de opinião pública mostrou que ainda existem atitudes preconceituosas em relação à mulher: 47,0% dos entrevistados acreditavam que homem precisa mais de sexo, 30,0% achavam que homem não deve levar desaforo para a casa, 25,0% pensavam que, se a mulher ganhar mais do que o homem, dificilmente o casamento dará certo, 17,0% acreditavam que homem que é homem não chora, 89,0% dos sujeitos do sexo masculino consideravam inaceitável que a mulher não mantenha a casa em ordem (INSTITUTO AVON, 2013).

São estereótipos que permanecem diluídos nas crenças, opiniões, valores, na cultura da população e, por conseguinte, integram as relações entre homem e mulher. Cabe destacar que a mulher também tem participação significativa na permanência deste cenário. Muitas preferem organizar as tarefas do lar a delegar aos maridos, ou, quando esses se responsabilizam pelas atividades, elas reclamam e refazem o serviço, exercendo, assim, o poder no âmbito privado. A visão do lado dominador da mulher também aparece no relato das enfermeiras.

Provavelmente [a VD] vem do companheiro ou da companheira, mais do companheiro, mas até pode ser a companheira. Existe uma vertente que a violência não precisa ser executada somente pelo companheiro do gênero masculino.
(*ent_034 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Essa violência [VD] pode ser violência verbal, pode ser violência psicológica, pode ser violência física, pode ser vários tipos de violência. É praticada pelas pessoas próximas, geralmente do sexo oposto, geralmente provocada por homem, mas acontece também provocado por outras mulheres.
(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Sabe-se que as mulheres não estão isentas de praticar a violência contra o parceiro. No entanto, não há estudos com o levantamento epidemiológico da violência doméstica contra o homem. Dois fatores podem justificar essa lacuna: seja pelo baixo índice dessa agressão, ou pelo fato de os homens não reconhecerem como violentos os atos das companheiras.

Pesquisas divulgam que as mulheres assumem tanto sofrer quanto cometer violência contra o parceiro, enquanto que os homens, em posição de vítima, não a reconhecem de forma tão evidente. Pode-se pensar que os estereótipos de gênero, que impõem ao homem o papel de forte e agressivo, influenciem no processo de identificação das agressões ou mesmo o impeçam de procurar ajuda (ROSA; FALCKE, 2014).

Discussões mais aprofundadas, acerca da mutualidade da violência, revelam um complexo que ultrapassa uma leitura bidimensional, fundamentada em categorias da “mulher-vítima” e do “homem-agressor” (SOARES, 2011). Ao avaliar a posição de homens em relação à violência, Silva, Coelho e Njaine (2014) averiguaram, nos discursos masculinos, a bidirecionalidade dos atos violentos. Confirmando esses achados foi observada por Rosa e Falcke (2014) a presença de agressão psicológica das mulheres contra os parceiros, através de xingamento, humilhação e ameaças de separação. Naquela pesquisa as entrevistadas admitiram o comportamento agressivo, justificando semelhanças com a mãe ou o pai.

Assim, destaca-se a violência intergeracional que, na infância, quando exercida pelo pai possui um caráter punitivo, enquanto que, pela mãe, tem um caráter educativo (FERREIRA, 2013). Independente das formas violentas, bem como das questões de gênero, a literatura apresenta que as mulheres são as principais responsáveis pela violência direcionada à criança, demonstrando, portanto, o exercício do micropoder em função da relação hierárquica do adulto *versus* criança (APOSTÓLICO et al., 2012).

Em um levantamento realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010) foi constatado que 24,0% das mulheres e 21,0% dos homens reportaram ter sido vítimas de violência física ou ameaça de violência física. Além disso, 24,0% das brasileiras e 35,0% dos brasileiros relataram ter sido vítimas de controle e cerceamento por parte do cônjuge.

Com base nessas e em outras pesquisas, o que se observa é o exercício de inúmeras expressões da violência do homem contra a mulher, enquanto que ela

utiliza, com maior frequência, a violência psicológica contra o parceiro. De acordo com Soares (2005) os incidentes mais violentos praticados pela mulher ocorrem nas situações em que ela não suporta mais o medo, a raiva e o sofrimento, podendo até cometer crime contra o parceiro.

Do ponto de vista do feminismo, quando praticada contra a mulher, denomina-se “violência contra a mulher” ou “violência de gênero”. Já a “violência conjugal” é aquela que contempla também a violência da mulher contra o homem (OLIVEIRA; GOMES, 2011). Ainda cita-se a tese defendida por Grossi, que diferencia agressão de violência, enfatizando que a primeira seria uma ação que permite revide, enquanto que a segunda não. Assim, a autora censura a generalização do homem como violento, pois acredita que os atos masculinos denunciados são, em sua maioria, agressão e não violência (OLIVEIRA, GOMES, 2011).

Destarte observa-se que a VDCM engloba, na sua dinâmica, inúmeras características, fruto do processo de naturalização do que é masculino e do que é feminino que, por sua vez, reflete sobre diferentes esferas da vida, como a político-social, a educacional, a de saúde/doença, a privada e a pública. A compreensão das enfermeiras sobre os atores da violência não se centra apenas no homem como agressor e na mulher como agredida, embora haja um consenso de que, geralmente, são elas as maiores vítimas no âmbito doméstico.

6.5.2.2 Dimensão imagética da violência doméstica contra a mulher

A imagem da VDCM permeia o imaginário social, por fazer parte do cotidiano das pessoas, em diferentes cenários. É formada a partir de elaborações mentais, vinculadas às crenças, aos valores, às opiniões, às experiências de vida, permitindo a interpretação da realidade (JODELET, 2001). Entre as enfermeiras as imagens da VDCM vão desde uma mulher agredida fisicamente, com marcas no corpo, até expressões que remetem a medo e tristeza por parte da vítima diante da situação.

Me refiro ao companheiro que agride a companheira violentamente, sabe? Que espanca, violência física, nesse sentido. Me vem à cabeça aquela pessoa toda machucada, agredida mesmo, com facada, ou com arma, com água quente, com fogo, violência física.
(*ent_025 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_01).

Me vem à cabeça a mulher toda marcada, com ar de espanto, com fisionomia de espanto, de medo, olhos estalados de medo mesmo, a pessoa reprimida.
(*ent_033 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Me vem à cabeça, automaticamente, um rosto deformado, porque se pensa em violência só como violência física, é a primeira coisa que vem. Mas tem todo o resto, de depressão, daquele paciente que somatiza para chamar atenção, e quando tu vais a fundo tu vês que tem um porquê dela fazer tudo isso.
(*ent_043 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Sabe-se que é por meio da expressão icônica que os sujeitos revelam a sua ideia, conferindo sentido ao pensamento cognitivo. Nessa perspectiva, perante a carga das ideias-imagens, acredita-se que as entrevistadas apoiavam-se no cotidiano, resgatando leis da memória profissional ou, ainda, alimentando-se das experiências do presente e do passado.

Segundo Moscovici (2005) as imagens não existem sem a realidade, pois são réplica desse contexto. Portanto, quando as entrevistadas revelam a dimensão imagética da VDCM relacionando-a às agressões por arma branca e de fogo, queimaduras e espancamento, pode-se vincular tais imagens ao campo de trabalho, situação em que chegam as vítimas em busca de assistência nas unidades hospitalares.

Por outro lado, destaca-se o papel midiático na construção das cartografias mentais. No que se refere à VDCM, a mídia aparece como fonte de informação geral sobre o fenômeno, pois comumente aparecem cenas ou cartazes, do disque-denúncia, por exemplo, como forma de alertar a população sobre a violência contra a mulher, no entanto, expõem a imagem de uma vítima com o olho roxo.

Nos próprios noticiários jornalísticos, no rádio, na Internet, as informações transmitidas são aquelas mais graves, em que a mulher é espancada em âmbito público, pelo parceiro ou ex-parceiro, mantida em cárcere privado ou casos que culminam com o homicídio. Assim, considerando que uma representação é composta por figuras e expressões socializadas, também se evidencia a influência das comunicações circulantes na formação dessas representações, como imagens (ARRUDA, 2007).

A comunicação, sob a perspectiva da representação social, é o fenômeno pelo qual uma pessoa influencia ou esclarece outra, podendo obter efeito sobre a coletividade. Dessa forma, pode-se dizer que a mídia, integrada por difusores de representações sociais, é responsável por comunicar, difundir ou propagar determinadas representações (ALEXANDRE, 2001).

Ao mesmo tempo, a dimensão imagética da VDCM é permeada pela figura do homem que, dentro do lar, exerce uma relação hierárquica de poder *versus* submissão da mulher.

Me vem à cabeça uma figura de um homem covarde, uma mulher oprimida, uma mulher com medo, com autoestima baixa; e o homem usa da força física para constranger muito ela e humilhar.

(*ent_035 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Me vem à cabeça uma mulher acuada, triste, cabisbaixa; e aquele homem mandão sentado no sofá só mandando, dizendo: vou te dar na cara. Essa coisa assim, com uma cerveja do lado e uma mulher pelada; ela lavando um chão, com o rosto ou corpo machucado, violência física; uma coisa bem drástica, mas é o que me ocorre.

(*ent_034 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Me vem à cabeça aquela questão do companheiro cobrando a mulher de fazer as atividades: por que que não fez isso, cadê minha roupa? Onde tu botaste? Daqui a pouco a mulher: não sei, deve estar lá. E ele: vai ver para mim. Essas são as agressões, eu acho que começa leve, que começa com a violência verbal.

(*ent_032 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

A figura da mulher como responsável pelas atividades domésticas se sustenta no patriarcado. Desse modo, nesse espaço ainda ocupa um papel de subordinação, no qual possui “deveres” que precisam ser cumpridos para a organização do núcleo familiar: lavar, passar, cozinhar, cuidar das crianças. Quando tais afazeres não são cumpridos, podem servir como justificativa para a ocorrência da violência conjugal (SOARES, 2005).

São modelos sociais criados a partir de símbolos como Eva/Maria, bruxa/fada, madrasta/mãe, permitindo ao marido qualificar a esposa como boa ou má, quando não cumpre o padronizado, e assim praticar violência (FARIA; NOBRE, 2007). De acordo com Bassanezi (2005) as revistas também participam da reprodução e da construção das relações de gênero. Em pesquisa documental realizada nas Revistas *Claúdia* e *Jornal das Moças*, de 1945-1964, a autora evidenciou a reprodução de comportamentos e práticas incentivadas aos homens e às mulheres, com o objetivo de conquistar a felicidade conjugal.

‘Não pode ser bom marido o homem que não trabalha’ (JM 01.02.45). ‘Para ser uma esposa 100% você deve conhecer um pouco de cozinha (...) a mulher conquista o homem pelo coração, mas poderá conservá-lo pelo estômago (...)’ (JM 02.10.58). ‘A cozinha pode ser a causa do naufrágio de um lar ou de seu alevantamento’ (JM 27.09.45). ‘A desordem em um banheiro desperta em um marido a vontade de ir tomar banho na rua’ (JM 25.10.45). ‘[A mulher] tem a obrigação de

embelezar-se para o marido que é o homem mais importante de sua vida' (JM 29.10.59). 'Se o marido gosta de fumar, você não deverá armar uma briga pelo simples fato de ele deixar cair cinza no seu tapete. O que você deve fazer é ter uma boa quantidade de cinzeiros espalhados pelos quatro cantos da casa a fim de evitar discussões sobre o assunto' (JM 16.05.57) (BASSANEZI, 2005, p. 116-129).

O que diferencia do passado é que, além de as mulheres responsabilizarem-se pelo afazeres domésticos, grande parte tem um trabalho assalariado, acumulando duas jornadas de trabalho. Segundo Chies (2010) homens e mulheres podem ser subordinados no campo capitalista frente à exploração da força de trabalho, porém, a mulher é subordinada nas duas dimensões, em casa e no emprego.

Esse processo de hibridização do natural com o cultural faz com que ainda hoje tais construções estejam presentes na memória e nas práticas sociais, bem como na cartografia mental das enfermeiras, quando pensam em VDCM. Dessa forma, corrobora-se o apregoado por Moscovici de que as imagens, para além das impressões que os objetos deixam sobre o cérebro, "mantêm vivos os traços do passado, ocupam os espaços de nossa memória para protegê-las contra a tempestade cerebral da mudança e reforçam o sentimento de continuidade do ambiente e das experiências individuais e coletivas" (MOSCOVICI, 2012, p 44).

Os conteúdos acerca da dimensão imagética da VDCM vão além da figura da mulher afetada fisicamente, eles incluem o abalo psicológico. Para exemplificar, as profissionais mencionaram imagens que remetem ao desespero, à vergonha, ao medo.

A imagem que me vem à cabeça é tipo aquela do grito, do desespero, porque a pessoa acaba que fica desesperada; às vezes nem demonstra, mas fica desesperada, eu acredito. (*ent_019 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Me vem à cabeça uma mulher tapando a face e a cabeça, cobrindo o rosto e a cabeça. Eu acho que é a única forma, a primeira noção que a mulher tem de se defender é tapar o rosto, é tapar o rosto para não demonstrar tanto a vergonha que passaria. (*ent_049 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Para Moscovici (2012) a imagem, concebida como um reflexo interno da realidade externa, é formada por uma combinação de diversas outras, que podem ser independentes e ao mesmo tempo contribuir para a modificação das imagens-fontes. Nesse sentido, observa-se que, na dinâmica da violência contra a mulher, essa dimensão carrega a sensibilidade das enfermeiras, que interpretam a realidade da

VDCM como um fenômeno que não se restringe aos problemas físicos de saúde, mas também engloba agravos à saúde mental.

Segundo Arruda (2007) a ideia-imagem é uma forma de pensamento que apela para as leis da memória e da sugestão. Nesse sentido, pode conter traços afetivos que se incorporam à representação social. A vergonha, expressa pela mulher tapando a face, geralmente é mencionada por aquelas que vivenciam agressões no contexto doméstico, frente às percepções negativas da sociedade sobre o assunto e aos danos causados no âmbito familiar, social e profissional.

Considerando que o imaginário das enfermeiras, representado pelas imagens, pode dar sentido à ação, acredita-se no seu caráter dinâmico como orientador do processo de cuidar das vítimas. Contudo, Arruda (2007) alerta que a força mobilizadora da ação depende do quanto ela se vincula às crenças, aos sentimentos e às lembranças do sujeito.

6.5.2.2.3 Articulação da dimensão conceitual X imagética na identificação da violência doméstica

Os discursos das enfermeiras também contemplam o conhecimento acerca da VDCM. Elas expressaram as formas física, psicológica e sexual, além de reconhecerem condutas do parceiro que podem servir como desencadeadoras da violência. Compreendiam, nesse sentido, que a violência psicológica pode ser tão ou mais intensa do que outras expressões.

Eu acho que desrespeito à mulher; não é só aquele desrespeito em relação a alguma lesão física. Acho que o pior é a violência psicológica que acontece com a mulher.
(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Às vezes a violência é mais forte verbalmente do que fisicamente, pelas coisas que o companheiro, geralmente é o companheiro, fala para essa mulher. Ele humilha, ele desvaloriza, ele constrange, eu acho que tudo isso envolve violência contra a mulher.
(*ent_035 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Violência contra a mulher ocorre de toda a maneira, violência física, violência psicológica, opressão, violência sexual, viver dependendo do homem para comer, ciúme do companheiro. Tem muitos companheiros que têm ciúmes dos filhos; a mulher tem filho e o companheiro acha que ela está vivendo só para os filhos, e por isso bate, situações diversas.
(*ent_042 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Começa com a violência verbal e depois violência física, violência sexual, e a violência começa a se alongar.

(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Esta subclasse contempla, em parte, a dimensão conceitual da VDCM. Associa-se à organização dos conhecimentos que o grupo possui acerca do objeto social (MOSCOVICI, 212). Neste estudo, progressivamente, os conhecimentos e percepções ganham expressão e visibilidade perante uma concepção mais ampliada da VDCM, não se limitando à forma física, a mais noticiada e reconhecida pelos profissionais da saúde (VIEIRA et al., 2013).

Observa-se a importância atribuída à violência psicológica e verbal, frente à desqualificação da mulher pelo parceiro. Cientificamente, ambas consistem em todo ato que cause dano emocional à mulher, diminuição da autoestima; ações que visem degradar, controlar, ou suprimir a liberdade, mediante ameaça, humilhação, privação do direito de ir e vir (BRASIL, 2006). Outras ações violentas, discutidas mais recentemente, incluem proibir a mulher de sair à noite e de usar determinada roupa, obrigar a compartilhar a senha das redes sociais, forçar a excluir amigos virtuais, publicar fotos íntimas da parceira, entre outros (INSTITUTO AVON, 2014).

Assim, essa modalidade da violência foi expressa, entre as entrevistadas, pelo ciúme por parte do parceiro; pela humilhação, desvalorização e pela recriminação das condutas da mulher, além da cobrança do cumprimento das atividades rotineiras, relatada em outros discursos. Comumente, esse tipo de violência se desenvolve de forma silenciosa, expressa em ações aparentemente não relacionadas ao conceito de violência, como gestos, olhares, exigências e xingamentos (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Embora de difícil identificação, resultados de pesquisas apontam para a prevalência da violência psicológica no relacionamento, o que permite interpretar o reconhecimento das vítimas sobre essa forma de violência (ALBUQUERQUE et al., 2013; MOURA et al., 2009). Além disso, sabe-se que não ocorre sozinha, conforme apontado por Moura et al. (2009), ao evidenciarem a combinação das formas física, psicológica e sexual entre mulheres residentes em uma área metropolitana de Brasília/DF.

Em uma análise qualitativa realizada com três casais, foi observado o estresse psicológico crônico. Os relacionamentos conjugais eram isentos de agressões físicas, porém, as ofensas mútuas, a dificuldade para a resolução verbal

de conflitos, o tom de voz incisivo, e a indiferença ao outro contribuíram para a manutenção desse tipo violência entre os casais, bem como para o desgaste do relacionamento (COLOSSI; FALKE, 2013).

Em um conceito ampliado da VDCM, as enfermeiras ainda discorreram sobre o fenômeno como um ciclo, que inicia sutilmente e começa a se alongar com agressões mais intensas e associadas. Esse ciclo, composto por três fases, inicia-se com pequenos gestos, crises de ciúmes, agressões verbais e ameaças. Posteriormente, eclodem as agressões mais intensas, com danos físicos e sexuais. Por fim, a fase denominada lua de mel refere-se àquelas situações em que o parceiro se arrepende e temendo o término do relacionamento implora perdão, presenteia a vítima e faz promessas de que não voltará a agredi-la (SOARES, 2005).

A violência psicológica por ser subjetiva pode ser banalizada. A sexual pode ser aceita pela mulher como justificativa de sua condição de esposa em saciar os desejos do marido (NASCIMENTO; RIBEIRO; SOUZA, 2014). Entretanto, a física é valorizada pelas mulheres vitimadas frente aos agravos imediatos, seja pelas marcas no corpo, pela dor, seja pela incapacidade momentânea ou permanente.

Nesse sentido, a identificação de uma mulher vítima de violência doméstica é algo que ultrapassa as habilidades técnico-científicas dos profissionais da saúde. Isso se deve tanto ao problema complexo que é a VDCM, bem como pela dificuldade das mulheres de revelarem as situações vivenciadas (VIEIRA et al., 2013; ALBUQUERQUE et al., 2013). Há um consenso de que as marcas físicas, quando presentes, auxiliam na identificação do problema, como observado nas falas das entrevistadas.

Identifico porque, geralmente, ela [a vítima] é mais calada, aparece com hematoma no rosto, nos braços, violência física.
(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Identifico se a vítima for agredida fisicamente, pelas marcas, violência física. Identifico se forem aquelas vítimas coagidas pelo companheiro, com ameaças de morte, violência psicológica, pelo próprio problema psicológico que ela acaba apresentando.
(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Identifico ou suspeito, geralmente, quando é física, violência física. Quando é violência psicológica é mais difícil, ou violência verbal, mas a violência física podemos suspeitar quando aparece com um hematoma, alguma coisa meio visível, uma marca no rosto, alguma coisa que dê para enxergar pelo corpo.
(*ent_029 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Analisando as falas fica evidente que a violência física é facilmente reconhecida pelas marcas observadas no corpo da mulher, ou seja, pela imagem observada (GOMES et al., 2014; NASCIMENTO, RIBEIRO, SOUZA, 2014). Parece que hematomas, edemas faciais, e outros sinais físicos servem como “respaldo/certeza” para os profissionais interrogarem a cliente sobre o assunto (GOMES et al., 2014).

O que ocorre em parte dos casos é o impasse comunicacional, no qual a vítima não revela a violência sofrida e o profissional não pergunta (MOREIRA et al., 2008). Alguns, por acreditarem no modelo biologicista, centrado nas queixas; ou por não sentirem segurança para falar sobre tais problemas no atendimento de saúde (BERGER; GIFFIN, 2011). Outros, embora suspeitem dos agravos, preferem calar-se por não saber como dar seguimento ao atendimento, exercendo, assim, a assistência hegemônica na saúde (GOMES et al., 2013).

Pesquisadores, ao estimarem a prevalência de violência física conjugal em uma comunidade de baixa renda, em São Paulo, identificaram que 10,0% das vítimas julgaram necessitar de cuidados médicos e 4,9% recorreram ao serviço de saúde. Além disso, das 111 mulheres que sofreram violência grave, a taxa de incapacitação para o trabalho foi de 16,0% (MIRANDA; PAULA, BORDIN, 2010).

As entrevistadas expressaram diferentes sinais para identificar diferentes tipos de violência. Para a forma física, destacaram as marcas no corpo e a severidade dos agravos associados à evolução das lesões. Para a psicológica sustentaram-se no comportamento da mulher, que pode apresentar-se agressiva, reprimida diante do parceiro ou cabisbaixa.

Identifico uma vítima pelas suas atitudes. Ela, muitas vezes, está rindo, mas tu notas que não é um sorriso verdadeiro, que tem certo ar de tristeza. Tu notas que ela é uma pessoa alegre, mas na frente do companheiro ela é uma pessoa fechada, não fala muito, não se expressa, com medo das atitudes dele.

(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Eu identifico, quando não é violência física, a pessoa é cabisbaixa, depressiva, muitas vezes fica agressiva também, querendo descontar no próximo ou até fisicamente mesmo. Aqui no hospital eu já vi uma vez, não era paciente minha, um caso de violência física, a pessoa estava com o rosto deformado.

(*ent_019 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Em vista disso, pode-se dizer que a identificação da violência está diretamente ligada à imagem formada das vítimas. Na percepção de profissionais de uma maternidade pública, sobre as relações de gênero e sobre a violência, também foram

apontados os comportamentos de pacientes e familiares nas consultas, como possíveis sinais de violência. No estudo, situações como o pedido de prescrição médica pela gestante, para evitar relação sexual, ou mesmo a insistência na realização de ultrassonografia frequente são motivos que deixam a equipe de saúde em alerta (BERGER, GIFFIN, 2011).

Sabe-se que as repercussões na saúde da mulher podem ser irreversíveis, quando ocultadas pela vítima. Mulheres submetidas à violência psicológica tendem a apresentar maior fragilidade relacionada à autoestima e autoimagem, apresentar tristeza, raiva, depressão, síndrome do pânico, tentativa, de suicídio, bem como distúrbios alimentares, medo, dificuldades para encarar um novo relacionamento e isolamento social (ALVIM, SOARES, 2005; LETIERRE, NAKANO, 2011; SILVA, COELHO, CAPONI, 2007; VALE et al., 2013).

Mesmo assim, dificilmente procuram ajuda externa nos casos de violência psicológica. Tendem a aceitar e justificar as ações do agressor, protelando o relato de suas angústias, até que uma situação de violência física ocorra (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007). Todavia, a busca por ajuda no serviço de saúde é recurso não só para a resolução dos agravos físicos, mas também para os psicológicos (LETIERRE; NAKANO, 2011), geralmente mais sentidos pelas vítimas.

Destaca-se que, independente do tipo de violência, essa pode ser revelada nas queixas vagas, que não correspondem à investigação clínica (VIEIRA et al., 2013). Dessa forma, é imprescindível que o profissional não se limite apenas aos aspectos observados na inspeção, incorporando no atendimento práticas profissionais holísticas e humanizadoras.

Frente à não identificação de situações de violência conjugal por profissionais da Estratégia Saúde da Família de um município da Bahia, alguns acreditavam que este agravo não era uma realidade que se fizesse presente nos serviços de saúde do município. Essa fragilidade pode estar associada aos currículos que ainda não contemplam a violência doméstica como objeto da saúde (GOMES et al., 2014).

Destarte, de acordo com os conteúdos desta subclasse constata-se que a dimensão conceitual da VDCM carrega um conhecimento ampliado acerca das expressões da violência, inclusive com exemplificação de atos que configuram-se como ações violentas. Quanto à identificação de uma mulher vitimada, as enfermeiras destacaram as marcas físicas, mas também reconheceram outras características comportamentais da mulher que podem estar associadas à VDCM. Entende-se,

assim, que o conceito sobre o objeto de estudo está articulado com a imagem da VDCM, vinculada com o campo de atuação profissional.

6.5.2.3 Percepções sobre a mulher vítima de violência doméstica – Classe 6

Na composição da classe 6 constam 175 U.C.E representando 15,0% do *corpus* em análise. Em relação às formas reduzidas, 139 termos fundamentaram a classe, sendo analisados aqueles com $Kh^2 \geq 18$.

Tabela 7. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 6. Rio Grande/RS. 2014.

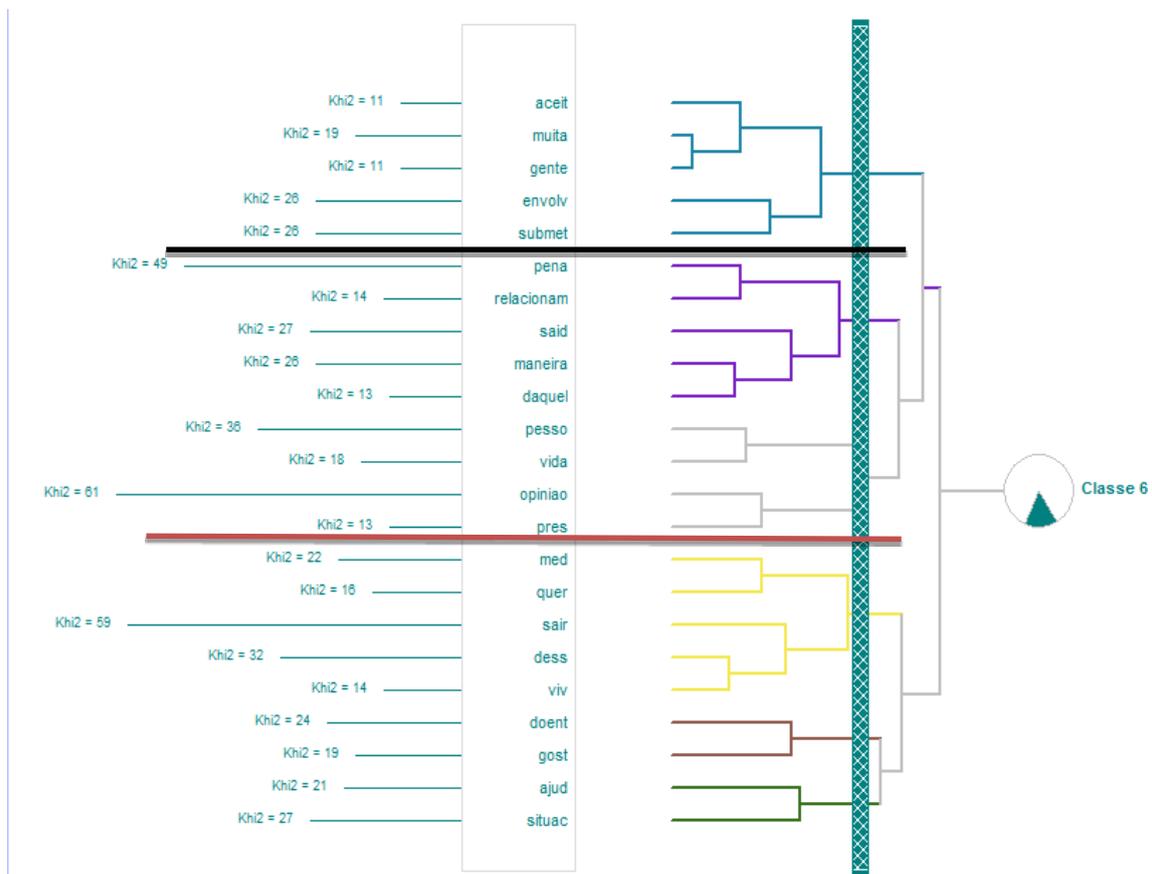
Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
opinião	opinião(17)	62
sair	sair(34)	60
pena	pena(20)	50
peço	peço(80) pessoal(3) pessoas(19)	36
coragem	coragem(10)	34
relação_doente	relação_doente(6)	28
said	saída(11) saído(1)	28
situac	situação(47) situações(4)	28
envolv	envolve(5) envolver(7) envolvermos(1) envolvia(1) envolvo(1)	26
maneira	maneira(9) maneiras(1)	26
submet	submete(2) submetem(5) submeter(3)	26
doent	doente(5) doentes(1) doentio(2)	25
dig	diga(2) digo(6)	23
enxerg	enxerga(4) enxergar(5) enxergavam(1) enxergávamos(1) enxergo(1)	23
med	medo(38)	23
acostum	acostumam(1) acostumaram(1) acostumou(2)	22
ajud	ajuda(27) ajudada(1) ajudamos(1) ajudar(10) ajudas(1) ajude(1)	21
liber	liberada(1) liberdade(6)	21
sustent	sustenta(3) sustentar(1) sustento(1)	21
gost	gosta(7) gostam(1) gostar(3) gostava(1) gostou(1)	19
Submetendo	submetendo(6)	18
Vida	vida(22)	18

As formas reduzidas com maior associação estatística à classe são *opinião*, *sair*, *pena*, *coragem*, *relação doente* que encerram-se em si mesmas, além de *peço*,

said e *situac* que englobam outras composições semânticas. De maneira geral, a classe compreende conteúdos que retratam o julgamento das enfermeiras sobre o objeto de estudo, bem como sobre as vítimas.

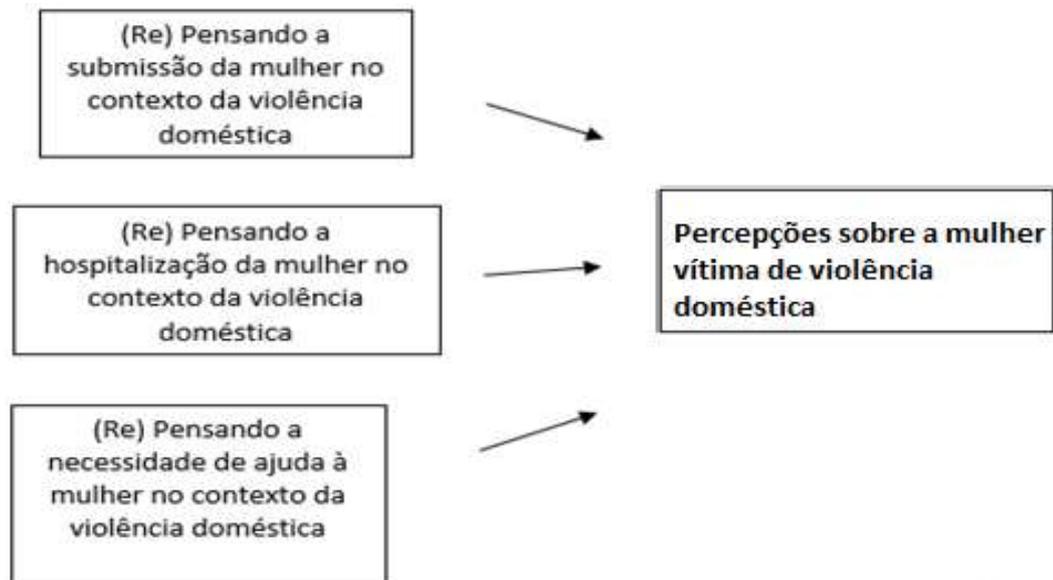
De acordo com a C.H.A, na Figura 36, apresenta-se de maneira mais detalhada a divisão das temáticas que compõem a classe 6.

Figura 36. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 6 – Percepções sobre a mulher vítima de VD. Rio Grande/RS. 2014



Segundo as divisões binárias pode-se indentificar três temáticas nesta classe, que geraram três subclasses. A primeira delas, representada pelas formas reduzidas *aceit*, *muita* e *gente*, *envolv* e *submet* refere-se à opinião das enfermeiras acerca da submissão da mulher, o que contribui para a ocorrência da VDCM. Abaixo da linha preta os termos indicam as razões que levam a mulher à hospitalização. A seguir, abordam-se os aspectos relacionados ao apoio à vítima como condição para deixar a situação de violência. Na Figura 37 apresenta-se a composição da classe.

Figura 37. Esquema da composição da classe 6. Rio Grande/RS. 2014.



6.5.2.3.1 (Re)Pensando a submissão da mulher no contexto da violência doméstica

Esta subclasse apresenta elementos relativos à opinião das entrevistadas sobre as mulheres vitimadas. De um lado, as enfermeiras argumentaram sobre a submissão da mulher, desencadeada pela dependência financeira ou emocional, ou mesmo pelo medo diante da tomada de decisão. De outro, acreditavam que as vítimas são pessoas fracas, inseguras e covardes por aceitarem a situação e não buscarem outras formas para sobreviver.

Identifico como uma pessoa insegura, uma pessoa extremamente submissa, e covarde, porque há certa covardia de não enfrentar a vida, porque elas não conseguem enxergar a vida além daquele relacionamento.

(*ent_043 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Também de alguma maneira deve achar que está merecendo, porque algumas acham que merecem. Eu acho que é mais de quem é totalmente dependente financeiramente, que não tem como sair da casa, não tem como alugar uma casa, não tem como se manter, se sustentar.

(*ent_027 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Sinceramente, a minha opinião é que é uma pessoa que tem que ser trabalhada espiritualmente, que tem que ser trabalhada emocionalmente, que é uma pessoa fraca. É uma pessoa que acha que não tem a capacidade de conseguir nada por si só, que precisa do outro para se manter viva, e se submete a esse tipo de situação.

(*ent_045 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Outros estudos que analisaram a representação da violência doméstica contra a mulher também contemplam, em parte, um olhar sobre a vítima (COSTA, LOPES, SOARES, 2014; SILVA et al., 2015;). É quase inevitável representar tal objeto sem surgirem aspectos relacionados à submissão feminina, que em muitos casos advém de questões culturais.

As falas retrataram o julgamento das entrevistadas acerca da vítima, dando a entender que ela é responsável pela violência sofrida, frente à submissão assumida. Inúmeros são os motivos que fazem com que a mulher permaneça no contexto violento. Assim, ser covarde, fraca ou submeter-se à violência, conforme explanado, pode ser justificado pelas vítimas devido ao envolvimento emocional com o parceiro, ao desejo de manter a união da família e à dependência financeira (CARVALHO et al., 2010; JONG, SADALA, TANAKA, 2008).

Além disso, existe a crença do casamento perfeito, em que a mulher acredita na mudança do companheiro ou, ainda, argumenta o descontrole do marido devido ao consumo de bebida alcoólica, pois o considera ser uma boa pessoa que só se torna agressiva quando bebe (MOURA, LEFEVRE, MOURA, 2012; VELOSO, MONTEIRO, 2012). Essas questões deixam explícita a desvinculação da ocorrência da VDCM somente na classe socioeconômica baixa.

Pode-se dizer que menor escolaridade, associada a baixos salários, e maior número de filhos realmente podem aumentar a dependência da mulher ao parceiro, reforçando a passividade na relação (OLIVEIRA et al., 2009). No entanto, foi evidenciado em estudo que analisou a ocorrência de VCM entre aquelas com independência financeira que, apesar de independentes financeiramente, muitas mulheres continuavam submissas, cabendo ao homem o controle das contas da família (UBISSE, 2009).

Muitas delas silenciam por medo das consequências, pela vergonha ou por sentirem-se responsáveis pela violência (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Assim, facilmente a rotinização da violência pode ser encarada como algo punitivo, a ponto de a mulher se culpabilizar, buscando respostas onde não há perguntas; pois é boa mãe, lava, passa e cozinha (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013).

Em muitos casos a pressão externa dos familiares, do marido, dos filhos faz com que voltem atrás e retomem a sua posição de mulher dentro da família tradicional (JONG; SADALA; TANAKA, 2008). Os sentimentos da vítima em relação ao cônjuge flutuam do amor ao ódio, da esperança à decepção e, dessa forma, são culpabilizadas

pela sociedade tanto quando retornam para o lar quanto ao evitarem a denúncia. Assim, o processo de separação se torna difícil e lento fazendo com que aumente a estigmatização da mulher.

De acordo com Moreira, Boris e Venâncio (2012), o estigma se refere a um atributo depreciativo, não sendo apenas uma qualidade pessoal, mas uma forma de denominação social, uma marca que inferioriza a pessoa causando certa perturbação. Na perspectiva das RS discute-se acerca das atitudes que configuram-se como posições favoráveis ou não a determinado objeto. Neste caso, enfatiza-se a importância de conhecer as opiniões, atitudes e imagens acerca da VDCM, pois englobam aspectos relacionados aos atores da violência.

Ficou clara a carga moral apresentada nos discursos. Obviamente, ao analisar somente as opiniões nesta subclasse, não há argumentos suficientes para inferir acerca de uma influência negativa no cuidado. No entanto, os resultados dão margem para a necessidade de problematização dos saberes fundamentados na perspectiva de gênero.

6.5.2.3.2 (Re)Pensando a hospitalização da mulher contexto da violência doméstica

Na perspectiva do ato violento como desencadeador de hospitalização, evidencia-se uma mudança no discurso das informantes. A tomada de posição, inicialmente negativa, de culpabilização, é revestida por uma opinião mais positiva em relação à vítima, que pode ser influenciada pelo imbricamento ao campo de atuação profissional.

De repente essa pessoa morando sozinha, tomando outro rumo, teria uma vida com mais qualidade. A minha opinião é que ela é uma sofredora; uma guerreira ao mesmo tempo, pelo fato de ser hospitalizada e aguentar tanto tempo vivendo junto.

(*ent_007 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_02).

Eu acho que ela está numa situação sem saída para ela ficar se submetendo a isso. Para ela não tem saída, porque eu não acredito que uma pessoa vai ser várias vezes hospitalizada por apanhar, por ser agredida, e não tomar atitude nenhuma.

(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

A minha opinião sobre a mulher que chega a ser hospitalizada pelas agressões é de pena mesmo, eu tenho pena, porque eu acho que é uma pessoa que não tem coragem de sair daquele círculo, ela tem tanto medo que permanece ali.

(*ent_048 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

É o termo que se usa, gosta de apanhar, mas ninguém gosta de apanhar, quem pode gostar de apanhar? Ninguém, nem um homem. O que me leva a pensar é isso, que vida tem essa

mulher que ela não vê a chance de ter uma vida diferente? Que condições de cultura, de apoio tem essa mulher para viver numa vida dessas? Eu não sei explicar o que leva uma pessoa chegar num estágio de violência a ponto de ser hospitalizada. (*ent_032 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

A necessidade de hospitalização carrega, mentalmente, a gravidade acerca das lesões provocadas na vítima. É com base nisso que os discursos se reorganizam, apresentando um lado afetivo, de pena, de necessidade de ajuda à mulher vitimada. A internação devido à violência aponta para uma reflexão das enfermeiras sobre os porquês, sobre a necessidade dessa mulher de mudar o rumo, sobre as condições de vida e a rede de apoio, caracterizando um olhar holístico sobre o sujeito.

Embora o ápice da violência seja a morte, as entrevistadas mencionam a hospitalização como maior gravidade, ocorrendo quando a mulher não tem a quem recorrer. Significados atribuídos ao relacionamento violento por quem já foi agredida incluem o medo do parceiro, o medo de perder os filhos e o temor frente às ameaças contra a vida, que passam a minar o convívio. Esses sentimentos podem levar ao isolamento e interferir na iniciativa de expor a situação a alguém, limitando as possibilidades de ajuda (SOUTO; BRAGA, 2009). Em contraposição ao cárcere privado, as enfermeiras se referiram ao aprisionamento na relação violenta, na qual a mulher não enxerga saída.

A vergonha da família, dos vizinhos, a falta de apoio social contribuem para a permanência da mulher na relação (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011). As dificuldades que encontram em deixar o relacionamento também podem ser explicadas perante a esperança de dias “gratificantes”, uma vez que oscilam entre momentos alegres e tristes (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Nesse sentido, alguns autores têm a opinião de que as mulheres não consentem a violência, apenas cedem (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011). Isso se explica, pois elas são detentoras de parcelas infinitamente menores de poder do que os homens, resultando na imposição de força e de violência, por parte do sexo masculino.

Estudo realizado por Leal e Lopes (2005), com o objetivo de conhecer e compreender o “olhar” e o fazer das trabalhadoras de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de violência, mostrou que essas profissionais primam pela necessidade de identificar o que está por trás de uma tentativa de suicídio ou de um trauma acidental. Todavia, ao mesmo tempo em que essa identificação auxilia no

planejamento dos cuidados, gera rotulações do “marginal”, do “custodiado”, “do trabalhador ou cidadão de bem” (LEAL; LOPES, 2005).

São situações que fazem parte do cotidiano profissional, da mesma forma que encontrado neste estudo. Os resultados mostram que diante da hospitalização há um sentimento de pesar sobre as mulheres, que precisam ser cuidadas, acolhidas e orientadas.

A intensidade da violência parece ser um fator de avaliação da mulher, como cúmplice ou vítima. Todavia, independente dos julgamentos, revelados, espera-se que não transformem a assistência em uma terapêutica punitiva ou excessivamente sentimentalista.

6.5.2.3.3 (Re)Pensando a necessidade de ajuda à mulher no contexto da violência doméstica

Analisando as formas reduzidas desta subclasse, juntamente com as U.C.E. mais representativas, observa-se a percepção das enfermeiras sobre a necessidade de apoiar a mulher. Elas entendiam que dificilmente uma mulher consegue se desvincular das agressões sem o amparo familiar, profissional ou social. As falas sinalizam para uma tomada de posição positiva, contradizendo o ditado popular de que em “briga de marido e mulher não se mete a colher”.

Embora eu vá ajudar ela, eu fico questionando por que ela está dessa forma, será que ela não tem ajuda mesmo? E se ela não quer ser ajudada?
(*ent_040 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Ajuda da família, ajuda profissional, ajuda de todo mundo que puder. Ela está doente, ela não está bem. Ninguém que está bem se permite ser agredida. É porque ela tem medo ou não consegue se desvencilhar dessa situação, com certeza não é porque ela quer ou porque ela gosta.
(*ent_047 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01)

A minha opinião é que elas precisam de ajuda, porque eu acho que seja como uma droga, tu te manter num relacionamento de uma pessoa que te machuca, tanto moralmente quanto fisicamente, e tu não conseguir se desligar daquele tipo de relacionamento.
(*ent_004 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_01).

É tentar descobrir no que ela considera família, tentar descobrir quem representa alguma coisa para ela, para essa pessoa servir de apoio, de âncora, porque é complicado a pessoa sozinha sair desse ciclo. Muitas vezes a pessoa já vem de uma história familiar complicada, que dentro de casa já existiam alguns maus-tratos, e voltar para aquela realidade...
(*ent_034 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

A preocupação com o contexto de vida da mulher revela o conhecimento das profissionais acerca dos vínculos e da rede de apoio como recursos para a possibilidade de mudança de vida. Alguns dos motivos que mantêm a mulher na situação de submissão são a falta de apoio familiar e o desconhecimento dos serviços a que pode recorrer para assegurar os direitos e a proteção contra o agressor.

Dessa forma, a sensação de vulnerabilidade das mulheres aumenta, diante do silêncio e, secundariamente, da insegurança instalada. A rede primária de apoio, caracterizada pela família, é um dos principais suportes no enfrentamento da violência, pois geralmente é com a mãe, tias e amigas que elas desabafam, acreditando que a busca por um serviço aumentará sua exposição ou por acreditarem no baixo potencial agressivo a que foram submetidas (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

Apesar disso, acredita-se que as redes primárias encontram-se fragilizadas no cotidiano das mulheres em situação de violência doméstica. Comumente, implicações da desestrutura no núcleo familiar de base interferem na possibilidade de acolhimento, de amparo afetivo e emocional. Tais interferências são desencadeadas por diferentes motivos, como a violência intergeracional, o uso de drogas por parte do pai, o padrão de comunicação ineficaz entre os membros da família ou relação agressiva com mãe, pai e filhos (DAHMER et al. 2012; DE ANTONI, BATISTA, 2014).

Em outras situações, a consciência tradicional da família prima pelo casamento e pela manutenção da mulher ao lado do marido, independente dos conflitos. Assim, por vezes, são incentivadas a desistir da separação, passando a banalizar os atos agressivos e, portanto, retornando ao ciclo de violência (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009).

Portanto, investigar a rede de apoio e quem são os familiares das vítimas indica a preocupação das enfermeiras em relação à necessidade de olhar aquelas mulheres como pessoas que pertencem a um meio socio-relacional. Pensando dessa forma, o apoio profissional, como uma rede secundária, possibilita a implementação de ações que vão além do tratamento centrado no sujeito, ou seja, permite ações ampliadas em busca do enfrentamento da realidade. O apoio consiste na possibilidade de fazê-las descobrirem sua própria autonomia, exercendo o direito de escolherem, conscientemente, voltar ou não para o agressor (JONG; SADALA; TANAKA, 2008).

Encarar o fenômeno como um objeto de intervenção em saúde traz profundas discussões acerca da urgência em capacitar os profissionais para assistir as mulheres

em situação de violência. Esse é o primeiro passo para a reorientação da prática baseada no modelo curativista, para um modelo ampliado ao processo de saúde/doença envolvendo os atuais problemas sociais.

A violência doméstica por si própria não é considerada uma doença; o que desencadeia o processo patológico são as consequências, principalmente psicológicas, geradas a médio e longo prazos. Por isso, as mulheres vitimadas não podem ser rotuladas como “doentes” ou “sadias”, mas devem ser vistas como pessoas com demandas, físicas, mentais e sociais.

Independente do tipo de violência, tal situação debilita a saúde mental da mulher, sendo que as consequências psicológicas podem ser mais graves do que os efeitos físicos. Frequentemente, provoca baixa autoestima, desestímulo para o trabalho, sofrimento, irritabilidade, fadiga, cefaleia, distúrbios do sono e no padrão de alimentação, aumento do risco de problemas mentais como depressão, tentativa de suicídio e consumo de substâncias psicoativas (BARRETO, DIMENSTEIN, LEITE, 2013; OLIVEIRA, JORGE, 2007). Esses agravos também podem impedir uma reflexão crítica sobre a vida e, associados ao medo, mantêm muitas mulheres reféns da violência.

Ao comparar o relacionamento doentio com uma droga, fica implícito o grau de importância atribuído à necessidade de ajudar a mulher. De maneira semelhante à dependência química, vai se perdendo, gradativamente, o controle da vida; e sem a rede de apoio a tendência é permanecer no cenário de discussões, brigas e ameaças.

É nesse contexto que milhares de mulheres estão adoecendo silenciosamente, sem o devido diagnóstico, abordagem e acolhimento. Portanto, o reconhecimento macrossômico dos fatores de proteção e de risco à violência contribui para uma assistência livre de julgamentos, bem como para uma decisão reflexiva, por parte da vítima, sobre as alternativas para sua vida.

6.5.2.4 Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à violência doméstica contra a mulher – Classe 3

Esta classe abrange 101 das 1.139 U.C.E analisadas, o que representa 9% do *corpus*, e possui 108 formas reduzidas. Destas palavras, foram selecionadas 20, com $Khi^2 \geq 25$, por apresentarem forte associação com a classe, para elucidar as temáticas.

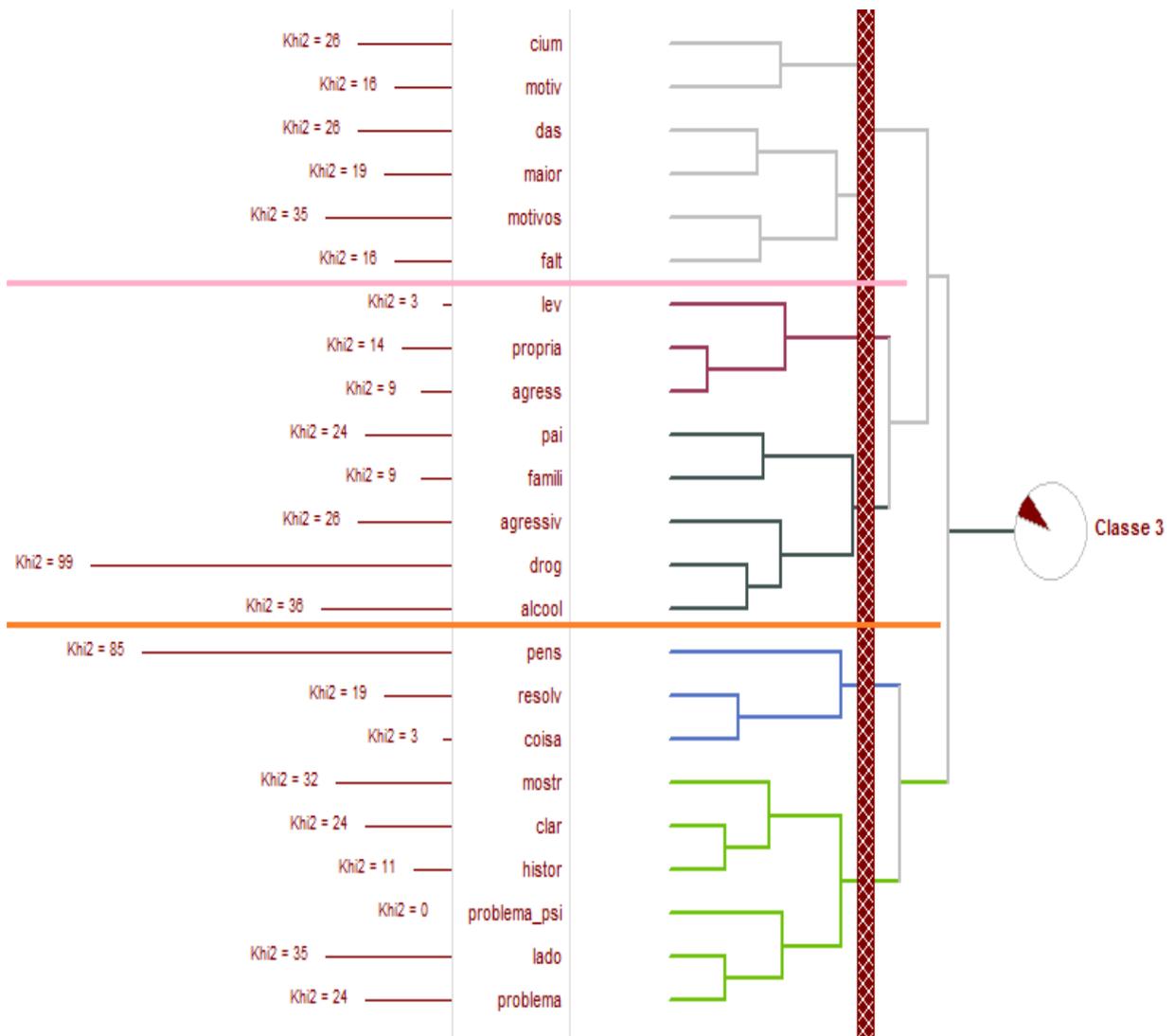
Tabela 8. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 3. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
drog	droga(7) drogas(13)	100
pens	pensamos(2) pensando(3) pensar(2) pensaram(1) pensas(1) penso(29)	86
problema_psic	problema_psicológico(9)	63
fator	fator(2) fatores(4)	51
justifica	justifica(8)	51
don	donas(1) dono(3)	41
bebida	bebida(4) bebidas(1)	41
usuário	usuário(2) usuários(2)	41
cri	criação(3) criado(2) criei(1)	38
álcool	álcool(6) alcoólicos(1) alcoolismo(2)	37
lado	lado(8) lados(1)	35
motivos	motivos(9)	35
mostr	mostrando(1) mostrar(6)	33
influenci	influencia(3) influenciam(1)	31
personalidade	personalidade(4)	31
sociedade	sociedade(8)	29
cium	ciúme(6) ciúmes(3)	27
agressiv	agressiva(5) agressivas(2) agressivo(5)	27
uso	uso(4)	25
educação	educação(9)	25

As formas reduzidas com maior associação estatística à classe são: *drog*, *pens*, *problema_psic*; *fator* e *justifica*, que se encerram no próprio contexto semântico. Esses termos evidenciam que os conteúdos desta classe referem-se aos fatores que desencadeiam a violência doméstica, sejam eles intrínsecos ou extrínsecos ao agressor.

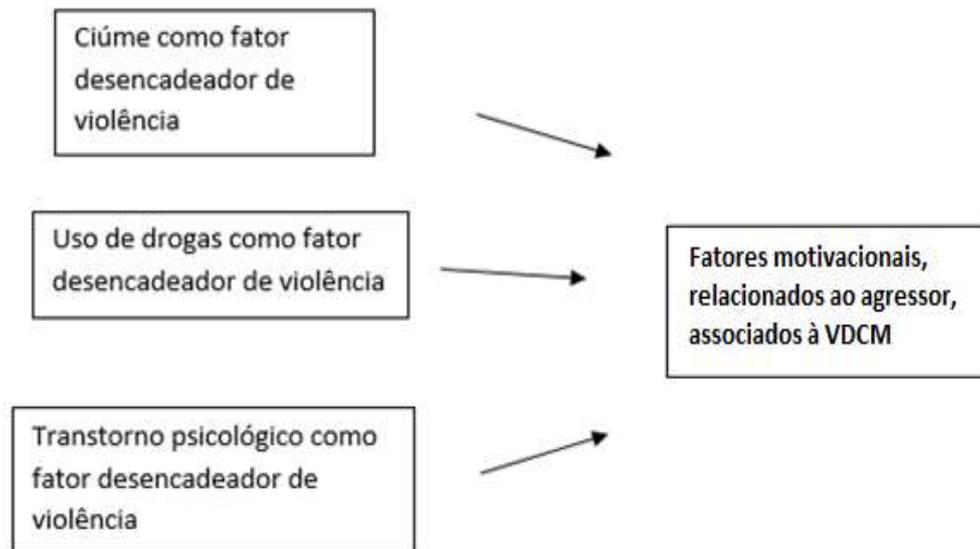
O dendograma da C.H.A, na Figura 38, apresenta a compreensão geral dos conteúdos da classe, elaborada com base nas cores das divisões binárias. Assim, acima do traço rosa as formas reduzidas *cium* e *motiv*; *das* e *maior*; *motivos* e *falt* abarcam como fatores o ciúme ou mesmo a falta de motivos para a prática da violência. Abaixo desse traço, *própria* e *agress*; *pai* e *famili*; *agressiv*, *drog* e *alcool* revelam a desestruturação do contexto familiar devido ao uso de drogas lícitas e ilícitas. A linha laranja faz outra divisão, isolando conteúdos referentes aos fatores que justificam a prática da VDCM com base nos transtornos psicológicos do agressor.

Figura 38. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3 – Fatores motivacionais, relacionados ao agressor, associados à VDCM. Rio Grande/RS. 2014



Observa-se que, nessa classe, a representação social da VDCM encontra-se intimamente relacionada ao contexto de vida do agressor e comporta três subclasses: Fatores motivacionais relacionados ao ciúme, Fatores motivacionais relacionados ao uso de drogas e Fatores motivacionais relacionados aos transtornos psicológicos do agressor.

Figura 39. Esquema da composição da classe 3. Rio Grande/RS. 2014



6.5.2.4.1 'Ciúme' como fator desencadeador de violência

As profissionais entrevistadas demonstraram possuir conhecimentos acerca dos fatores que podem contribuir para a prática da violência, entre eles os relacionados à supremacia masculina, evidenciados pelo ciúme. A naturalização do poder masculino sobre o corpo e as escolhas da mulher faz com que o ciúme reverta-se em sentimento de posse.

Muitas partes das brigas é por causa disso, por problema de ciúme, relacionamento de possessão. O homem acha que é dono da mulher, a mulher não pode nem olhar para o lado, não pode ir a uma loja, não pode se arrumar, não pode se vestir bem.
(*ent_042 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Penso que hoje em dia, pelo que eu vejo, eu acho que o principal entre o casal é o ciúmes, às vezes infundado, mas acho que é o principal motivo que acontecem as brigas.
(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Eu acho que são essas coisas que têm que ser trabalhadas na cabeça da pessoa, principalmente se for um casal. O ciúme é um dos fatores, porque tu vêes que a maioria de todas as agressões, geralmente, é motivada pelo ciúme.
(*ent_045 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Para evitar e tratar um problema social é necessário conhecer sua causa. Todavia, não há um único fator que explique a violência. A violência é resultado de

uma complexa interação de fatores individuais e contextuais que atuam sobre o comportamento. Um modelo ecológico, explanado pela primeira vez no final da década de 70, foi utilizado para auxiliar na compreensão da natureza multifacetada do abuso infantil. Posteriormente, os pesquisadores passaram a usá-lo para explicar a violência praticada por parceiro íntimo (KRUG et al., 2002).

O modelo mostra a interação entre quatro âmbitos distintos: individual, familiar, comunitário e sociocultural. Os quatro níveis desse modelo permitem analisar os fatores que aumentam ou diminuem a probabilidade das pessoas de se tornarem vítimas ou agressores. Um nível pode reforçar ou modificar o outro (KRUG et al., 2002).

Em âmbito individual incluem-se os aspectos pessoais e biológicos contemplados pela idade, sexo, histórico de agressão, uso de drogas, impulsividade, transtornos psíquicos, violência intergeracional, entre outros. Em âmbito social citam-se, por exemplo, as normas da sociedade que aprovam o uso abusivo da força por autoridades policiais, normas que legitimam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; normas que sustentam a violência como uma forma de solucionar conflitos.

São normas relacionadas à violência e ao gênero, que não se manifestam somente em âmbito individual, mas também na família, na comunidade, no contexto macrossômico (PÉREZ, PREITO, CASES, 2004; LEITE, NORONHA, 2015). De acordo com os discursos das enfermeiras, o principal desencadeador da violência é fruto da socialização masculina, o que mostra a influência das questões socioculturais no âmbito individual. Como condição macrossômica, salienta-se, ainda, que, culturalmente, os meninos aprendem que homem não chora, que na escola não se deve apanhar, o que mostra a influência de variáveis situacionais e contextuais na socialização dos indivíduos.

Tais construções legitimaram a hierarquia na relação conjugal, os papéis e as regras entre o casal. Nessa conjuntura, é estabelecida a violência de gênero, um tipo de ação praticada pela pessoa que detém o poder para punir, intimidar, mandar e controlar o outro (JAEGGER, 2011).

As mulheres vitimadas pela VD mencionam o ciúme, a recusa da separação e o uso de bebida alcoólica como desencadeadores das agressões (CARVALHO et al., 2010, RIBEIRO et al., 2009, ACOSTA, 2015). Algumas encaram esse sentimento como sinal de dedicação e de amor por parte do companheiro (SAGIM et al., 2007). Na literatura, as conotações para o ciúme vão desde posse, para os povos da

antiguidade, à inveja, na cultura greco-romana. Atualmente, o seu sentido original, de zelo, está fortemente atrelado aos significados de agressividade, desconfiança e desamor (PIMENTEL, 2011).

Em discursos masculinos fica clara a relação de poder entre os sexos, explicitada por meio do controle dos homens sobre as companheiras, pelas decisões das suas amizades, das vestimentas e dos locais de convívio (GOMES; DINIZ, 2008). Nesse contexto, citam-se a insegurança e o medo de serem traídos, o que justifica as cenas de ciúme e, por conseguinte, as ações violentas (STREY, 2011).

No ápice da gravidade do fenômeno, o ciúme pode desencadear o homicídio, quando o homem acredita que, se a mulher não for dele, não será de mais ninguém (MINAYO, 2005). Essa virilidade que se apodera do corpo, dos desejos, dos projetos e da vida do outro também pode ser exercida sem que, ao menos, se tenha um motivo pontual para cometer a violência contra a mulher.

Tudo é motivo, eu acho que não tem nada exatamente que motive. O motivo é a pessoa em si, acho que qualquer coisa que a pessoa faça, para quem agride já é motivo. (*ent_034 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Penso na falta de companheirismo da pessoa porque, às vezes, entre o casal, acontece algum desdém e qualquer motivo o homem, muito machista, se acha dono da mulher. (*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Na concepção das profissionais basta ser mulher para ser agredida; é a verdadeira aplicação do “bato porque posso”, “bato para mostrar quem manda”. Tais respostas foram evidenciadas em pesquisa que questionou aos homens por que eles usavam de violência contra as mulheres (STREY, 2011). Observa-se, dessa forma, que esse condicionante é fruto de costumes arraigados na identidade masculina, que perpassa os processos de socialização dos homens, e recai na mulher sob forma de violência.

Não se quer, com essa discussão, vitimizar as mulheres, nem mesmo afirmar que todos os homens cometem violência. Contudo, os dados epidemiológicos mostram que a maioria é violentada na própria residência por pessoas de seu convívio, enquanto que os homens têm maior probabilidade de serem vitimados por pessoas estranhas, em âmbito público.

6.5.2.4.2 'Uso de drogas' como fator desencadeador de violência

Outro fator predisponente, elencado pelas enfermeiras, refere-se ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Elas relataram que a partir disso a violência se estende a toda a família e não só à companheira. Um ponto a ser destacado é que, embora as entrevistadas reconhecessem os efeitos negativos do uso dessas substâncias no organismo, bem como nas relações familiares, elas não visualizavam o usuário como uma pessoa doente, um dependente químico.

Tanto a mulher quanto o homem isso é errado, a agressão não leva a nada. Quanto aos motivos eu penso que bebida, álcool, drogas. O índice mais alto de violência, eu acho, que é por isso; a pessoa já é agressiva e depois que bebe fica pior. A droga também eu acho que grande parte é devido a isso.

(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

As drogas também, as bebidas, o alcoolismo, são as principais causas. Eu acho que ninguém faz violência gratuita, algum fundo tem; um exemplo, ou porque acha que vai resolver na força e não teve ninguém para parar essa pessoa.

(*ent_042 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Eu acho que hoje está muito envolvido o uso de drogas nas famílias. Eu acho que isso contribui, porque eles perdem muitos valores; a família não tem valor nenhum mais, o que só tem valor é a droga.

(*ent_040 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Mas sinceramente, em relação a eles [agressores] eu não penso nada, porque quem vive junto é que sabe como começou, até que ponto a família se submete. Acho que o usuário de drogas é um grande agressor e é a maior causa. Ele agride mãe, não é só a mulher dele que ele agride.

(*ent_043 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Várias são as pesquisas que discorrem sobre a associação entre a violência doméstica e a dependência de substâncias psicoativas (VIEIRA et al., 2014; ZILBERMAN, BLUME, 2005). De acordo com Zilberman e Blume (2005), o álcool frequentemente atua como um desinibidor alterando o *sensorium*, que engloba a sensação, a percepção e a interpretação de informações sobre o meio externo, desencadeando condutas violentas.

O alcoolismo é muito comum entre os homens, pois esse ritual faz parte da iniciação dos rapazes na sociedade. Entre eles, a bebida é compartilhada na roda de amigos, bem como funciona como válvula de escape para o estresse, servindo de

justificativa para atenuar a responsabilidade dos atos violentos cometidos (ALVES, DINIZ, 2005; DEEK et al., 2009; STREY, 2011).

No estudo de Sagim et al. (2007) foi observado que 29,3% dos boletins de ocorrência registrados por mulheres vítimas de violência doméstica apresentaram o consumo de bebida alcoólica como causa das agressões. Em pesquisas qualitativas foi evidenciado que o uso abusivo de álcool e drogas por parte do companheiro potencializou a violência contra as entrevistadas (TRIGUEIRO, LABRONICI, 2011; VIEIRA et al., 2014). Essas mulheres mencionaram uma relação harmoniosa antes de o companheiro começar a fazer uso de álcool e outras drogas.

As repercussões do uso do álcool no núcleo familiar não se restringem à violência doméstica, englobam problemas sociais, de trabalho e legais (REINALDO; PILON, 2008). No entanto, é no contexto privado que as manifestações se intensificam, considerando que outros fatores acentuam a instabilidade entre o casal. Fatores como o espaço físico da residência, o desemprego, a baixa escolaridade, a traição e o número de filhos podem influenciar na dinâmica da família (CAVALCANTE, SILVA, 2011; VIEIRA et al., 2008).

O problema se agrava não somente pelas consequências físicas, psicológicas e sexuais decorrentes das agressões, mas também devido à ingestão de bebida por parte da mulher agredida, como anestésico para as dificuldades de relacionamento com a família e com o cônjuge (SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008). Mulheres que já passaram por esta forma de violência são 2,3 vezes mais propensas a terem distúrbios devido ao uso de álcool e 2,6 vezes a terem depressão ou ansiedade (WHO, 2013). Cabe ressaltar que, assim como o álcool pode ser um importante facilitador da violência por parte dos homens, há evidência da associação de violência e uso de álcool pelas mulheres (WHO, 2013).

As enfermeiras compreendiam que os efeitos do consumo de drogas afetam as relações familiares, uma vez que o agressor passa a violentar tanto a companheira quanto outros membros da família. Nesse sentido, o *crack*, droga com forte potencial à dependência química, tem sido protagonista na quebra dos vínculos. A literatura divulga que, para manter o vício, os usuários roubam dinheiro e vendem pertences das vítimas, o que configura a violência patrimonial. Há casos em que furtam os alimentos, botijão de gás, roupas e brinquedos dos filhos (ACOSTA, 2012; VIEIRA et al., 2014). Quando perpetrada pelo parceiro íntimo, traz consigo sentimentos de

decepção, perda, fracasso, receio de ser atacada dentro do lar e da repercussão nas crianças (TRIGUEIRO; LABRONICI, 2011).

O uso de substâncias psicoativas é reforçado perante a configuração da família e da sociedade. As comunidades caracterizadas por problemas como tráfico de drogas ou com altos níveis de desemprego são mais vulneráveis (KRUG et al., 2002). Em pesquisa realizada por Scheffer, Pasa e Almeida (2010) foi averiguado histórico de uso de drogas pelos familiares dos participantes do estudo, que também eram usuários. O mesmo pode ocorrer com a violência intergeracional, pois vivenciar tais situações pode contribuir para uma prática agressiva, conforme evidenciado nas falas das profissionais.

Eu não concordo com as motivações, eu acho que é o ambiente familiar e social de onde tu cresceu, como tu foi criado, e também o desvio de caráter da pessoa.
(*ent_033 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

A maioria das vezes, os agressores são etilistas, vêm de uma família agressiva, vêm de um quadro familiar agressivo. Eu acho que teríamos que trabalhar essa parte agressiva, do machismo do homem, o homem se intitula macho, o dono.
(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

A reprodução dos comportamentos violentos, ao longo das gerações, tem sido discutida com base no aprendizado das crianças, a partir dos modelos de comportamento adotados no ambiente familiar, local de socialização primária (OLIVEIRA, SANI, 2009). O comportamento violento, socialmente apreendido, pode se expressar de maneiras diversas, por palavras ofensivas ou mesmo pelo uso de violência física como forma de resolver os conflitos.

Culturalmente as crianças são ensinadas a respeitar o pai, assim como as mulheres devem respeitar o marido, contribuindo para a instalação legitimando a dominação masculina no núcleo familiar. A violência, vista sob a perspectiva geracional, também pode ser decorrente da educação repressora, em que se utiliza espancamento e xingamentos como punição ao comportamento inadequado, sem que haja oportunidade para o diálogo (GOMES; FREIRE, 2005). Outra vertente divulga que filhos que presenciam a violência entre pai e mãe tendem a se revoltar contra aquele, demonstrando sentimentos negativos e mesmo o desejo de morte do progenitor (SANTOS; MARIN; CASTOLDI, 2013).

Destarte, um passado familiar sem violência pode ser um fator protetivo nas relações conjugais (OLIVEIRA; SANI, 2009). O vínculo familiar ou o acompanhamento

após os atos violentos também facilitam o enfrentamento do fenômeno. Com base em pesquisa realizada com 181 crianças, filhas de mães expostas à violência doméstica, foi observado que aquelas que receberam intervenção, juntamente com um dos progenitores, tiveram níveis mais baixos de externalização e internalização de problemas, apresentando atitudes mais positivas em relação à violência do que as crianças que não participaram na intervenção (GRAHAM-BERMANN et al., 2007).

6.5.2.4.3 *'Transtorno psicológico' como fator desencadeador de violência*

Nesta subclasse as entrevistadas apresentam uma percepção do agressor como uma pessoa que possui distúrbios psicológicos, o que justifica a prática da violência. Por isso, entende-se que seus argumentos expressam a preocupação com o fenômeno, considerando que só comete a VDCM alguém que está com a saúde mental prejudicada.

Não só emocionalmente, mas normalmente comprometida. Sobre a pessoa que comete a violência contra a mulher. Eu penso que ele deve ter algum problema também, algum problema psicológico. Não justifica o que ele faz com a mulher, mas algo que contribui para que ele se descontrole e agrida a companheira.
(*ent_003 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Penso que é justamente por isso, por ele não ser uma pessoa estável psicologicamente, nem emocionalmente, pode ter algum problema psicológico, pode ser até um psicopata, pode ser por vários motivos.
(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Eu penso que precisa de ajuda. São pessoas que têm problemas psíquicos, com certeza, eles têm problema psicológico. Ou essa pessoa sofreu violência na infância, ou ela tem uma necessidade de poder sobre as outras, alguma coisa ela tem, tem que ser tratada a respeito disso.
(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Na literatura internacional vários são os estudos que discutem a relação entre VD e o perfil psicológico do agressor (BOURGET, GAGNÉ, WHITEHURST, 2010; HENNING, JONES, HALDFORD, 2005). Nela, também são discutidos os parâmetros que levam à prática da violência e os sentimentos de culpa, de minimização ou de negação despertados após o ato.

Bourget, Gagné e Whitehurst (2010) analisaram os fatores clínicos característicos de perpetradores de homicídio e suicídio no contexto doméstico. Foi constatado que, dos 27 homicídios, 21 foram praticados pelo cônjuge, dois pelo ex-cônjuge, dois pelo pai, e dois cometidos pela mulher. Além disso, foi evidenciado que, dos 27 agressores, 68% praticaram suicídio após terem cometido o homicídio. De 20 agressores que passaram por avaliação mental, 75% tinham depressão maior, 10%, outro problema psiquiátrico, 10%, psicose e 5%, intoxicação aguda, no momento do crime.

Em estudo que objetivou analisar o perfil de homens e mulheres que cometeram homicídio conjugal no Estado de Quebec foi observado que os agressores eram mais velhos do que as vítimas, com menos de 12 anos de estudo, problemas com uso abusivo de drogas e que apresentavam transtorno de personalidade como problema psicológico mais frequente. As motivações apresentadas foram represália, reação à separação ou ciúmes (BORGES, 2009).

Sabe-se que não se pode generalizar os achados, pois outros fatores contornam a prática do ato violento e nem todo agressor possui algum distúrbio psicológico. No entanto, em vista daqueles resultados, corroboram-se as evidências relatadas pelas informantes deste estudo, de que há relação entre instabilidade mental e VDCM. No Brasil, há pouco investimento na reabilitação dos agressores, geralmente há foco na mulher vitimada pela violência. Esses dados mostram a relevância da assistência multidisciplinar, tanto à vítima quanto ao agressor.

Os estudos, no país, restringem-se às características sociodemográficas do agressor e do tipo de violência cometida (ALENCAR, MELLO, 2011; GRIEBLER, BORGES, 2013; SILVA et al., 2013). O perfil mostra homens com idade entre 30 e 40 anos, com ensino fundamental ou médio, em sua maioria, e com histórico de uso de álcool e de outras drogas em mais de 30% dos casos.

Segundo Rosa et al. (2008) circunstâncias de estresse e frustração podem ser consideradas gatilhos para o desencadeamento de uma condição psicológica que desestabiliza o homem. Alguns justificam sua agressividade perante as ações ou comportamentos inadequados da companheira, ou seja, a culpabilizam pela situação (ROSA et al, 2008). Para Anton (2012) palavras rudes e humilhação, por exemplo, podem equivaler a um assassinato simbólico, consciente ou inconscientemente desejado. A autora apresenta algumas características que condizem com o perfil de futuros agressores: baixa autoestima; envolvimento rápido e intenso desencadeando

o isolamento da parceira; exibição de comportamento controlador, ciúme excessivo, entre outros.

Quanto a esse último, há evidências do ciúme patológico, definido como Síndrome de Otelo. Esse sentimento caracteriza-se como um controle total dos sentimentos e do comportamento da companheira, incluindo preocupações demasiadas com os antigos relacionamentos e desconfiança infundada. Os agressores alimentam suas dúvidas apresentando comportamento obsessivo, exigindo confirmação dos locais que frequenta, checando *emails*, examinando bolsas (ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, 2008).

6.5.2.5 Assistência hospitalar às mulheres vitimadas – Classe 2

A classe 2 é a primeira referente à contextualização das ações e saberes que envolvem as práticas de cuidado à vítima de violência. Das 1.139 U.C.E, 203 são exclusivas dessa classe, representando 19,0% do *corpus*. Nesse sentido, pode-se dizer que é a maior classe, foi a mais problematizada, nela as enfermeiras trouxeram um maior número de informações, opiniões e situações vivenciadas no cotidiano do trabalho. Quanto às formas reduzidas 175 fundamentaram a classe, sendo escolhidas aquelas com $K^2 \geq 31$ para exemplificar os conteúdos presentes.

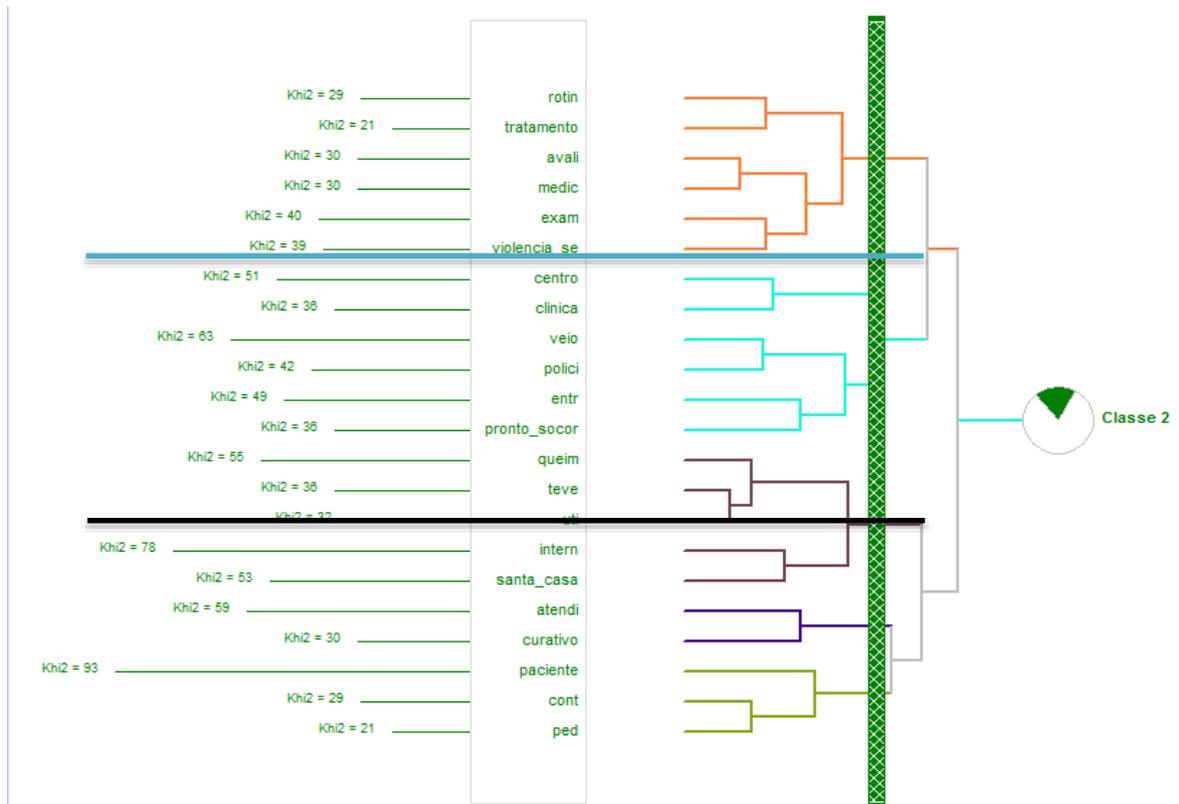
Tabela 9. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 2. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
paciente	paciente(56) pacientes(6)	94
intern	interna(5) internação(5) internada(6) internado(3) interno(1) internou(9)	79
veio	veio(20)	63
atendi	atendi(17) atendimento(19) atendimentos(2)	59
quem	queimada(6) queimado(7) queimando(1) queimou(8)	55
santa_casa	santa_casa(13)	54
centro	centro(12)	51
entr	entra(5) entrada(2) entrado(1) entram(2) entramos(3) entrando(1) entrar(6)	49
polici	polícia(32) policiais(3) policial(8)	43
exam	exame(7) exames(8) examina(2)	41
violência_sexu	violência_sexual(27)	39
clínica	clínica(8) clinicamente(1)	36

pronto_socorro	pronto_socorro(13)	36
teve	teve(29)	36
gestante	gestante(8)	32
obstétrico	obstétrico(7)	32
uti	uti(18)	32
avali	avaliação(9) avaliada(1)	31
curativo	curativo(8) curativos(4)	31
medic	medicação(8) medicada(1)	31

As formas reduzidas mais significativas à classe, ou seja, aquelas com maior Kh^2 foram *paciente* e *veio*, que encerram-se em si mesmas; e as palavras com outras composições semânticas *intern*, *atendi* e *queim*. Com base nessas principais palavras entende-se que os conteúdos da classe 2 contém elementos relacionados ao atendimento a mulheres hospitalizadas, tendo como causa a violência doméstica.

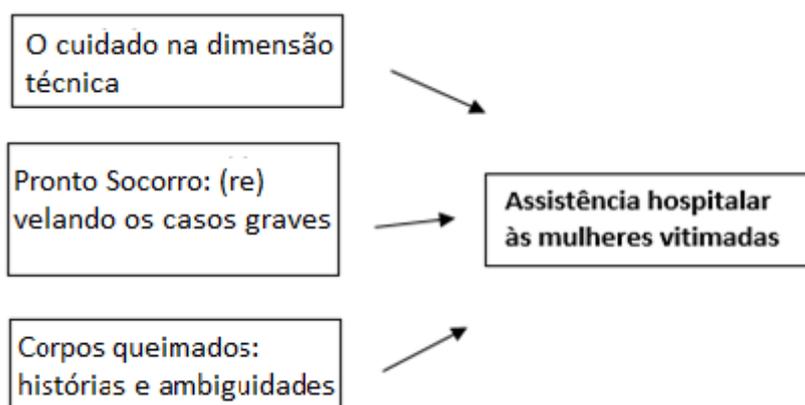
Figura 40. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2 – Assistência hospitalar às mulheres vitimadas. Rio Grande/RS. 2014.



Com base nas segmentações os conteúdos foram divididos em três subclasses. A primeira, acima da linha azul, apresenta conteúdos acerca da rotinização do cuidado, expressa pelos termos *rotin* e *tratamento*, *avali* e *medic*, *exam* e *violência_se*.

Já as formas *centro* e *clinica*, *veio* e *polici*, *entr* e *pronto_socor*, na segunda subclasse, fazem menção à urgência e emergência como porta de entrada ao hospital. E por fim, abaixo da linha preta, discorre-se acerca do atendimento às pacientes que internam com queimaduras, o que é mais frequente na Santa Casa, onde há uma unidade de Queimados. A seguir, expõe-se, de maneira esquemática, a composição da classe 2.

Figura 41. Esquema da composição da classe 2. Rio Grande/RS. 2014.



6.5.2.5.1 O cuidado na dimensão técnica

No cenário da atenção à mulher em situação de violência, em âmbito hospitalar, a enfermagem se insere para realizar os cuidados imediatos e mediatos. Por ser uma profissão direcionada às atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde, o cuidado é considerado fundamental. Ele implica numa relação interpessoal que permeia todas as suas dimensões.

Portanto, as práticas limitadas a um procedimento específico ou a uma intervenção terapêutica, no sentido de tratar um problema ou patologia, são consideradas como descuidar (WALDOW, 2001). Nas falas das enfermeiras, observam-se ações que de alguma forma centram-se na dimensão técnica, conforme as U.C.E. a seguir evidenciam.

Orientamos a fazer o exame de corpo de delito. Se for um desconhecido ou de risco, se faz todo o protocolo, vai para avaliação ginecológica. Tem um protocolo para a violência sexual, colhe os exames, faz a medicação, e é orientada a comparecer no Hospital-Dia. (*ent_043 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Elas vêm aqui quando estão machucadas, violência física, e quando é violência sexual. Nós perguntamos se foi na polícia, se registrou boletim de ocorrência, e encaminhado para o atendimento clínico.

(*ent_031 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Acho que envolve essa parte da enfermagem de encaminhar à psicóloga, porque a parte física é a nossa rotina. Não tem rotina [protocolo] na enfermagem, só na parte médica. Tem, pelo menos, quando sofrem alguma violência sexual, elas passam pelos residentes, vão coletar exames e entram com medicação.

(*ent_035 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Seguimos todas as regras, o que eu vou fazer é normal, é o mesmo tratamento para todos, em relação ao protocolo de atendimento da unidade. O protocolo é atender o paciente que chega, como faz, quais são as rotinas de banho, como são os curativos, a avaliação médica, os procedimentos cirúrgicos.

(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Eu acho que é aquilo que eu já falei, tu lamentas pelo caso, mas independente do que a pessoa é tu vai fazer o atendimento. Se tiver que higienizar, se tiver que fazer alguma coisa mais invasiva vai ser feito; só que olhamos com mais pesar para aquela pessoa, por ter passado por isso.

(*ent_007 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_02).

A rotinização do cuidado pode ser entendida como a realização de ações repetidas, impensadas e teoricamente previsíveis. Segundo Azevedo e Ramos (2006) o cuidado rotinizado leva à despersonalização e massificação do corpo, negando ao cliente a sua singularidade e individualidade.

Como pode ser observado nas falas, a assistência às mulheres se reduz à solicitação de exames, realização de curativos e avaliações clínicas, fundamentadas nas rotinas da unidade. Os discursos ganham mais sentido quando referentes à assistência às vítimas de violência sexual. Quando se trata desse tipo de violência cada hospital tem suas particularidades.

No hospital universitário há um protocolo de atendimento, aplicado pelos profissionais da medicina. Esse consiste no tratamento medicamentoso, na avaliação ginecológica e na coleta de exames laboratoriais. O acompanhamento das mulheres, para controle de Hepatite Viral e de HIV, é realizado na Ala Rosa, onde funcionam o Hospital-Dia e o Serviço Ambulatorial Especializado. Devido à sua estrutura organizacional, o HU é referência para os casos de violência sexual que chegam à Santa Casa.

Entende-se que o uso de protocolos confere respaldo ao profissional e segurança durante o atendimento, pois direciona as práticas de maneira sistematizada

possibilitando um atendimento efetivo e correto. Segundo Osis, Duarte e Faúnde (2012, p. 357) “a ausência de protocolos específicos aponta para a falta de parâmetros técnicos e científicos, essenciais no âmbito da racionalidade biomédica”.

Nesse sentido, profissionais da saúde mencionam que a utilização do protocolo tem importância indiscutível na indicação da medicação e no fluxo interno hospitalar, como, por exemplo, o encaminhamento após atendimento na urgência para o ambulatório de doenças infecciosas (PEDROSA; SPINK, 2011). Também auxilia na organização do itinerário da mulher em relação aos serviços que compõem a rede de apoio (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Portanto, o seu uso não se limita a uma prática rotinizada e impensada, pautada na profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, na anticoncepção de emergência e na coleta de material para exames. A existência de protocolos deve servir como base para nortear o processo de cuidar e facilitar o registro das intervenções, garantindo um atendimento de qualidade à mulher, por meio de relação solidária, respeitosa e acolhedora.

Reconhecendo o impacto desse tipo de violência na vida produtiva, bem como na saúde física e psíquica da mulher, reconhecendo que ainda atinge diferentes faixas etárias, fruto de uma cultura violenta e patriarcal, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, uma Norma Técnica que discorre sobre a Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

Esse compêndio problematiza a necessidade de um espaço físico, fora da área do pronto-socorro e da triagem, que garanta, no mínimo, a privacidade à vítima. Também discorre sobre normas gerais para a entrevista/registo das informações, do exame físico e ginecológico, dos exames complementares, medidas profiláticas, do encaminhamento ao IML, bem como do acolhimento por equipe interdisciplinar, com destaque para o apoio psicológico, iniciado, de preferência, na primeira consulta (BRASIL, 2011).

No entanto, é divulgado que, mesmo que os serviços de saúde ofereçam atendimento multidisciplinar às mulheres vítimas de violência sexual, as atribuições da enfermeira parecem não estar bem estabelecidas, uma vez que o Ministério da Saúde não definiu o seu papel nesta assistência (HIGA et al., 2008).

Nesse sentido, observa-se, nas falas das entrevistadas, certa invisibilidade das práticas de cuidado da enfermagem. Muitas das atribuições relatadas também

parecem ser da competência médica, o que permite inferir sobre a desvalorização das práticas que não têm relação com o tratamento físico.

Embora as práticas relatadas sejam atribuições da equipe médica, a enfermeira tem papel primordial no acolhimento da mulher, pois é a principal responsável pela triagem no âmbito hospitalar, espaço onde recebe vítimas de violência, além de permanecer 24 horas em contato com as clientes. Além disso, ao ser educadora em saúde e ao ter o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico que favorece o cuidado, é mister assumir uma prática além da rotina curativa, incluindo a prevenção desse agravo e a promoção à saúde da mulher.

Sabe-se que quando se trata de violência sexual contra a mulher o principal agressor é alguém que não possui vínculo com a vítima (FACURI et al., 2013). No entanto, pode ser cometida pelo parceiro íntimo dificultando a revelação da mulher (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2014). Nesse sentido, o cuidado prestado pela enfermeira precisa ser pautado no atendimento humanizado, contemplando a escuta, a avaliação do impacto emocional e não somente a investigação dos sinais e sintomas ginecológicos. Enfermeiras que assistem vítimas de violência sexual, embora apresentem sensação de medo, insegurança, angústia e ansiedade, reconhecem que o acolhimento é um fator fundamental para estabelecimento de vínculo e empatia com a cliente (REIS et al., 2010).

Por outro lado, Pedrosa e Spink (2011) evidenciaram em estudo a violência institucional, materializada na postura dos profissionais que privilegiavam o conhecimento científico ignorando o saber das usuárias. Villela et al. (2011, p. 119) identificaram o julgamento moral no manejo dos casos de violência sexual por meio de argumentos como: “Dizem que foi estupro, mas tinham usado droga”, “Muitas querem fazer aborto e arrumam esta desculpa”.

É preciso levar em consideração que a vivência da violência sexual em si não é determinante para a mulher buscar apoio. Outros aspectos como as reações de amigos, familiares e dos profissionais durante o atendimento contribuem para a tomada de decisão (FACURI et al., 2013). Portanto, independente do tipo de violência, a necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento às vítimas está diretamente relacionada à multiplicidade das consequências (LABRONICI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

Para que as ações de cuidado não sejam apenas técnicas, as enfermeiras precisam reconhecer a mulher vitimada na sua dimensão humana. Por trás da

vivência da violência há uma vida, uma história, uma organização familiar, portanto, essa mulher precisa ser tratada de modo singular, de forma a contemplar suas necessidades biopsicoespirituais.

Tratar uma vítima de violência doméstica com indiferença, com insensibilidade ou como 'mais uma', é romper o eixo principal do processo de trabalho da enfermagem, o cuidado. Esse, como movimento dinâmico e processual, não se limita ao conhecimento técnico e ao cuidado físico, busca atender às necessidades humanas através da visão subjetiva sobre o sujeito, seja por parte da equipe enfermagem, seja por parte da equipe médica.

6.5.2.5.2 Pronto-Socorro: (re)velando os casos graves

Nos casos em que os agravos resultantes dos atos violentos são mais intensos, o primeiro contato das mulheres ocorre nos hospitais, pelo pronto-socorro, local onde chegam por conta própria ou encaminhadas por outros serviços. Nos relatos das entrevistadas percebe-se a gravidade do fenômeno, frente à necessidade de tratamento cirúrgico e de internação em unidade de terapia intensiva.

Ela foi para o pronto-socorro, daí foi para o centro cirúrgico e depois veio para cá [UTI]. Nesse trâmite de pronto-socorro e centro cirúrgico é que ficamos sabendo da informação, mas não foi identificado por nós, de olhar o paciente e ter um sinal de violência.
(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Ela já estava internada, e como tinha polícia envolvida era mais com a polícia. Ela estava sobre os cuidados da polícia. Eu não tive que agir ou informar alguém, porque ela já estava sendo monitorada. Ela já chegou ao pronto-socorro com a polícia.
(*ent_008 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Não, não tem rotina de atendimento porque esporadicamente nós não recebemos. E se recebemos, foi como eu te disse, quando vem para a UTI já foi diagnosticado de fato a agressão, a polícia já está no meio, já é no último grau, como se diz, é quando estourou a bomba.
(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Depois de alguns dias internada na UTI, eu nem reconheci do dia que ela chegou; porque ela estava muito edemaciada quando chegou, olhos, boca, nariz. Foi rápido, porque a Santa Casa já transferiu a vítima nessas condições. Era suspeita de traumatismo craniano e ela era gestante.
(*ent_048 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01)

Geralmente, se vem de SAMU, é muito grave, e nós passamos direto para o médico e depois

faz a triagem. Mas se vem espontâneo, faz a ficha, a triagem algumas vezes, e dependendo da situação nós avisamos a polícia.

(ent_021 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01)

Acredito que lá no pronto-socorro isso aconteça com uma variante muito maior, porque é a porta de entrada do hospital. Acredito até que as gurias possam estar mais acostumadas a lidar, saber como agir.

(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

A gravidade da VDCM é também referida em outros estudos. Em investigação que analisou prontuários de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, foi constatado que mais de 80,0% das agressões físicas foram cometidas por parceiro íntimo, sendo o uso de arma branca e de fogo constatado em 40,0% e 21,0% dos casos respectivamente. Ainda foi evidenciado que 35,0% das mulheres passaram por cirurgias, 25,0%, por procedimentos que visavam reduzir fraturas na mandíbula, 14,0% necessitaram suturar lesões e 11,0% submeteram-se a neurocirurgia (ANDRADE; GIULIANI; BIFFI, 2011)

Embora o atendimento em ambiente hospitalar a vítimas de violência seja uma realidade, os profissionais da saúde têm demonstrado dificuldades para identificar esses agravos. Neste estudo, conforme os relatos das enfermeiras, evidencia-se uma associação entre a intensidade dos atos violentos, o envolvimento policial e a revelação da agressão. De maneira implícita, parece que o acompanhamento de uma autoridade policial confere maior segurança e atenua parte das responsabilidades das enfermeiras, visto que os casos graves já chegam com diagnóstico da violência estabelecido.

Profissionais da saúde têm medo de envolverem-se nesses casos, muitas vezes pelo simples fato de confundirem boletim de ocorrência com notificação compulsória (SILVA et al., 2015). Acreditam que precisam fazer a denúncia policial, porém lhes compete, legalmente, a notificação. Outros, têm receio de serem chamados para prestar depoimento via judicial, e posteriormente ficarem vulneráveis a represálias do agressor (SIGNORELLI, AUAD, PEREREIRA, 2013; OSIS, DUARTE, FAÚNDES, 2012).

Geralmente, quando a mulher procura uma Delegacia de Polícia para realizar a denúncia contra o acusado e necessita de atendimento hospitalar, é responsabilidade policial encaminhá-la ou acompanhá-la, caso necessário (BRASIL,

2006). Outras vezes, perante o agravo da situação, a autoridade policial pode ser acionada pela própria instituição de saúde, conforme observado.

É pertinente lembrar que não pode ser exigido o boletim de ocorrência para o atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Em pesquisa que investigou o conhecimento de 221 profissionais sobre violência contra a mulher, bem como as condutas e encaminhamentos realizados, foram constatadas práticas inadequadas, como orientar a mulher a conversar com o agressor, corresponsabilizá-la pelo fato e buscar confirmação da situação de violência, as quais contrariam as recomendações dos documentos oficiais (HASSE; VIEIRA, 2014).

Para Villela et al. (2011), nos hospitais, os profissionais estabelecem a prioridade frente a marcas visíveis da violência, isso em função da suposta especificidade desse tipo de serviço. Na urgência e emergência sabe-se que a preferência é para os casos que envolvem tratamento de lesões graves e/ou com risco de morte. Mesmo assim, foram constatados argumentos, por parte da equipe de saúde, de que o serviço de emergência não é um lugar para o atendimento da mulher violentada e que essa deve buscar um atendimento “específico” (VILLELA et al., 2011).

De modo oposto, as enfermeiras entrevistadas revelaram que o pronto-socorro é a porta de entrada ao serviço, porém atribuem maior responsabilidade às enfermeiras que atuam nesse setor. Para uma assistência dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde é preciso que todos reconheçam o fenômeno como desencadeador de agravos ao processo de saúde/doença e que se corresponsabilizem pelo cuidado à mulher em situação de violência, em qualquer unidade de internação.

Segundo Oliveira et al. (2005) é preciso romper com certos dilemas, perceber a violência dando credibilidade à queixa da vítima e romper com uma recorrente prática de tratar somente os agravos físicos. É necessário que os profissionais compreendam esse tipo de violência como uma questão de saúde e não apenas policial.

6.5.2.5.3 Corpos Queimados: histórias e ambiguidades

Nesta subclasse as falas remetem ao atendimento às mulheres queimadas pelos cônjuges. Esse tipo de ato configura-se como violência física, no entanto há um

diferencial decorrente da gravidade clínica e da distorção da imagem corporal da vítima. Esses conteúdos estão presentes nos relatos das enfermeiras, ao discorrerem sobre o cenário do cotidiano de trabalho.

Observa-se, aqui, que o cuidado vai além da dimensão técnica. Ele é permeado pela dimensão relacional, no qual se evidencia a preocupação com o outro, verbalizado como *nós acabamos sendo as psicólogas delas*. Além disso, no cuidado prestado às mulheres queimadas, destaca-se a esfera sentimental das enfermeiras, diante da situação vivenciada pela vítima.

Ela perdeu a visão, queimou todo o rosto, o cabelo, maior parte queimada do corpo era o rosto, era queimadura interna, e pela aspiração da fumaça; ela foi a óbito.
(*ent_029 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Tem essa restrição [visita], mas em relação ao tratamento é o mesmo com todos os pacientes. Claro, se elas precisam de atendimento psicológico... porque no final das contas nós acabamos sendo as psicólogas delas.
(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Teve dois casos, uma nem chegou a ir para os queimados, foi direto para a UTI, e ela faleceu em seguida. O companheiro estava lá também, ele colocou fogo nela e internou nos queimados porque se queimou também.
(*ent_008 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01)

São inegáveis as consequências das queimaduras para as mulheres, pois não se restringem à percepção dolorosa, se refletem no abalo psicológico pela alteração causada na imagem corporal; e na situação laboral, alterada perante as limitações impostas pelas sequelas (ARRUDA; BRAID; NATIONS, 2014).

Conforme relatado, a gravidade desse tipo de violência exige longo período de internação. Arruda (2009) revela a repercussão dos agravos e a rotina de tratamento, que pode durar anos, e ainda assim levar a uma recuperação parcial. Incluem-se procedimentos cirúrgicos, readmissões para enxertos, reparação das sequelas físicas, prótese ocular, recuperação do couro cabeludo e das mamas.

A esfera psicológica também é afetada pelo que o corpo representa atualmente no mundo, em que é crescente a valorização estética; e pela relação afetiva com o agressor (ASSIS; SÓRIA; ASSIS, 2012). A visão negativa do corpo provoca uma alteração da autoestima ocasionando o isolamento social, decorrente da vergonha da própria imagem. Nesse contexto, a saúde mental resulta na apresentação de sintomas

pós-traumáticos, favorecendo o adoecimento. O impacto de reviver o trauma faz com que as vítimas sofram de insônia e apresentem sensação de culpa (DINIZ et al., 2007).

O ápice da violência doméstica é revelado quando as próprias vítimas optam por terminar com a vida. Em uma unidade de queimados, onde se investigou a vivência de mulheres queimadas, foi identificado que 11,7% sofreram lesão corporal por parte do parceiro e 8,7% tentaram o suicídio (RODRIGUES, 2006). Esse mesmo dado foi exposto pelas enfermeiras entrevistadas, como um sinal de ambiguidade na fala das pacientes. A fim de proteger o parceiro, algumas omitem a verdadeira causa dos ferimentos.

Ela estava queimada e disse que estava tentando se matar, que não aguentava mais viver. Depois de um tempo, ela decidiu dizer que era ele de novo e nós entramos em contato com a delegacia, porque ela quis denunciar.
(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

Diante dessas situações elas podem vivenciar um comportamento autodestrutivo devido aos conflitos familiares que acabam se instalando. A vítima justifica como uma fatalidade, um acidente não intencional, para preservar o agressor; enquanto que os familiares, atribuindo um valor negativo às cicatrizes deixadas pela violência, querem sua punição (ARRUDA, 2009). Diniz et al. (2007) alertam que as mulheres queimadas por tentativa de homicídio são, equivocadamente, classificadas como pacientes psiquiátricas, sem que a violência doméstica, na ótica de gênero, seja contemplada na história clínica das mesmas.

Dessa forma, destaca-se o cuidado relacional como um modo de estar com o outro nas diferentes etapas da vida, incluindo os acidentes e incidentes. O diálogo é uma forma de expressão e por meio dele é possível identificar sentimentos, angústias, emoções que servem como elementos para nortear o cuidado. É por meio da comunicação, estabelecida pelo vínculo, que se supera os desafios que emergem durante a assistência a uma mulher queimada pelo próprio parceiro.

É preciso ouvir a mulher, e ao mesmo tempo respeitar seu silêncio, que pode ser uma maneira de tentar superar a dor emocional. Ao refletir sobre os discursos, nota-se que, devido à intensidade desse agravo físico, caracterizando um corpo doente, as enfermeiras são mais sensíveis, demonstrando maior envolvimento no cuidado.

Foi uma lesão grande, saindo a pele junto quando eu fazia o curativo. É ruim, é muito

desumano, mais do que ser um paciente que tu faz um curativo, de grande queimado, que foi por uma fatalidade ou que explodiu um botijão.
(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Ela não queria mais o relacionamento e o cara jogou gasolina e queimou ela. Era uma técnica de enfermagem do pronto-socorro de Pelotas. Foi um dia muito triste para nós porque foi num dia que teve um acidente de uma van também com o pessoal da cidade. Naquele mesmo dia a cidade ficou muito triste e essa menina era uma menina muito boa.
(*ent_004 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_01).

Nesse sentido, destaca-se o preparo do profissional, que supera os procedimentos técnicos e o conhecimento científico; envolve o equilíbrio emocional que permeia esse tipo de assistência. Durante a realização de curativo em uma mulher queimada pelo cônjuge, conforme explanado, emergem sentimentos de pesar e de tristeza, bem como um raciocínio sobre a vida da paciente; afirmação essa revelada em *'é ruim, é muito desumano, mais do que ser um paciente que tu faz um curativo, de grande queimado, que foi por uma fatalidade ou que explodiu um botijão'*. Comumente, profissionais do sexo feminino sentem-se mais frágeis, emocionalmente, ao assistirem vítimas de violência doméstica, pelo fato de também serem mulheres.

Esse reflexo recai sobre a assistência ao agressor, conforme enunciado a seguir. Todavia, diante da negação ao cuidado, a enfermeira busca o amparo da equipe para suprir as necessidades do paciente e cumprir seu papel.

Nos primeiros dias eu não fazia curativo nele, eu não podia olhar ele. Eu sei que é errado da minha parte, mas os primeiros dias eu disse: gurias, eu não posso olhar para ele, eu não acredito que eu estou tratando ele, e ela está na UTI.
(*ent_017 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

O sentimento de raiva é explícito nos comentários de outros profissionais da saúde frente ao atendimento de homens agressores ou custodiados, os quais geralmente chegam ao pronto-socorro como vítimas de agressão depois de assaltarem ou cometerem crimes hediondos (CHUZ et al., 2011). Esses sentimentos híbridos, fruto da essência da vida pessoal mesclada com a esfera profissional, podem emergir durante a assistência, porém não podem interferir nas práticas de cuidado.

Além disso, enfermeiras também podem vivenciar situações de violência doméstica, no âmbito familiar, assim como evidenciado neste e em outros estudos (ACOSTA, 2012; REIS et al., 2010). Comumente, essas profissionais revivem a agressão, desencadeando sentimentos negativos que podem dificultar o enfrentamento do fenômeno e, por conseguinte, o cuidado prestado à paciente.

Destarte, evidencia-se que as enfermeiras reconhecem este agravo como um adoecimento, perante as consequências das queimaduras, estabelecendo um cuidado relacional carregado de sentimentos em relação à mulher vitimada, bem como ao agressor. Uma atenção aos agravos mentais possibilita um cuidado que não se limita ao contexto hospitalar, mas que se estende durante todo o processo de recuperação da vítima, seja no espaço social, de trabalho ou familiar.

6.5.2.6 Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado à mulher vitimada – Classe 7

A classe 7 possui 102 U.C.E representando 9,0% do *corpus* geral. Em relação as formas reduzidas apresenta 107 termos com seus respectivos contextos semânticos, sendo destacados, na Tabela 10, os que apresentaram $Kh^2 \geq 22$.

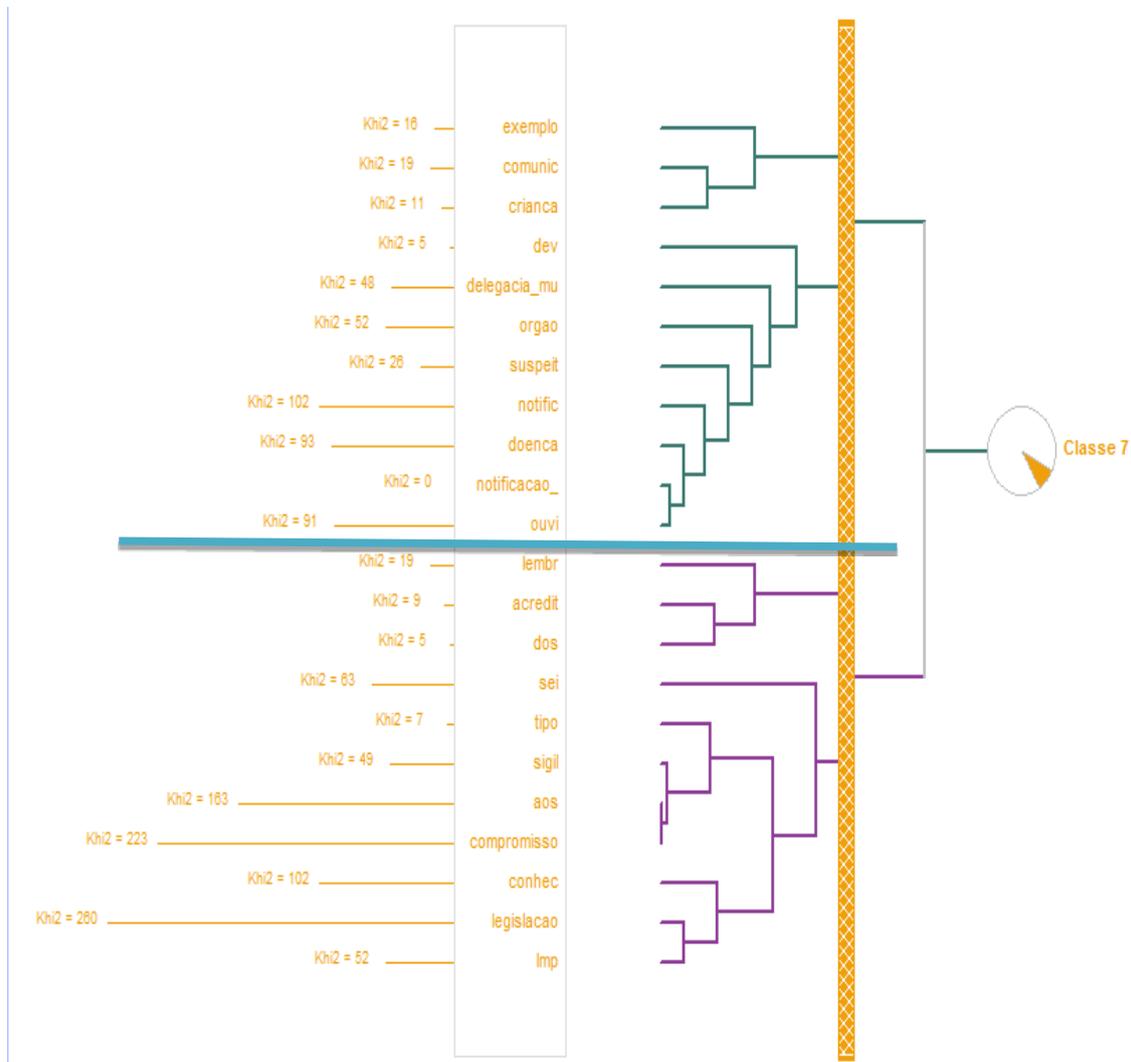
Tabela 10. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Kh^2 das palavras associadas à Classe 7. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Kh^2
legislação	legislação(30)	260
compromisso	compromisso(1) compromissos(29)	224
notificação_compul	notificação_compulsória(27)	134
notific	notifica(1) notificação(12) notificamos(3) notificar(8) notifikas(2) notificasse(1)	103
conhec	conhece(1) conhecemos(1) conheço(28)	103
doença	doença(6) doenças(13)	94
ouvi	ouvi(23)	91
sei	sei(46)	63
órgão	órgão(7) órgãos(2)	53
Imp	Imp(11)	53
sigil	sigilo(10)	50
delegacia_mulher	delegacia_mulher(13)	48
competente	competente(4) competentes(1)	41
obrig	obrigação(5) obrigado(1)	37
li	li(4)	31
etic	ética(3) ético(1)	31
suspeit	suspeita(4) suspeitamos(1) suspeitar(2) suspeitas(1) suspeito(1)	26
ouv	ouve(1) ouvíamos(1) ouvir(2)	25
certeza	certeza(6)	24
lig	liga(2) ligar(3) ligas(1)	22

Conforme constatado na Tabela 10, as formas reduzidas com maior valor de Kh^2 são *legislação*, *compromisso*, *notificação_compul*, *notif* e *conhec*. Assim, os principais contextos semânticos apresentados nesta classe permitem uma compreensão do conteúdo geral, que expõe as competências profissionais do enfermeiro.

Com base na análise da C.H.A, a Figura a seguir expõe a composição da classe 7 de acordo com a divisão dos conteúdos.

Figura 42. Classificação Hierárquica Ascentente da Classe 7 – Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014.

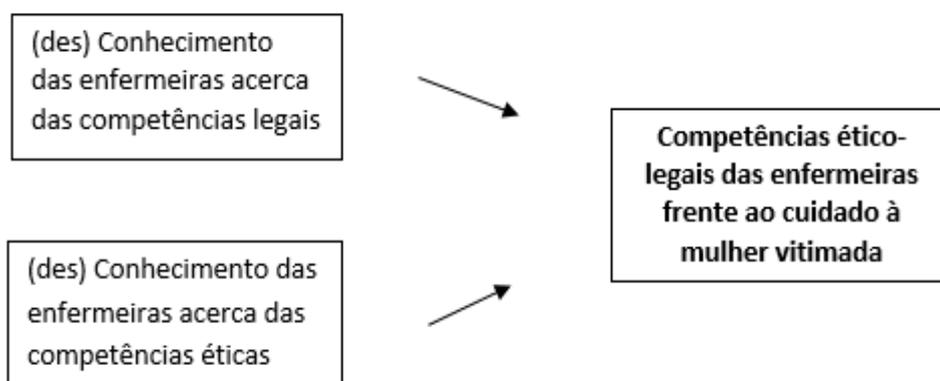


Os conteúdos observados, no dendrograma da C.H.A na Figura 42, contêm significados que foram descritos em duas subclasses. A primeira trata do (des)conhecimento dos profissionais acerca da notificação dos casos de violência, muitas vezes confundida com o ato fazer uma denúncia policial. Esse equívoco se

materializada nas formas *comunic* e *criança*; *dev*; *delegacia_mu*; *órgão*; *suspeit*; *notific* e *notificação*.

Já na segunda subclasse as formas reduzidas remetem ao (des)conhecimento das enfermeiras acerca dos próprios compromissos éticos expresso em *lemb*; *acredit*; *sei*; *sigilo*; *compromisso*; *conhec*; *legislação* e *Imp*. A composição da classe 7 está esquematizada na Figura 43.

Figura 43. Esquema da composição classe 7. Rio Grande/RS. 2014.



6.5.2.6.1 (Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências legais

As entrevistadas afirmaram que conheciam a notificação compulsória, no entanto, a limitavam ao registro de doenças infectocontagiosas. Em decorrência disso, percebe-se que desconheciam a necessidade de notificar a violência doméstica e sexual. As profissionais confundiam a notificação dessa forma de violência com a denúncia policial, admitindo que deveriam comparecer à delegacia da mulher para fazer um boletim de ocorrência.

Por outro lado, algumas demonstraram conhecimento parcial, ao referirem que existem dados estatísticos acerca do fenômeno, porém acreditavam que o dimensionamento desses dados é realizado pela polícia, com base nas denúncias realizadas pelas vítimas.

Sim, já ouvi falar em notificação compulsória. Tu notificas à secretaria ou a algum órgão. Sobre essa temática eu não sei, só em casos de alguma doença que tu tem que notificar, mas se tratando de violência eu não sei.

(*ent_008 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Notificação de doença sim, mas da violência contra a mulher não. Notificação de fazer um documento, de preencher, nunca vi o documento. Eu até sabia que precisava fazer, mas nunca vi esse documento, eu conheço a delegacia da mulher.

(*ent_012 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_02).

O profissional deve fazer o boletim na delegacia da mulher e registrar no livro de enfermagem, que é o único que nos ampara. Já ouvi falar em notificação compulsória em caso de doenças, nunca ouvi falar nos casos de violência contra a mulher, só a delegacia.

(*ent_014 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Eu já ouvi falar em notificação compulsória por cima, mas nunca vi profundamente o que é. Tu falas a notificação compulsória de fazer para polícia civil? Eu ouvi meio por cima, mas nunca tentei ver profundamente o que era.

(*ent_024 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_02).

O problema é que eu nunca vi uma folha de notificação, porque temos notificação compulsória para doenças transmissíveis, mas para a violência contra a mulher não. Nem se dispõe aqui, mas sei que se faz, porque tem índices. É uma meta mundial, sei que tem índices até no IBGE, mas eu achei que fossem dados da polícia, porque eu nunca tive nenhum acesso, e nunca fomos orientados de fazer a notificação compulsória.

(*ent_043 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02)

Sim, eu já ouvi falar em notificação compulsória. Serve para notificar os casos de doenças, fazer o registro; onde são colocadas em estatística as doenças existentes ou acusações de vítimas, por exemplo, vítimas de violência sexual.

(*ent_004 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_01).

A literatura tem divulgado a subnotificação da VDCM por conta do desconhecimento dos profissionais da saúde acerca daquela responsabilidade legal. Nesse sentido, alguns argumentam justificando que não trabalham nessa área, que possuem pouca experiência profissional, ou mesmo por banalizarem as situações de violência (KIND et al., 2013).

Considerando que, frequentemente, a notificação é tomada como denúncia, conforme os relatos, pode-se pressupor que tal omissão decorre tanto pelo medo frente à necessidade de ser expor a um órgão policial quanto pela retaliação por parte do agressor (SILVA et al., 2015; KIND et al. 2013). Esse equívoco ainda pode ocorrer por compreenderem a violência doméstica como problemática que não diz respeito à assistência médico-sanitária, mas somente à esfera da segurança pública e à justiça. Tais percepções afastam o profissional do exercício dessa competência legal.

São aspectos a serem refletidos, com base nos discursos das profissionais: “nunca fomos orientadas a fazer a notificação”, “tu falas a notificação compulsória de fazer para a polícia civil?”, “nunca vi uma folha de notificação”, “até sabia que

precisava fazer”. A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos suspeitos ou diante da comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento deste documento por parte do profissional.

O preenchimento deve ocorrer na unidade de saúde onde a mulher foi atendida. Quando o profissional de saúde assiste a mulher vítima de violência doméstica, é importante que tenha domínio dos principais mecanismos legais obrigatórios para este tipo de atendimento. Ressalta-se que, com base nos registros, é possível estabelecer estratégias e ações específicas de prevenção desse agravo e promoção à saúde da mulher.

Todavia, não basta ouvir falar da notificação da violência, é preciso ter familiaridade com o instrumento para que o preenchimento seja realizado de maneira correta. Sousa et al. (2015) detectaram a dificuldade de 101 profissionais no preenchimento da ficha, onde 53,5% relacionaram aos entraves apresentados pela vítima como o receio, o medo, a vergonha de responder aos questionamentos, 33,7% referiram razões acerca das características da ficha, e 29,7% citaram motivações dos profissionais, como o constrangimento em perguntar sobre o ato violento.

O desconhecimento das enfermeiras relacionado à notificação compulsória da violência não se restringe aos agravos à mulher. Também observa-se certa fragilidade em relação às condutas relacionadas aos casos de violência contra a criança e o idoso, conforme as U.C.E. a seguir.

Quanto à legislação, eu sei que criança nós chamamos o conselho tutelar; quando idoso[,] o estatuto do idoso; quando for mulher acho que devido à violência se liga direto para a delegacia da mulher.

(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

O da criança é policial, eu sei que tu tens a obrigação de ligar para a polícia. O profissional tem que identificar para a proteção dessa criança, porque sobre a criança eu já sei que tem há muito tempo, eu sei que tu és obrigado a denunciar, parece que tu ligas para a polícia e a polícia se encaminha de chamar conselho tutelar.

(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

O mesmo equívoco é evidenciado, ou seja, a notificação da violência contra crianças é referida como denúncia policial. Destaca-se que as normas da notificação compulsória dos casos de violência também se aplicam ao atendimento de crianças, adolescentes e idosos agredidos.

Em nível de conhecimento, um estudo que objetivou caracterizar a ocorrência de violência doméstica e sexual a partir das fichas de notificação da cidade de Belém, registradas no banco de dados SINAN, revelou a notificação de 3.267 casos de violência no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Mereceu destaque o fato de que, ao ser considerada somente a amostra de vítimas do sexo feminino e maiores de 19 anos (n=663), foi identificada prevalência da violência física, enquanto que em crianças identificou-se a violência sexual (VELOSO et al., 2013).

Percebe-se que com base nos registros é possível traçar o perfil das vítimas, bem como do agressor, o tipo de violência e o local em que ocorreu o ato violento. Na ficha de notificação ainda é possível levantar dados acerca da parte do corpo atingida, natureza da lesão, encaminhamento da mulher a outros setores e evolução do caso. Esse dimensionamento permite a implementação de políticas nacionais e locais, com base no perfil epidemiológico da violência.

Com isso, pondera-se sobre o papel dos gestores das instituições de saúde, responsáveis pela capacitação dos profissionais. O comprometimento com o Sistema Único de Saúde e com os indicadores de saúde não é somente daqueles que atuam diretamente com as clientes, mas também dos que administram os serviços. A educação permanente se revela como indispensável na qualificação profissional, possibilitando o conhecimento da legislação específica, a habilidade no preenchimento das fichas de notificação e a interpretação da violência como um problema de saúde pública.

6.5.2.6.2 (Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências éticas

Os profissionais da saúde, incluindo enfermeiras, apresentam muitas dificuldades para abordar a vítima, identificar os casos de violência, adotar condutas e encaminhar as mulheres aos demais serviços (PEDROSA, SPINK, 2011; OSIS, DUARTE, FAÚDE, 2012). Essas fragilidades podem ser decorrentes da falta de capacitação, além da inexistência de algum manual padronizado, contendo informações sobre a atuação profissional de acordo com a organização institucional e com a estrutura da rede de serviços de apoio local.

Entretanto, cabe a todos aqueles que assistem mulheres em situação de violência, tanto em âmbito hospitalar, quanto na atenção primária, o acolhimento, a escuta ativa, o uso de tecnologia adequada, a notificação compulsória, bem como o

respeito à decisão da vítima. Nas U.C.E., observa-se que o sigilo e a privacidade da mulher constituem aspectos éticos importantes durante o cuidado à mulher. Todavia, existem muitas incertezas e, novamente, menção à denúncia policial como uma competência ética.

Quanto aos compromissos, eu acho que a primeira coisa é manter o sigilo do que ela te confidenciou, manter o sigilo entre colegas e profissionais.
(*ent_048 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Quanto aos compromissos, eu acho que manter a privacidade desse paciente é um, a orientação desse paciente é outro, a proteção desse paciente é ético também. Geralmente, as pessoas chegam muito fragilizadas com esse tipo de atitude, de sofrimento. Acho que basicamente é isso, eu não sei se tem alguma coisa que obrigue a notificação, ou coisas desse tipo.
(*ent_037 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Não conheço nenhuma legislação específica e, quanto aos compromissos, também não sei te dizer quais são esses compromissos. Não me lembro de ter uma disciplina que abordasse essa temática durante a faculdade.
(*ent_010 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Tem que procurar registrar, denunciar, registrar o boletim de ocorrência. Eu acredito que é isso, encaminhar, no caso fazer esse boletim de ocorrência, registrar num livro de enfermagem tudo que se fez e tentar encaminhar ela.
(*ent_014 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Eu sei que tem o estatuto da mulher, a LMP, mas ainda não ouvi nada direcionado à enfermagem ou à saúde.
(*ent_045 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Só conheço a LMP e os compromissos, quando recebe essa mulher em qualquer lugar que for, penso em não achar que ela é culpada; que ela mereça apanhar.
(*ent_027 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Tirando a LMP não conheço outra, a não ser o que nós aprendemos que o que é passado para nós é segredo profissional. Além do segredo legal que nós temos que manter, manter a confidência do paciente, no caso a mulher.
(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Sabe-se que algumas mulheres omitem a situação de violência e assim, não procuram ajuda ou algum atendimento (SILVA et al., 2012). Outras recorrem aos serviços de saúde, mas têm receio de que seja revelado aos familiares o motivo da consulta. Segundo o Código de Ética de Enfermagem é direito dos profissionais absterem-se de revelar informações confidenciais, de que tenham conhecimento, a pessoas ou entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.

De acordo com as responsabilidades e deveres da enfermagem, cabe:

Manter segredo sobre o fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, **exceto casos previstos em lei, ordem judicial**, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal. Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida. Em atividade **multiprofissional**, o fato **sigiloso poderá ser revelado quando necessário à prestação da assistência**. O profissional de enfermagem, intimado como testemunha, deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar seu impedimento de revelar o segredo (COFEN, 2007, grifo nosso).

Como visto, a enfermeira tem no próprio código profissional algumas orientações que, embora não sejam direcionadas a mulheres vitimadas, fundamentam as condutas assistenciais, bem como conferem respaldo ao profissional. O desconhecimento dessas responsabilidades e deveres gera dilemas éticos que podem dificultar uma atuação efetiva a essa clientela (HIGA et al., 2008)

A abertura de um boletim de ocorrência é de escolha da mulher, sendo que ela pode ser incentivada a comunicar às autoridades policiais e judiciais. O sigilo deve ser mantido, salvo exceções, respeitando a sua vontade. De acordo com a LMP, bem como o Ministério da Saúde, a vítima deve ser atendida por equipe multidisciplinar, nesse caso cabe ao enfermeiro comunicar aos outros profissionais que assistem diretamente a vítima, para que ela receba o cuidado e as orientações necessárias. O compartilhamento das informações visando à proteção do sujeito assistido é valorizado e considerado um dever do enfermeiro (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011)

A lei é clara ao referir que compete à equipe fornecer subsídios ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria, mediante laudos ou verbalmente em audiência; desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento e prevenção para a ofendida e sua família (BRASIL, 2006). Percebe-se que o conhecimento da LMP é superficial, embora aborde atribuições cabíveis à área da saúde.

Além dos recursos humanos, a área física do serviço de saúde deve permitir a privacidade da vítima durante o levantamento do histórico, a realização do exame físico e todas demais etapas do Processo de Enfermagem, a fim de evitar que as clientes sejam estigmatizadas (BRASIL, 2011b). Como relatado pelas enfermeiras, é fundamental o registro de todos os achados, podendo incluir desenhos, fotos, descrição detalhada dos sinais e sintomas apresentados pela mulher, pois os prontuários podem ser solicitados como comprovação judicial nos processos.

As competências éticas da enfermagem, sobretudo, visam ao respeito ao ser humano, através de uma abordagem empática, acolhedora, capaz de minimizar o sofrimento e garantir seus direitos. São medidas, posturas e condutas que buscam suprir as demandas biopsicoespirituais da mulher, priorizando a assistência à saúde antes de qualquer outra providência policial ou judicial.

Em análise dos Códigos de Ética Médica, Odontológica, de Enfermagem e de Psicologia, foi verificado que em nenhum deles a expressão “violência doméstica” aparece explicitamente, porém, alguns artigos fazem referência à obrigação dos profissionais em zelar pela saúde, dignidade e integridade humana (SALIBA et al., 2007).

O Código de Ética de Enfermagem, em seu art. 34, também considera infração ética “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência”, sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão, o que reforça o comprometimento das enfermeiras com a notificação compulsória, também como dever ético (BRASIL, 2007a, sp).

Nesse sentido, os profissionais, com destaque para a enfermeira, precisam estar preparados e mobilizados para assistir mulheres em situação de violência doméstica. Para tanto, precisam de conhecimento científico e conduta ética para enfrentar o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência doméstica.

6.5.2.7 Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada - Classe 5

A classe 5 possui 129 U.C.E, representando 11,0% do *corpus* geral, e 145 formas reduzidas com seus respectivos contextos semânticos. Dessas, foram destacadas, na Tabela 11, as que apresentaram $Kh^2 \geq 22$.

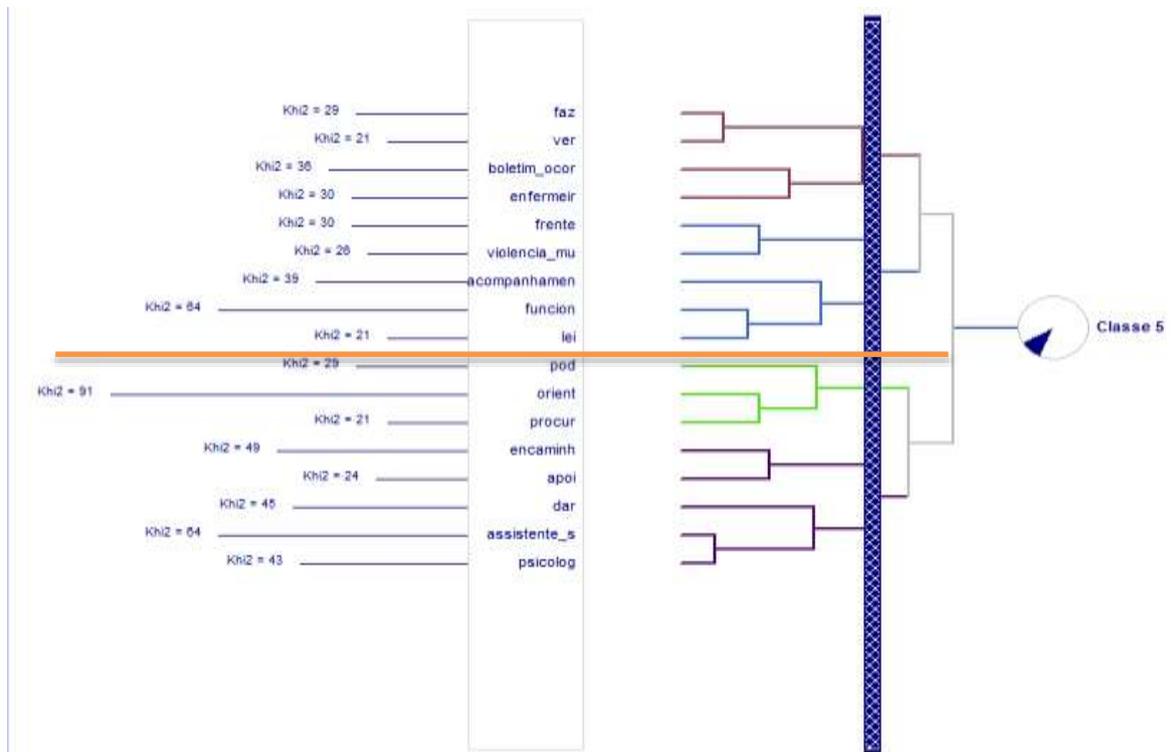
Tabela 11. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 5. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
orient	orienta(2) orientação(14) orientada(3) orientamos(1) orientando(1) orientar	91
assistente_social	assistente_social(25)	64
funcion	funciona(10) funcionam(1) funcionante(2)	64
encaminh	encaminha(1) encaminhada(3) encaminhado(1) encaminham(2)	49

dar	dar(17) daria(1)	45
psicolog	psicóloga(6) psicólogas(1) psicologia(2) psicológica(1) psicológico(3)	44
acompanhamento	acompanhamento(9)	40
rede_apoio	rede_apoio(7)	40
ambulatori	ambulatorial(1) ambulatório(4)	39
boletim_ocorrência	boletim_ocorrência(13)	37
auxili	auxiliar(2) auxiliassem(1) auxilio(1)	31
enfermeir	enfermeira(9) enfermeiras(1) enfermeiro(2)	31
frente	frente(17)	31
divulg	divulgado(3) divulgando(2) divulgar(3)	30
faz	divulgado(3) divulgando(2) divulgar(3)	29
pod	pode(28) podem(1) podemos(9) poder(6) poderem(1) podermos(1) podes(3)	29
violência_mulher	violência_mulher(36)	26
adianta	adianta(4) adiantamento(1)	25
oferec	ofereça(1) oferecer(4)	25
apoi	apoiar(1) apoio(14)	24
procur	procurar(12) procure(2) procuro(2)	22
ver	ver(18)	22

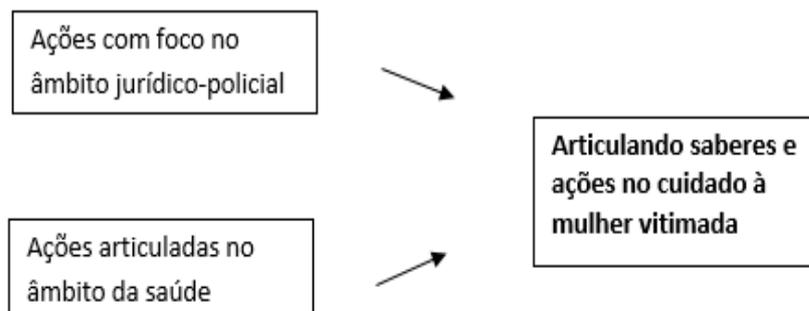
As formas reduzidas com maior valor de Kh^2 são *orient*, *func*, *encaminh* que apresentam diferentes contextos semânticos além de *assistente social* que se encerra em si própria. Com base nessas palavras infere-se que a classe apresenta conteúdos referentes à atuação interdisciplinar, no cuidado à mulher que sofre violência doméstica. Na Figura 44, as divisões binárias da C.H.A permitem compreender as temáticas gerais que compõem a classe 5.

Figura 44. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 5 – Articulando saberes e ações no cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014



De acordo com as divisões binárias observa-se a formação de duas subclasses, separadas pela linha laranja. Acima dessa linha as formas reduzidas expressam conteúdos acerca da legislação brasileira voltada à VD, bem como das ações nas esferas policial e judicial. A segunda subclasse refere-se à importância de uma rede de apoio, composta por diferentes serviços e profissionais da saúde, visualizados na Figura 45.

Figura 45. Esquema da composição da classe 5. Rio Grande/RS. 2014



6.5.2.7.1 Ações com foco no âmbito jurídico-policial

As enfermeiras entrevistadas entendiam que a alta incidência do fenômeno ainda é fruto da fragilidade da legislação brasileira, ou seja da Lei Maria da Penha. Em decorrência disso, afirmaram que a mulher pode ficar mais vulnerável ao buscar medidas protetivas em âmbito jurídico e policial. Nas falas observa-se a preocupação e a descrença na justiça, considerada instância de maior legitimidade e de garantia aos direitos das mulheres vitimadas.

Temos que saber lidar, não tem jeito. Frente à violência doméstica contra a mulher eu acho que é preciso ter uma lei mais severa, mais rígida, porque às vezes vai lá, faz o boletim de ocorrência e quando sai dali o agressor faz pior, com raiva porque o denunciou; às vezes até matam.

(*ent_020 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

O problema é o sistema [judicial] que não funciona. Eu acho que o problema é muito mais amplo. Pode colocar leis, medidas provisórias e etc., ou paliativas. O problema é que o país não funciona, o sistema não funciona. O sistema todo do país, por exemplo, o judicial, pois a pessoa vai lá, denuncia, e tem que esperar chamar de novo.

(*ent_003 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_02).

E se nós acabarmos vendando os olhos, fazendo que não vimos para não nos comprometermos, vamos estar sendo coniventes com o agressor. Um boletim de ocorrência já vai ficar como uma denúncia lá, caso venha ocorrer alguma outra situação. Cabe à justiça recorrer aos meios legais, um registro policial, cabe isso ser feito.

(*ent_018 *hosp_02 *id_01 *conc_01 *comp_01).

Teria que ter mais proteção por parte da segurança, mais acompanhamento. Essa lei mesmo que tu dá parte e não pode chegar perto mais de cem metros, LMP, isso não existe; existe no papel, na prática nunca vai existir, porque sabem que não vai ter problema com nada, daqui que chegue alguém para vir tomar alguma decisão.

(*ent_021 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Sabe-se que as ações no contexto da VCM foram se solidificando, inicialmente, nos setores da segurança pública e do sistema judiciário, em uma época em que esse tipo de violência era justificada e, por conseguinte, sem a devida punição do agressor. Com a LMP, houve uma busca para o enfrentamento desse tipo de violência, enraizada em uma cultura sexista de desigualdade de poder nas relações entre os gêneros, com maior atenção às vítimas (GROSSI, 2013).

Ainda assim, essa temática continuou sendo vista, sobretudo, como um problema que pertence ao setor jurídico-policial. Com a lei aumentou a proteção das mulheres, mas também a cobrança da população nos casos de violência. Sabe-se que as delegacias especializadas são, em grande parte, as responsáveis por expedir

as medidas protetivas, em até 48 horas, de acordo com a vontade da vítima (BRASIL, 2006).

É evidente que a LMP trouxe avanços para coibir a VDCM. De acordo com a norma original, o agressor só era processado se a agredida formalizasse a denúncia. Com sua modificação, em 2012, ficou estabelecido que o Ministério Público ou qualquer pessoa tem o direito de registrar ocorrência contra o agressor, mesmo que a vítima não o denuncie. Além disso, ficou proibida a retirada da queixa pela mulher, nos casos de lesão corporal (SANTOS, 2012). Essas reformulações visam evitar a invisibilidade e o silêncio da vítima.

Embora se trate de uma lei moderna, e apesar de ser considerada a terceira melhor lei do mundo no combate à VDCM, ela ainda precisa de credibilidade. Os relatos das enfermeiras se assemelham ao divulgado em uma pesquisa de opinião realizada com mais de mil e quinhentas pessoas das cinco regiões do Brasil. Nesse estudo, a maioria dos sujeitos mencionou que os crimes contra as mulheres nunca ou quase nunca são punidos. Metade considerou que a forma como a Justiça pune não reduz a violência contra a mulher (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2014).

Segundo Kiss, Schraiber e Oliveira (2007) as delegacias da mulher possuem um cotidiano de trabalho mecânico, pois se limitam a ações repetitivas e pouco flexíveis no atendimento. Para as autoras, esses serviços estão apenas desempenhando a função de classificar o relato e as queixas das mulheres para dar sequência aos procedimentos jurídicos cabíveis em cada caso. Todavia, foram criadas com o objetivo de assegurar atendimento digno à população feminina, por meio das atividades de investigação, prevenção e repressão aos delitos praticados contra a mulher.

Existem muitas barreiras físicas, culturais e burocráticas que interferem, negativamente, nas tentativas da mulher de se inserir numa rede que a ajude a sair da situação de violência. Um desses obstáculos é o julgamento da vítima, pelos próprios profissionais, ou mesmo o desinteresse nos casos (DUTRA et al., 2013). Mulheres que procuraram delegacias especializadas para registrar ocorrência referem uma escuta focada na queixa, sem apoio nem orientação sobre os recursos disponíveis (MENEZES et al., 2011).

Além disso, existem dificuldades que perpassam o sistema judiciário, como a falta de infraestrutura, a morosidade e o acúmulo de processos (PITANGUY, 2014). Muitas dessas questões decorrem da falta de Juizados Especializados de Violência

Doméstica contra a Mulher que julguem, com maior agilidade, esses crimes. A demora em analisar os processos expõe a mulher ao risco de reincidência, causando medo e ansiedade à vítima (LETIERRE; NAKANO, 2011).

Com isso, percebe-se que as opiniões das enfermeiras vão ao encontro da percepção da população geral. Entende-se que é preciso uma mudança de postura dos profissionais que atuam nas delegacias e nos outros serviços de apoio à vítima, de modo que a legislação se torne eficaz. O enfrentamento do fenômeno é responsabilidade de todos, inclusive da população.

6.5.2.7.2 Ações articuladas no âmbito da saúde

As enfermeiras reconheceram a necessidade da integração de conhecimentos e serviços, ou seja, de uma rede de apoio no cuidado às mulheres vitimadas. Os discursos exibem o entendimento de que a articulação intersetorial e a atenção de diferentes profissionais da saúde são elementos que interferem positivamente no enfrentamento da VDCM. Além disso, reconheceram que as mulheres mais esclarecidas quanto aos serviços de amparo, por terem maior noção de seus direitos, possuem mais chances de sair da situação violenta.

Os psicólogos para fazer a parte mais subjetiva, a assistente social para ver alojamento. Tem profissionais da saúde, mas é complicado, porque não tem toda uma rede de assistência. (*ent_034 *hosp_01 *id_01 *conc_01 *comp_01).

E a mulher bem orientada fica mais fácil para ela tomar uma decisão de sair daquela situação. Acho que é preciso uma rede de apoio, que encaminhasse; uma casa de apoio caso a mulher precisar ficar um tempo. (*ent_005 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_02).

Tem que buscar auxílio do médico, que solicite apoio psicológico; tem que observar se essa paciente não tem um histórico de depressão ou algum outro contexto; tem que buscar uma rede de apoio social, porque, se realmente ela não tem outras vertentes de trabalho, de residência, o que pode ser feito por essa pessoa? (*ent_049 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Com base nessas falas, observa-se o conhecimento das enfermeiras no que diz respeito à necessidade de uma rede de apoio efetiva, composta por profissionais da saúde e por outros serviços de amparo à vítima. Isto vai ao encontro das determinações elencadas na LMP acerca da integração entre as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação (BRASIL, 2006).

Também podem ser acionados outros recursos locais, não institucionais, tais como organizações não governamentais, associações de bairro, grupos religiosos e culturais, rede familiar e vizinhança. Essa teia de relações, considerada significativa para o indivíduo, chama-se rede social, nela prevalecem os vínculos estabelecidos de forma interpessoal com amigos, familiares, colegas de trabalho ou escola, e até profissionais da saúde (GOMES et al., 2015).

Com base em Costa, Lopes e Soares (2014), quando se considera a violência contra a mulher como um problema da sociedade, que exige estratégias coletivas de intervenção, é possível alcançar o cuidado holístico e a implementação de ações voltadas ao bem-estar da mulher e da família. O conhecimento do profissional da saúde acerca dos serviços de amparo à vítima se reverte em uma orientação efetiva, capaz de empoderar a mulher para a busca da melhor solução para a sua vida.

As evidências encontradas mostram que as enfermeiras consideravam relevantes as ações do psicólogo e do assistente social neste contexto. Estudos já têm analisado a inserção dos psicólogos na atenção às mulheres em situação de violência. De acordo com Hanada, Schraiber e Oliveira (2010) parte da assistência às mulheres vitimadas cabe ao profissional da saúde, principalmente ao médico que, geralmente, cuida dos impactos físicos. Porém, para as autoras, quando se pensa em outros aspectos, remete-se ao assistente social e ao psicólogo.

O primeiro tem um papel mais estabelecido, como agente de promoção de direitos, qualidade de vida, orientação; o último focaliza o atendimento individual ou em grupo considerando a dimensão subjetiva (TRINDADE et al., 2009). Causa estranheza o fato de as entrevistadas não elencarem suas próprias atribuições! Observam-se apenas nuances das ações da enfermagem, permitindo o questionamento acerca do que é real e do que é fictício.

A literatura divulga que o enfermeiro tem como uma das atribuições gerenciar o cuidado e, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços (MENDONÇA; SOUZA, 2010). Trata-se de um profissional que, como outros, deve estar capacitado para atuar com eficiência e responsabilidade no enfrentamento do problema. Por estar em contato direto com a maioria das vítimas, pode aproveitar cada oportunidade para a criação de vínculo, facilitando assim a abordagem do fenômeno.

Observa-se que as enfermeiras também depositavam suas expectativas sobre a atenção primária de saúde, como suporte às mulheres, possivelmente pela proximidade e vínculo estabelecido entre profissional e cliente.

O contato com a família, se a família tem a possibilidade de acolher e manter o agressor longe. Eu acho que tinha que ter um programa de assistência a essa vítima, no âmbito de unidade básica, para que ela pudesse procurar algo perto da casa dela, para poder ser atendida ali e ter todo esse amparo.

(*ent_040 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Acho que a questão do acolhimento, de orientar, de chamar a equipe de saúde; a assistente social pode orientar, chamar os serviços. Eu preciso oferecer para ela [vítima]: você tem direito a fazer isso e isso, a comparecer ao hospital, a fazer o boletim de ocorrência, fazer o exame de corpo de delito e as orientações para ela, ver se ela precisa de um acompanhamento na assistência primária.

(*ent_049 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Tem que orientar essa mulher, faz parte da educação de enfermagem. É preciso fazer grupos de mulheres que sofrem violência, conseguir reunir um grupo, comunicar que elas podem e devem atuar contra isso, denunciar, fazer denúncias.

(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Na visão de Guedes, Fonseca e Egry (2013) as relações de vínculo e confiança entre profissionais das unidades básicas e usuárias motiva o acesso ao serviço de saúde. Esse nível de atenção merece destaque, pois tem ênfase nas ações de prevenção e promoção à saúde, com valorização do sujeito em seu domicílio e a realização de atividades grupais, que permitam o compartilhamento de experiências (OLIVEIRA et al., 2009). A proximidade com as famílias possibilita a identificação e a atuação sobre os problemas locais, inclusive no que se refere à VDCM.

O trabalho em equipe é relatado por enfermeiras da rede primária, frente à detecção e no atendimento às vítimas de violência. Entre as ações desenvolvidas incluem-se tratamento e prevenção dos casos, por meio das consultas de enfermagem, grupos de educação em saúde e acionamento da rede de apoio, na comunidade e/ou fora dela (RÜCKERT et al., 2008).

Para ter sucesso no enfrentamento da VDCM, além de profissionais capacitados, a magnitude do fenômeno exige a atenção de uma equipe multidisciplinar, coesa e sensível ao problema. Dificilmente ações e disciplinas isoladas terão sucesso no enfrentamento da violência contra a mulher (SCHRAIBER; OLIVEIRA; COUTO, 2009). Em concordância, Menezes et al. (2014) referem a importância de se propor estratégias que viabilizem esses espaços de interação de

saberes e ações, a fim de atender a vítima conforme as suas necessidades.

6.5.2.8 Limites e possibilidades no cuidado à mulher vitimada – Classe 8

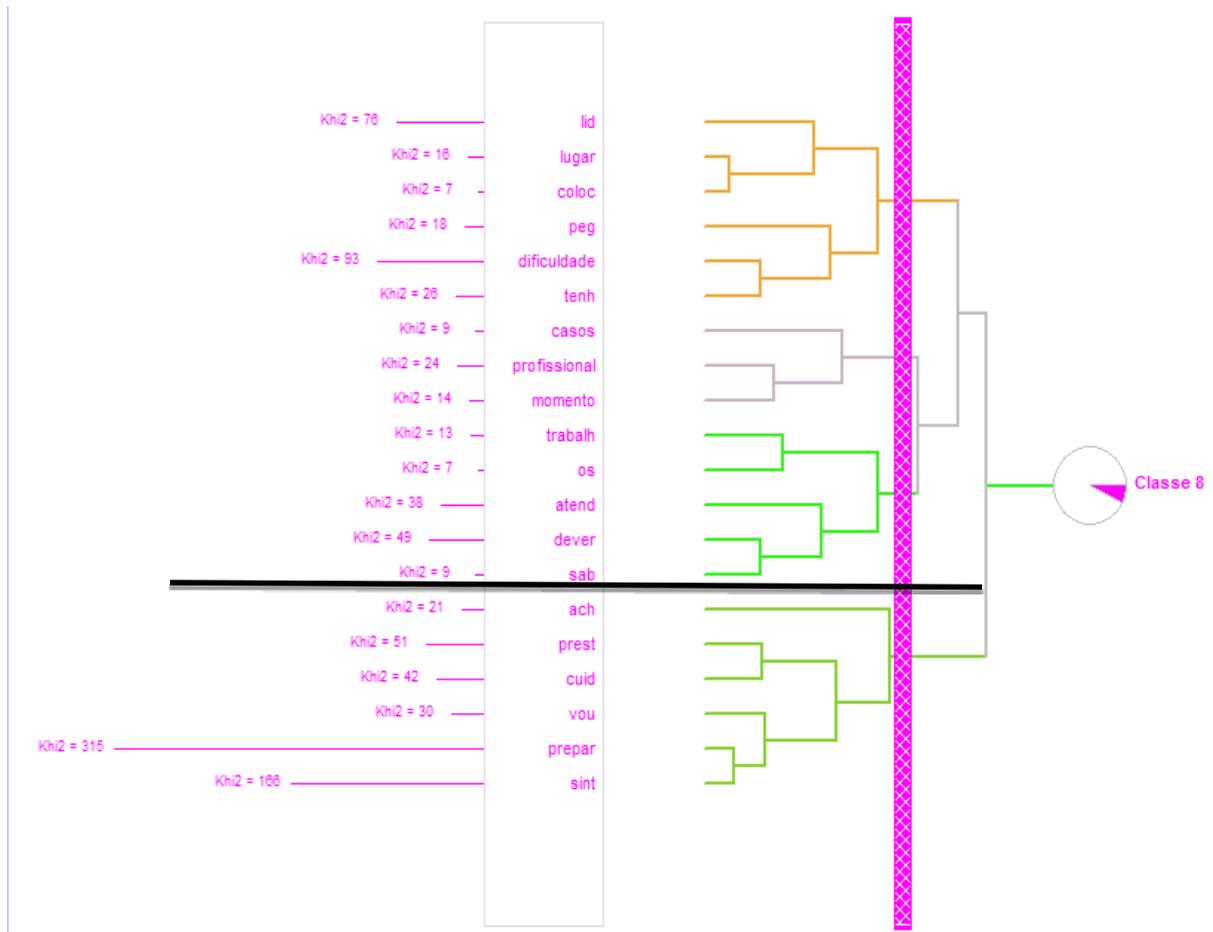
Essa classe é composta por apenas 85 U.C.E, representando 7,0% do *corpus*. É a menor entre todas as classes, o que significa que foi pouco explanada pelas informantes. Quanto às formas reduzidas possui 113 termos, sendo escolhidos aqueles com $Kh^2 \geq 16$ para exemplificação.

Tabela 12. Formas reduzidas, contexto semântico e valor do Khi^2 das palavras associadas à Classe 8. Rio Grande/RS. 2014.

Forma reduzida	Contexto Semântico	Valor do Khi^2
prepar	preparada(31) preparado(2) preparamos(1) preparando(1) preparar(1)	315
sint	sinto(35)	166
dificuldade	dificuldade(16) dificuldades(3)	94
lid	lidar(11) lidas(1)	76
prest	presta(1) prestar(8)	51
dever	deveria(7) deveriam(3) deveríamos(1)	50
cuid	cuidado(11) cuidam(1) cuidar(2)	43
atend	atende(1) atendemos(1) atender(11) atendes(2) atendesse(1) atendo(1)	38
vou	vou(11)	31
preparadas	preparadas(3)	27
tenh	tenha(5) tenho(15)	26
acolher	acolher(3) acolheria(1)	25
experiência	experiência(4)	25
profissional	profissional(8) profissionalmente(2)	24
suport	suporte(4) suporte(1)	23
ach	acha(1) acho(56)	21
tranquil	tranquila(1) tranquilo(3)	21
temos	temos(16)	20
peg	pegado(1) pegam(1) pegamos(1) pegar(5)	18
área	área(6)	16
capacit	capacitação(3) capacitado(1)	16

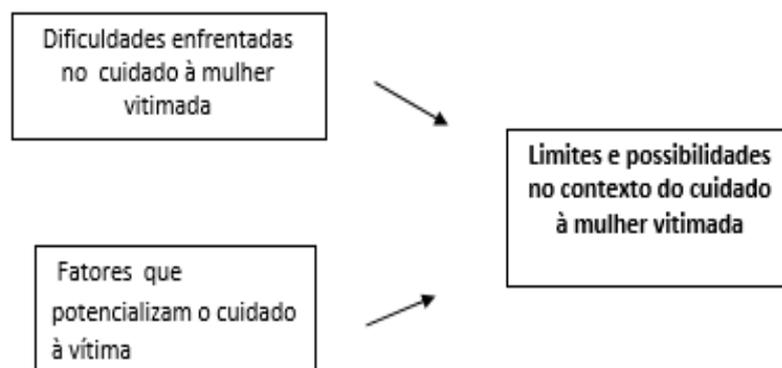
As formas reduzidas mais significativas à classe foram *prepar*, *sint*, *lid* e *dificuldade*, indicando a presença de conteúdos relacionados aos entraves e as facilidades no contexto do cuidado à mulher vítima de violência doméstica. No dendograma a seguir por meio das sucessivas divisões binárias, observam-se as temáticas contidas na classe, possibilitando a formação das subclasses.

Figura 46. Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 8 – Limites e possibilidades no contexto do cuidado à mulher vitimada. Rio Grande/RS. 2014.



De acordo com o dendrograma observa-se que as formas reduzidas acima da linha preta indicam conteúdos acerca das dificuldades enfrentadas pelas profissionais, no cotidiano de trabalho. Abaixo dessa linha concentram-se os fatores que potencializam as ações de cuidado as mulheres vitimadas. A Figura 47 expõe a composição da classe 8.

Figura 47. Esquema da composição da classe 8. Rio Grande/RS. 2014.



6.5.2.8.1 Dificuldades enfrentadas no cuidado à mulher vitimada

Inúmeros são os relatos acerca das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho relacionado ao cuidado à mulher vítima de violência doméstica. As enfermeiras mencionaram como empecilhos o despreparo emocional para lidar com essas situações, bem como o pouco conhecimento, derivado da falta de abordagem da temática durante a graduação ou mesmo pela instituição em que atuam.

Dessa forma, dissertaram sobre a necessidade de capacitação realizada pelas instituições hospitalares, como forma de aprimorar as habilidades técnicas e científicas na prestação do cuidado à mulher em situação de violência.

Eu tenho dificuldade para lidar com isso. Eu acho que nós temos que ter um emocional muito bom para prestar o suporte para aquela pessoa. Se eu me colocar no lugar dela, fico muito abalada, talvez eu não tenha estrutura emocional para prestar o atendimento com qualidade. (*ent_040 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Não, não me sinto preparada porque não é uma pauta que tenha sido focada em nenhum momento, ou durante a minha faculdade, ou agora depois de ser profissional. (*ent_010 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Me sinto preparada só psicologicamente, porque já vimos que eu desconheço os instrumentos que eu posso utilizar. Saber a minha postura frente àquilo, postura ética ou de cuidado, mas em relação à legislação, de seguir o fluxo, nisso eu me sinto despreparada. (*ent_033 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

Frente à violência contra a mulher, em relação aos profissionais de saúde, eu acho que deveriam receber um treinamento de como proceder; toda a parte teórica e científica da situação, para saber como agir neste momento, porque não existe um preparo das instituições para isso. (*ent_048 *hosp_01 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Os obstáculos mencionados não diferem daqueles apresentados pela literatura. Profissionais da saúde apresentam muitas dúvidas relacionadas aos serviços que integram a rede de apoio, aos encaminhamentos, à abordagem da vítima, aos aspectos éticos e legais atrelados à temática. Outros não percebem a VDCM como um problema de saúde pública, o que pode interferir no atendimento imediato ou nas intervenções preventivas (QUADROS et al., 2013).

Um dos grandes problemas relatados refere-se ao despreparo emocional para assistir essa clientela específica. Dessa forma, pesquisadores têm se dedicado ao estudo das repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores da saúde. Com base em estudos empíricos, foi observada a existência de sofrimento e de

ambiguidades emocionais no ofício de cuidar de pessoas submetidas à violência. Os limites entre a esfera profissional e a pessoal são extrapolados, passando a afetar a vida privada (PENSO et al., 2010; LANCMAN et al., 2009).

Conforme evidenciado, além de se envolverem emocionalmente com as pacientes, as enfermeiras se identificam com elas. Isso confirma a percepção de que o contexto do trabalho influencia positiva ou negativamente na esfera pessoal. Tal aspecto foi nomeado de efeito colagem, ao ser evidenciado que a empatia profissional pode desencadear mudanças na forma como lidam com a própria realidade familiar e também com seus companheiros (PENSO et al., 2010).

De acordo com Lancman et al. (2009) o limite entre teoria e prática é uma linha tênue, pois existem profissionais que buscam a solução para os problemas das vítimas, seja para comprar alimentos, roupas ou remédios, seja participando de festividades e de velórios dos pacientes, conforme evidenciado no estudo (LANCMAN et al., 2009). Algumas vezes, essas situações geram sofrimento, podendo configurar-se como uma violência indireta.

Esse tipo de violência pode ser decorrente do convívio, do testemunho e da interação com vítimas e agressores, ou pode ocorrer quando, no exercício de suas funções, o profissional convive com situações precárias de trabalho, como a falta de recursos para propor alternativas ou resolvê-las (LANCMAN et al., 2009).

Pesquisadores têm divulgado um déficit na formação dos profissionais da saúde, lacuna essa proveniente da estrutura curricular dos cursos que não abordam a violência contra a mulher (PEREIRA; VIANNA, 2014). Da mesma forma, as entrevistadas destacaram a falta de problematização da temática na graduação, bem como de investimento na capacitação dos profissionais, por parte das instituições de saúde.

Também mencionaram que a formação fragilizada limita as ações de cuidado nesse contexto. Destaca-se que a falta de preparo se traduz, muitas vezes, em impotência, constrangimento ou perda do controle da situação (QUADROS et al., 2013; LETIERRE, NAKANO, RODRIGUES, 2008). Essas dificuldades acabam impedindo uma assistência mais efetiva, ou seja, uma abordagem descentralizada da dimensão física.

Outra questão pontuada por uma enfermeira refere-se à postura profissional, ao referir acerca da falta de privacidade no atendimento com a porta aberta.

Falamos aqui com uma porta aberta, todo mundo escutando, todo mundo sabe o que aconteceu. Eu acho que não é um atendimento adequado, nem aqui e nem na delegacia. (*ent_031 *hosp_01 *id_01 *conc_02 *comp_01).

É recorrente na literatura a queixa de profissionais, principalmente dos que atuam na urgência e emergência, acerca das empecilhos relacionados à estrutura física da instituição e à dinâmica de trabalho dos colegas. Muitos mencionam que o pequeno espaço físico dos serviços não garante a privacidade das pacientes. Somado a isso, mencionam que o acolhimento inadequado decorre do excesso de trabalho, associado à demanda de pessoas e ao número insuficiente de profissionais (VIEIRA, PADOIN, LANDERDHAL, 2009; VILLELA et al., 2011).

Costa et al. (2013) destacam que os aspectos ligados às condições materiais para execução do trabalho até o insuficiente investimento na seleção e no acompanhamento dos recursos humanos geram impacto negativo nas instituições, e assim no cuidado prestado às vítimas.

Portanto, os resultados desta subclasse mostram uma série de fatores que tornam o cuidado um desafio aos profissionais. O cuidar exige do enfermeiro a utilização de instrumentos fundamentais para o exercício profissional, como a observação, o bom senso, a sensibilidade e a técnica (FERRAZ et al., 2009). Mas apenas as competências e habilidades, isoladas, não possibilitam ações de cuidado. São necessários condições adequadas de trabalho, salas estruturadas e equipadas para o atendimento às vítimas e número suficiente de profissionais capacitados.

6.5.2.8.2 Fatores que potencializam o cuidado à vítima

Contrariamente à subclasse anterior, os discursos apresentam conteúdos sobre as possibilidades para lidar com as situações de violência contra a mulher. Como condições atreladas ao desempenho profissional, nesse contexto, as enfermeiras mencionaram a necessidade de empatia e a experiência profissional. Também foi referido que participar de palestras e projetos durante a graduação prepara para a prática profissional.

Acho que me sinto preparada para prestar um cuidado porque nos colocamos no lugar, porque não gostaria que acontecesse comigo.
(ent_008 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_01).

O primeiro momento, infelizmente, tem que ser com frieza, senão, não fazemos o que tem que fazer. Eu me sinto preparada para prestar um cuidado às vítimas de violência contra a mulher, mesmo que eu sofra depois, mas num primeiro momento me sinto.

(*ent_004 *hosp_02 *id_02 *conc_02 *comp_01).

Trabalhamos muito com drogas, com queimados; tu olhas para aquela pessoa com outro pesar. Olha, acredito que não tenho dificuldades para lidar com essas situações, mas penso que esse diferencial de pessoas que atendemos acaba mexendo um pouco, porque tem a questão do sentimento.

(*ent_007 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_02).

Sabe-se que não existe um modelo estruturado de cuidado a mulheres em situação de violência doméstica. No entanto, os profissionais de enfermagem, que estão em contato direto com a maioria das vítimas, precisam estar aptos para tal tarefa. Por tratar-se de um fenômeno complexo, não bastam habilidades técnicas, mas também é necessário um preparo emocional.

Conforme referido nos discursos percebe-se que para enfrentar o fenômeno as enfermeiras iam buscando maneiras e organizando estratégias para assistir essas mulheres, dentre elas colocar-se no lugar das vítimas. Tal questão é abordada por Waldow (1998, 2001) ao referir que se colocar no lugar do outro é uma forma de agir no sentido moral, protegendo o ser mais frágil, o que de certa forma relaciona-se com o cuidado. Destarte, percebe-se que enquanto para algumas a empatia gera sofrimento, para outras é uma forma de superar as dificuldades de lidar com vítimas.

A experiência de trabalho e a problematização de temas sociais e de saúde durante a graduação também foram enfatizadas pelas enfermeiras.

Sim acho que me sinto preparada. Como eu te disse, os anos de trabalho vão preparando para lidar com diferentes situações, mas também, como não peguei muitos casos, pode ser por isso que me sinto preparada, por não ter agido especificamente ainda.

(*ent_022 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_01).

Eu acho que sim, me sinto preparada porque nós estamos um pouco preparadas para conduzir as situações. Quando tu és acadêmica, tu assistes palestras; eu mesmo trabalhava com uma professora, trabalhava nos projetos, vários projetos de violência e de dependentes químicos.

(*ent_024 *hosp_02 *id_02 *conc_01 *comp_02).

Como tu colocaste, me perguntando se tem alguma rotina ... não se fala sobre o assunto e também não se trabalha sobre. A princípio, aprendemos com o tempo de formação que temos, tempo de experiência, e acabamos atendendo.

(*ent_007 *hosp_02 *id_01 *conc_02 *comp_02).

Na prática assistencial os profissionais mais preparados, provavelmente, terão

melhores condições de estabelecer uma relação de cuidado que ultrapasse as ações técnicas, reduzindo os riscos e os agravos. Assim, o preparo intelectual, associado aos anos de trabalho são fatores que podem potencializar o cuidado. Nesta subclasse, enfermeiras com maior tempo de formação profissional e que já haviam participado de eventos sobre a temática foram as que mais relataram facilidade no processo de cuidar das vítimas.

Lima e Bianchi (2010) realizaram estudo que avaliou a influência das variáveis sociodemográficas na percepção do estresse, concluindo que o tempo de formação acadêmica era diretamente proporcional ao grau de estresse e à insegurança em realizar atividades técnicas e liderar a equipe de enfermagem. Assim, quanto maior a experiência profissional, maiores podem ser as habilidades gerenciais e de cuidado.

Portanto, diante das evidências encontradas chama-se a atenção dos polos formadores e das instituições de saúde. Há necessidade da inserção dessa temática nos currículos de maneira contextualizada com o ensino, o trabalho e a realidade, instrumentalizando os profissionais em formação para o enfrentamento de problemas e necessidades reais da população (OLIVEIRA; ALMEIDA; MORITA, 2011). Nesse contexto, também valoriza-se a capacitação de docentes, e atualização contínua dos profissionais de saúde já inseridos no mercado de trabalho, por meio de estratégias de educação permanente em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho foi possível identificar a estrutura e os diferentes conteúdos constituintes da representação social da VDCM, entre enfermeiras hospitalares, e sua relação com o cuidado. Dentre os conteúdos, houve destaque para conceitos, imagens, atitudes, sentimentos e lembranças sobre o objeto estudado.

Na análise prototípica geral os resultados apontaram para uma representação estruturada composta pelas dimensões conceitual, imagética e atitudinal, evidenciadas pelos termos “agressão”, “agressão física”, e “desrespeito”, presentes no NC do quadro de quatro casas. Observou-se que a agressão física figurou em todas análises comparativas, com alta frequência e menor ordem de evocação, mostrando a consensualidade entre as profissionais e a importância atribuída a essa expressão da violência. Tal fato foi corroborado na voz das entrevistadas, tanto no que se refere aos aspectos teóricos quanto aos aspectos práticos, no cotidiano de trabalho.

Isso foi constatado na Classe 4, em que as enfermeiras verbalizam essa expressão da violência e relatam identificar as vítimas por meio de sinais físicos. Assim, associam expressões icônicas do objeto de estudo, mencionando mulheres com a face marcada, feridas por arma de fogo, facas e queimaduras, demonstrando que tais imagens estão associadas a um diagnóstico no contexto profissional.

No entanto, os discursos também mostraram um conceito ampliado da VDCM, incluindo as formas verbal, psicológica e sexual, além de condutas do parceiro que podem servir como desencadeadoras da violência. Nesse sentido, mencionam o abuso, o desrespeito que o homem tem com a mulher na frente dos filhos, a desqualificação da parceira e a exigência para cumprir as tarefas domésticas. Com isso, outras imagens da VDCM foram evidenciadas tal como a figura de um homem exercendo o poder sobre a parceira que se mantém cabisbaixa e ferida.

Isso é mais evidente nos subgrupos de enfermeiras, com idade maior do que 35 anos, formadas antes de 2008 ou trabalhadoras da Santa Casa. Essa afirmação fundamenta-se no fato do termo “agressão verbal” figurar na zona de contraste do quadro geral e no NC dessas informantes, na análise prototípica da VDCM.

É importante ressaltar que conhecer as formas de violência, bem como suas consequências à saúde da mulher, auxilia na implementação de um cuidado específico, mas que só se concretiza por meio do estabelecimento de uma atuação

conjunta, associando suas dimensões relacional e instrumental. Por isso, algumas ações, desempenhadas ou não pelas enfermeiras, podem caracterizar o descuidar.

Tais ações foram elencadas na Classe 2, que tratou da assistência hospitalar às vítimas. Nos discursos, ficou evidente que não há um cuidado diferenciado às vítimas de violência doméstica, bem como não existem rotinas específicas, exceto nos casos de violência sexual, que possui um protocolo de atendimento estabelecido pelo MS. Porém, frente a essa expressão da violência, as práticas também limitaram-se a procedimentos biológicos.

Considerando que muitas atribuições estabelecidas no protocolo foram referidas como competência médica, infere-se que tal fato desencadeie, por parte das enfermeiras, uma maior valorização às práticas relacionadas ao tratamento físico. No entanto, cabe enfatizar que os protocolos não devem rotinizar as práticas, desvinculando-as da problematização dos casos. Eles devem servir como norteadores do processo de cuidar, garantindo um atendimento de qualidade à mulher, por meio de relação solidária, respeitosa e acolhedora. Nesse contexto, os termos assistência e cuidado físico, presentes no quadro geral da análise estrutural do cuidado à vítima, evidenciam a dimensão técnica e a física desse cuidado.

A relação entre gravidade das lesões físicas e o envolvimento das enfermeiras foi outro aspecto observado na representação da VDCM. Nesses casos, evidenciou-se nitidamente, o cuidado relacional, que não busca apenas o bem estar físico, mas também o psicológico, exercido por meio do diálogo, do vínculo, superando os desafios que emergem durante a assistência às vítimas queimadas ou feridas gravemente pelo parceiro.

Diante disso, parece que a dimensão relacional do cuidado se estabelece proporcionalmente aos agravos físicos mais facilmente evidenciados. Nesses casos, possivelmente visualizam a paciente como 'vítima' da situação. Mais uma vez essa associação corrobora-se com os conteúdos da classe 6, que aborda a percepção das entrevistadas sobre a mulher submetida à violência doméstica. Nela observou-se que a intensidade da violência parece ser um fator de classificação da mulher, como cúmplice ou vítima.

Os discursos iniciais mostram a estigmatização das mulheres vitimadas, julgadas como fracas, inseguras e covardes por aceitarem a situação e não buscarem outras alternativas de vida. Por outro lado, quando o ato violento desencadeia hospitalização, evidencia-se uma mundança no discurso das informantes, com um

tomada de posição mais positiva, em que passam a considerar a vítima uma guerreira, sofredora ou ainda uma pessoa doente que necessita de ajuda.

A internação da mulher, devido à violência, aponta para uma reflexão das enfermeiras sobre os motivos e sobre a rede de apoio primária e secundária. Assim, enfocam a dimensão psicossocial do cuidado, elencada mais prontamente e com maior frequência na análise estrutural do cuidado à vítima, permeada pelos elementos nucleares “apoio”, “atenção” e “proteção”. As enfermeiras entendem que dificilmente uma mulher consegue se desvincular das agressões sem o amparo familiar, profissional ou social.

Nessa linha de pensamento, a dimensão imagética da VDCM vai além da figura da mulher afetada fisicamente, elas incluem o abalo psicológico, que foi expresso por imagens que remetem ao desespero, vergonha e medo. Por meio dessas figuras é que buscam identificar uma vítima, que pode apresentar-se agressiva, reprimida diante do agressor, cabisxaiva ou depressiva, situações aprofundadas na classe 4. Cabe destacar que embora a violência psicológica não tenha sido a mais problematizada, ela foi referida como aquela que marca o início da fase inicial da VDCM podendo ser tão ou mais grave do que as outras formas.

No que diz respeito às práticas articuladas, observou-se a sua incorporação à representação da VDCM. Com base nas repercussões desse tipo de violência, as enfermeiras discorrem sobre a necessidade de ações conjuntas, tal como discutido na classe 5. Elas reconhecem a importância da legislação protetiva à vítima, mas recriminam a fragilidade do sistema judicial e policial, que acaba interferindo, negativamente, na proteção da mulher. Desta forma, questionam porque, mesmo existindo amparo legal, os casos de VDCM estão cada vez mais graves.

Apesar disso, as enfermeiras reconhecem que as mulheres mais esclarecidas, em relação aos serviços de apoio, têm maior noção de seus direitos e, assim, mais chances de sair da situação violenta. Esses conteúdos podem estar presentes na dimensão educativa do cuidado, expressa pelo termo “orientação” na análise prototípica do cuidado à vítima.

No âmbito da saúde, a interdisciplinaridade entre profissionais da psicologia, da assistência social e da medicina se mostra pertinente, com ações próprias e articuladas, mas o discurso é apenas idealizado, pois mencionam que não há essa estrutura nas instituições e que desconhecem os serviços disponíveis no município.

Quanto ao papel da enfermagem, chama atenção o fato de não elencarem suas atividades articuladas a outros profissionais, deixando a impressão de que lhes cabe apenas fazer encaminhamentos, não valorizando assim, sua atuação real e potencial.

Apesar disso, as práticas de cuidado da enfermagem são visíveis. Na representação analisada, o comprometimento dessas trabalhadoras com a atenção às vítimas foi precebido pelas estratégias adotadas no processo de cuidar, dentre elas a forma de abordar o assunto e orientar a mulher durante o atendimento, descrito na classe 1, além da própria experiência profissional, que associada à capacitação sobre a temática, apresentada na classe 8, possibilitam a potencialização do cuidado.

Na zona de contraste do quadro geral da análise estrutural da VDCM, o elemento “dor”, expressou a esfera sentimental das enfermeiras sobre o fenômeno, atribuído à sensação das vítimas perante os agravos. No sentido conotativo, a dor também pode ser sentida pelas profissionais frente ao impacto e ao despreparo emocional para lidar com essas situações, bem como ao se colocarem no lugar das vítimas, evidenciado na classe 8. Outras dificuldades, apontadas, que limitam o processo de cuidar, são a falta de abordagem dessa temática tanto nos cursos de graduação quanto nas instituições em que atuam.

Esse despreparo reflete no desconhecimento acerca das competências éticas e legais, evidenciadas na classe 7, e por conseguinte na confusão entre denúncia e notificação compulsória. Esse equívoco pode refletir no “medo” das enfermeiras, frente ao agressor, presente na primeira periferia de todas as análises prototípicas da VDCM, não se limitando apenas ao sentimento das vítimas.

Frente a isso, observam-se equívocos no que se refere à dimensão profissional, na análise estrutural do cuidado à vítima. Os conteúdos que sinalizam o “profissionalismo”, presente na segunda periferia, apontam para as questões éticas do fazer, como o respeito à vítima e a visão sem críticas, face à prestação do cuidado. No entanto, na voz das enfermeiras observou-se que, equivocadamente, referem-se à denúncia e ao registro de boletim de ocorrência como competências éticas. Assim, acredita-se que a análise dos conteúdos e da estrutura do cuidado à vítima se mostrou pertinente neste estudo, ao possibilitar a visualização dessas elaborações mentais associadas à representação da VDCM.

Ao se analisar a representação social da VDCM é inevitável que surjam conteúdos relacionados à vítima e ao agressor. Nesse sentido, o termo “submissão”, na segunda periferia do quadro geral, indica que esse elemento remete aos aspectos

históricos, sociais, ideológicos da VDCM, somado à dependência financeira e a falta de apoio para romper com o ciclo. O termo “família”, também elencado naquele quadrante, expressa que a violência recai sobre os membros da família e, ao mesmo tempo, é nela que a vítima precisa buscar amparo, observado nas classes 1 e 6.

Nos conteúdos relacionados ao agressor observou-se, na classe 3, que as profissionais possuem conhecimentos acerca dos fatores que podem contribuir para a prática da violência, entre eles a supremacia masculina e o ciúme. Além disso, apontam o uso de drogas como desencadeante da VD, todavia embora reconheçam os efeitos negativos do uso dessas substâncias, não visualizam o usuário como uma pessoa doente, um dependente químico. Por outro lado, afirmam que quem pratica violência tem a saúde mental prejudicada, possui algum transtorno psicológico e, portanto, precisa de tratamento.

Frente a isto, um misto de sentimentos contraditórios é vivido pelas enfermeiras, de um lado raiva, impotência, medo, desejo de punição do agressor; e de outro pena, empatia, revolta, sensibilidade, espanto, estigmatização da vítima. Assim, o que se percebe na representação analisada é que há uma mescla da esfera pessoal com a profissional, refletindo em um cuidado híbrido. Dessa mescla advém as representações sociais, pois sua construção tem como fundamento o indivíduo e os grupos sociais, visto que as representações só podem ser construídas a partir da tensão entre a objetividade e subjetividade.

Ao se iniciar este estudo afirmou-se que *as representações sociais das enfermeiras sobre a violência doméstica contra a mulher agregam conteúdos fortemente centrados nas formas física e sexual refletindo-se numa prática de cuidar predominantemente voltada ao tratamento dos sinais e sintomas, bem como na subnotificação dos casos*. Comparando-a com os resultados obtidos, considera-se que essa tese foi parcialmente confirmada.

Embora tenha ocorrido maior visibilidade à violência física, outras expressões da violência também foram reconhecidas pelas entrevistadas. Além disso, apesar do cuidado estar centrado nos sinais e sintomas, caracterizando sua dimensão técnica, fica evidente o cuidado relacional, muito associado à gravidade decorrente da violência.

Assim, percebe-se que as enfermeiras atuam de acordo com o grau de dependência das vítimas, sinalizando para uma característica própria da profissão. A dimensão relacional também se estabelece diante do amparo, da atenção e do

encorajamento às vítimas para buscarem ajuda nos serviços de apoio, bem como na forma de comunicação e estabelecimento do vínculo. Assim, buscam uma reflexão conjunta sobre os problemas das clientes.

É importante destacar que na multidimensionalidade do processo de cuidar, incluem-se aspectos como o conhecimento das enfermeiras, sobre os serviços disponíveis no município, a relevância da notificação compulsória, como uma competência legal obrigatória, bem como sobre o acolhimento e a implementação do processo de enfermagem. Frente aos resultados, nota-se a importância do fortalecimento do apoio institucional às enfermeiras, no que se refere à capacitação para o cuidado à vítimas de violência.

Esse preparo não se limita, no entanto, às competências éticas e legais, mas também ao aspecto emocional para lidar com a gravidade dos casos, muito presentes no âmbito hospitalar. Além disso, o medo e a impotência apresentam forte relação com a desqualificação profissional. Este trabalho permitiu desvelar como a representação da VDCM e as práticas de cuidado à vítima se relacionam, isso por saber que as representações guiam as práticas e que essas as modificam.

A VDCM é um fenômeno complexo e multicausal necessitando, portanto, de uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, delineada pelo conhecimento técnico-científico sobre o fenômeno. Além disso, é preciso expandir as discussões sobre a temática, incluindo a problematização de gênero e das implicações da violência na saúde da mulher, bem como na família. A enfermagem insere-se nessa rede de atenção, estabelecendo práticas de cuidado voltadas tanto ao tratamento e a reabilitação das vítimas, quanto à prevenção do fenômeno e ao empoderamento das mulheres.

Com o trabalho pretende-se trazer outras contribuições aos hospitais, às enfermeiras, bem como às vítimas. Dentre essas ações citam-se:

- Confecção de banner contendo os principais serviços de apoio à vítima de violência doméstica disponíveis no município. Esse ficará exposto no setor de urgência e emergência, junto a triagem, nos dois hospitais.
- Problematização com as enfermeiras, por meio da educação permanente, acerca da notificação compulsória da VDCM.
- Proposta de construção conjunta de um protocolo para a implementação da notificação compulsória nos serviços de triagem.
- Socialização desta pesquisa com a comunidade acadêmica e científica.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2º ed. Goiânia: AB, 2000.
- ABRIC, J. C. **Práticas sociais y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001.
- ACOSTA, D. F. **Violência contra a mulher**: estudo das ocorrências registradas na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.
- ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.
- ACOSTA, D. F et al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n.1, p. 121-127, 2015.
- ADEODATO, V. G et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.
- AGORA. Cerimônia marca inauguração do Cras Dra. Lucia Nader. **Jornal Agora**, Rio Grande, 28 fev. 2014a. Disponível em: <http://www.jornalagora.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?e=3&n=55607>. Acesso em: 4 mar. 2014.
- AGORA. Patrulha Maria da Penha será implantada no primeiro semestre de 2014. **Jornal Agora**, Rio Grande, 9 fev. 2014b. Disponível em: www.jornalagora.com.br/site/content/noticias/print.php?id=50477. Acesso em: 4 mar. 2014.
- AGORA. Rio Grande na luta pelos direitos das mulheres. **Jornal Agora**, impresso, Rio Grande, 27 set. 2007a.
- AGORA. Casa de Abrigo às Mulheres ganha nome de líder comunitária. **Jornal Agora**, impresso, Rio Grande, 6 jun. 2007b.
- ALBUQUERQUE, J. B. C et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf**, v. 15, n. 2, p. 382-390, abr-jun 2013.
- ALENCAR, D. N.; MELLO, M. M. P. Lei Maria da Penha e sua aplicação na cidade de Recife: uma análise crítica do perfil do “agressor” nos casos que chegam ao juizado da mulher (anos 2007-2008). **Rev. Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 24, n. 02, p. 9-21, jul-dez 2011.

ALEXANDRE, M. O Papel da mídia nas representações sociais. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 111-125, jul-dez. 2001. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:b3kjeempxaYJ:www.sinpro-rio.org.br/imagens/espaco-do-professor/sala-de-aula/marcos-alexandre/opapel.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 29 maio 2015

ALMEIDA, A. M. O. **50 Anos da Teoria das Representações Sociais:** depoimentos. Laboratório de Interação Social Humana. LABINT/UFPE. Centro Internacional de Pesquisa em Psicologia e Representação Social “Serge Moscovici” - UnB. 2013, CD ROM.

ALMEIDA, T.; RODRIGUES, K, R. B.; SILVA, A. A. O ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos. **Estudos de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 83-90, 2008.

ALVES, S. L . B.; DINIZ, N. M . F. “Eu digo não, ela diz sim”: a violência conjugal no discurso masculino. **Rev. Bras Enferm.**, v. 58, n. 3, p. 387-392, maio-jun 2005.

ALVIM, S. F.; SOUZA, L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 7, n. 2, p. 171-206, 2005.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 42, n. 3, p. 591-5, 2008.

ANDRADE, M. F.; GIULIANI, C. D.; BIFFI, E. F. A. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto-socorro/hospital de clínicas-UFU. **Revista fato & versões**, v. 3, n. 5, 2011.

ANTON, I. L. C. **A escolha do cônjuge:** um entendimento sistêmico e psicodinâmico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

APAV. **Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.** Ter um/a amigo/a vítima. 2008. Disponível em: <http://apav.pt/lgbt/menuami.htm>. Acesso em: 21 jan. 2015.

APOSTÓLICO, M. R et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 1-8, mar-abr. 2012.

ARRUDA, A. Teoria das representações Sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

ARRUDA, A. Dimensões do Imaginário. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V orgs. **Contribuições para a Teoria e o Método de estudo das representações sociais.** João Pessoa: Editora Universitária, 2007.

ARRUDA, C. N. **Inscrita no corpo, gravada na carne:** experiência de ser queimada em mulheres nordestinas. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

- ARRUDA, C. N.; BRAIDE, A. S. G.; NATIONS, M. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 10, p. 2057-2067, out. 2014.
- AUDI, C. A. F. Et al. Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.587-94, 2009.
- ASSIS, C. T. S.; SÓRIA, D. A. C.; ASSIS, M. R. A queimadura como ato de violência física contra a mulher: revisão de literatura. **Rev Bras Queimaduras**, v. 11, n. 4, p. 254-258, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.
- AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. esp., p. 55-63, 2006.
- BAILEY, B. A. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. **International Journal of Women’s Health**, v. 2, p, 183–197, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971723/>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- BANCHS, M. A. Representações sociais, cultura e influência social na América Latina. In: ARRUDA, A.; MOREIRA, A. S. P (orgs). **Olhares sobre o Contemporâneo**: representações sociais de exclusão e meio ambiente. João Pessoa: Editora Universitária, 2004.
- BANCROFT, L. Why does He do that? Inside the minds and angry and controlling men. 2003. In: **An abuse, rape, and domestic violence aid and resource collection**. Abusers, batterers, domestic violence offenders. Disponível em: <http://www.aardvarc.org/dv/batterer.shtml>. Acesso em: 31 mar. 2015.
- BARREIRA, I. A. A reconFiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto Contexto Enferm**, vol.14, n.4, p. 480-487, 2005.
- BARRETO, L.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. **Athenea Digital**, v.13, n. 3, p. 195-207, nov. 2013.
- BASSANEZI, C. Revistas femininas e o ideal de felicidade conjugal (1945-1964). **Cadernos PAGU**, p. 111-148, 2005.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BERGER, S. M. D.; GIFIFIN, K. M. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público

no Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.15, n. 37, p. 391-405, abr-jun. 2011.

BERNZ, I. M.; SALEMA., E. B. S; LINDNER, S. R. Desafio da violência doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. **Health & Social Change**, v. 3, n. 3, p. 105-111, 2012.

BISPO, T. C. F. B.; ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 11-18, jan-abr. 2007.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006. Acesso em: 17 mar. 2014.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, 2005.

BONFIM, E. G.; LOPES, M. J. M.; PERETTO, M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 1, p.97-104, jan-mar. 2010.

BORGES, L. M. Homicídio conjugal: comparação quanto ao sexo dos agressores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, ano 9, n. 3, p. 775-780, 2009.

BOURGET, M. D.; GAGNE, P.; WHITEHURST, L. Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 38, n. 3, 2010.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 4 fev. 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: SPM, 2005.

BRASIL. **Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações, 2006a.

BRASIL. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Norma técnicas de padronização delegacias especializadas de atendimento à mulher** – DEAMS. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília: SPM, 2006c.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007a.

BRASIL. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual**: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Secretaria da Saúde. São Paulo: SMS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas no atendimento às mulheres – DEAMS**. Brasília: Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/003.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2014.

BRASIL. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Brasília: SPM, 2011a. Disponível em <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>. Acesso em: 12 mar. 2014.

BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Resolução nº 466 de dezembro de 2012**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2014.

BRASIL. **Lei nº 12.845 de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, 2013a. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Lei_12845_2013.pdf. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Acesso em: 20 mar. 2015. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_i.pdf

BRASIL. **Dilma Rousseff sanciona lei que torna hediondo o crime de feminicídio**. Portal Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2015/03/dilma-rousseff-sanciona-lei-que-torna-hediondo-o-crime-de-feminicidio>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRUSCHI, A.; SILVESTRE DE PAULA, C.; BORDIN, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 40. n 2, p. 256-264, 2006.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei - Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006** – Lei Maria da Penha. 2015. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1361597&ilename=PL+2362/2015. Acesso em: 22 set. 2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto prevê auxílio previdenciário para vítimas de violência doméstica**. 2014. Disponível em:

<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/assistencia-social/471226-projeto-preve-auxilio-previdenciario-para-vitimas-de-violencia-domestica.html>.

Acesso em: 22 set. 2015.

CAMARGO, B. V; BOUSFIELD, A. B. S. Teoria das Representações Sociais: uma concepção contextualizada de comunicação. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. org. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 369-397, abr-jun. 2012.

CARVALHO, C et al. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis/SC. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 4, out-dez 2010.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 6, nov-dez. 2006.

CATALANO, S. **Intimate Partner Violence, 1993–2010**. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs Bureau of Justice Statistics, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/ipv9310.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

CAVALCANTE, A. C.; SILVA, R. M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CFEMEA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Dados sobre Violência Contra as Mulheres no Brasil e no Mundo**. Brasília: CFEMEA, 2007. Disponível em: http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3466:dados-sobre-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil-e-no-mundo&catid=215:artigos-e-textos&Itemid=149. Acesso em: 8 jan. 2014.

CFEMEA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida: comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário**. 2ª Ed. Brasília: Gráfica Garcia, 2009.

CHIES, P. V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 507-528, maio-ago. 2010.

CHUZ, J. C et al. Percepções da equipe de enfermagem no atendimento a vítimas de violência. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 2, p. 284-289, abr-jun. 2011.

CID. **Classificação Internacional de Doenças**. 2010. Disponível em <http://www.bulas.med.br/cid-10/>. Acesso em: 2 mar. 2014.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COLOSSI, P. M.; FALCKE, D. Gritos do silêncio: a violência psicológica no casal. **PSICO**, v. 44, n. 3, p. 310-318, jul-set. 2013.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, “**Convenção de Belém do Pará**”. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 4 jan. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **III Fonavid faz um panorama sobre a violência contra a mulher**. 2011a. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/17100-iii-fonavid-faz-um-panorama-sobre-a-violencia-contr-a-mulher> . Acesso em: 16 jan. 2014.

_____. **Brasil perde 10% do PIB com violência contra a mulher**. 2011b. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/13724-brasil-perde-10-do-pib-com-violencia-contr-a-mulher>. Acesso em: 9 fev. 2014.

CORREIA, C. M et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 1, p. 118-125, jan-mar. 2014.

COSTA, D. A. C et al. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 302-309, abr-jun. 2013.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M.; SOARES, J. F. S. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 214-222, 2014.

DAHMER, T. S et al. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 497-505, jul-set. 2012.

DAY, V. P et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr. RS**, v. 25, supl. 1, abr. 2003.

DE ANTONI, C.; BATISTA, F. A. Violência familiar: análise de fatores de risco e proteção. **Rev da Sociedade de Psicologia do RS**, v. 14, n. 2, p. 26-35, set-dez. 2014.

- DEEKE, L. P et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 248-258, 2009.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, jan-mar. 2000.
- DINIZ, N. M. F. et al. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 3, 2007.
- DINIZ, N. M. F et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1010-1015, 2011.
- DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- DURAND, J. C. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-364 , 2011.
- DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p.1293-1304, 2013.
- DUVVURY, N.; GROWN, C.; REDNER, J. Costs of at the Household and Community Levels. **International Center for Research for Woman**. 2004. Disponível em: <http://www.icrw.org/files/publications/Costs-of-Intimate-Partner-Violence-at-the-Household-and-Community-Levels-An-Operational-Framework-for-Developing-Countries.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2014.
- ELLSBERG, M. et al. Violence against women and girls 1. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? **The Lancet**, n. 385, p. 1555–1566 2015.
- ESPIRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n.3, p. 539-46, 2006.
- ESPINOZA, H.; CAMACHO, A. V. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n2/a11v17n2.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- FACURI, C. O et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, maio 2013.
- FARIA, N.; NOBRE, M. O que é ser mulher? O que é ser homem? Subsídios para uma discussão das relações de gênero. In: SÃO PAULO (Cidade). **Gênero e educação**: caderno de apoio para a educadora e o educador. São Paulo: Secretaria

Municipal de Educação. 2003. Disponível em: <http://novo.ceseep.org.br/wp-content/uploads/2014/05/SUBS%C3%8DDIOS-PARA-UMA-DISCUSS%C3%83O-DE-G%C3%8ANERO.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender, educar, cuidar em saúde. **Rev. Bras Enferm**, v. 58, n. 5, p.607-10, set-out. 2005.

FERRAZ, M. I. R et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 755-759, out-dez. 2009.

FERREIRA, F. M. Família, gênero e violência doméstica na infância. **Cad. Espaço Feminino**, v. 26, n. 1, jan-jun. 2013.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**; v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

FONTANELLA, B, J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORMOZO, G. A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm UERJ**, v. 20, n. 1, jan-mar. 2012.

FÓRUM DE MULHERES DE RIO GRANDE. **Coordenadoria da Mulher Já: por que isto é importante**. Rio Grande, 2014. Disponível em https://secure.avaaz.org/po/petition/CAMARA_DE_VEREADORES_DE_RIO_GRANDERS_A_criacao_da_Coordenadoria_de_Políticas_para_as_Mulheres_em_nosso_Município/?pv=11. Acesso em 17 mar. 2014.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 589-597, 2011.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

GARBIN, C. A. S et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez. 2006.

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**, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, 2008.

GARCIA, L. P et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2014. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf. Acesso em 20 mar. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, V. L. O.; SILVA, A. L.; ERN E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 24, n. 2, p. 177-188, ago. 2003.

GOMES, N. P.; FREIRE, N. M. Vivência de violência familiar: homens que violentam suas companheiras. **Rev. Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p. 176-179, mar-abr. 2005.

GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F. Homens desvelando as formas da violência conjugal. **Acta Paul Enfer.**, v. 21, n. 2, p. 262-267, 2008.

GOMES, N. P et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da Interdisciplinaridade e Intersectorialidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 14-17, jan-mar. 2009.

GOMES, N. P et al. Violência conjugal e o atendimento da mulher na delegacia e no serviço de saúde. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 146 -153, maio-ago. 2013.

GOMES, N. P et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 683-689, out-dez. 2013.

GOMES, V. R et al. Violência contra a mulher nas regiões do Brasil: a versão da mídia paraense. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.3, p.933-45, 2013.

GOMES, N. P et al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 789-796, jul-set. 2013.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 22, n.1, p. 76-84, 2014.

GOMES, V. L. O et al. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. **Rev. Latino- Am. Enferm**, v. 23, n. 4, p. 718-724, jul-ago 2015.

GRAHAM-BERMANN , S. A et al. Community-Based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n. 2, p. 199–209, 2007.

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da Lei Maria da Penha. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 215-225, abr-jun. 2013.

GROSSI, P. K.; TAVARES, F. A.; OLIVEIRA, S, B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, n. 14, p. 267-280, out. 2008.

GROSSI, P. K. **Avanços e desafios da Lei Maria da Penha na garantia dos direitos das mulheres no RS**. 2013. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386620845_arquivo_patriciakriegergrossi.pdf. Acesso em: 27 jul. 2015

GUARESCHI, P. Apresentação à edição brasileira. In: MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625-631, jul-set. 2009.

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**, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013.

GUZMÁN; Y. E. R.; TYRREL, M. A. R. Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 4, p. 679-684, dez. 2008.

HANADA, H.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, jan-abr. 2010.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul-set. 2014.

HENNING, K.; JONES, A. R.; HOLDFORG, R. "I didn't do it, but if I did had a good reason": minimization, denial, and attributions of blame among male and female domestic violence offenders. **Journal of Family Violence**, v. 20, n. 3, jun. 2005.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 180-186, 2013.

HIGA, R et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 377-382, 2008.

HOROSHOVSKI, M. T. H. Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n 1, p. 92-106, jan-jun. 2004. Disponível em: http://www.emtese.ufsc.br/2_art7.pdf. Acesso em: 15 de nov. 2013.

HOWARD, M. L et al. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. **Psychological Medicine**, v. 40, n.6, p. 881-893, jun. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19891808>. Acesso em: 17 fev. 2014.

IBGE. **População Estimada**. Rio Grande do Sul. Rio Grande, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sullrio-grande>. Acesso em: 5 mar. 2014.

IBGE. **Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária**. Censo Demográfico de 2010. Rio Grande do Sul. Rio Grande, 2010. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sullrio-grande|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>. Acesso em: 5. Mar. 2014.

ILHA, M. M.; LEAL, S. M. C.; SOARES, J. S. F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto-socorro: (in)visibilidade da violência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 328-334, jun. 2010.

INSTITUTO AVON. **Percepção dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher**. Data Popular, 2013. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/12/folderpesquisa_instituto22x44_5.pdf. Acesso em: 24 maio 2015.

INSTITUTO AVON. **Violência contra a mulher: o jovem está ligado?** Data Popular, 2014. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/12/pesquisaAVON-violencia-jovens_versao02-12-2014.pdf. Acesso em: 23 maio 2015.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepção da sociedade sobre e violência e assassinatos de mulheres**. Data Popular / Instituto Patrícia Galvão, 2014. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf. Acesso em: 15 jun. 2014

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Tolerância social à violência contra as mulheres** - 27 de março de 2014. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2014. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf. Acesso em 29 mar. 2014.

JAEGER, F. P. Violência de gênero intrafamiliar: compreendendo e enfrentando o fenômeno. In: SIQUEIRA, A. C.; JAEGER, F. P.; KRUEL, C. S. **Família e violência**. Conceitos, práticas e reflexões críticas. São Paulo: Juruá, 2011.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____(org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Directrice d'études, École des Hautes Études en Sciences Sociales*. Tradução de Lucelena. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set-dez. 2009.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Esc Enferm USP**,

v. 42, n. 4, p. 744-751, 2008.

KANNO, N.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, v. 21, n.4, p. 884-894, 2012.

KIND, L et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Dilemas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p.1943-1952, 2011.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, set-dez. 2007.

KLUGMAN, J. New lens on gender based violence. **The Lancet**, v. 1, dec. 2013. Disponível em:<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2813%2970090-1/fulltext> . Acesso em: 6 mar. 2014.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2005.

KRUG, E. G et al. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LABRONICI, L.M. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 625-632, jul-set 2012.

LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 401-406, 2010.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 595-604, 2009.

LANCMAN, S et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p 682-688, 2009.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M.; GASPAS, M.F.M. Social representations of violence against women in the nursing perspective. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.409-424, abr-jun. 2011.

LEITE, R. M.; NORONHA, R. M. L. A violência contra a mulher: herança histórica e reflexo das influências culturais e religiosas. **Rev. Direito & Dialogicidade - Crato, CE**, v.6 , n.1, jan-jun. 2015.

LEONICO, K. L et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, jul-set. 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**, v. 42, n 3, 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 6, nov-dez. 2011.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 524-529, 2012.

LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Rev. Min. Enferm.**, v.14, n. 2, p. 210-218, abr-jun. 2010.

LIRA, C. E. P.; SILVA, P. P. A. C.; TRINDADE, R. F. C. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 4, p. 928-936, out-dez. 2012.

LOPES, M. J. L.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, n. 24, p.105-125, jan-jun. 2005.

LOPES, I. Homens e mulheres num caminho de paz. **Jornal Folha de S. Paulo**, seção "Tendências/Debates" (em 06/12/2011). In: Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/artigos-e-boletins/artigos/homens-e-mulheres-num-caminho-de-paz>. Acesso em: 27 fev. 2014.

LOPES, M.; GEMITO, L.; PINHEIRO, F. **Violência doméstica**: manual de recursos para a rede de intervenção integrada do distrito de Évora. Universidade de Évora. Évora: Tecnigraf, 2012.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 875- 899, jul-ago. 2003.

MANUEL, M.; BARROS, P. P.; CEREJO, S. D. **Custos sociais e económicos da violência exercida contra as mulheres em Portugal**: dinâmicas e processos socioculturais. VI Congresso Português de Sociologia: mundos sociais saberes e práticas. 2008. Lisboa. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/60.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2014.

MARCOVICZ, G. V.; RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M. The route resilience of women victims of conjugal violence. **Rev. Enferm UFPI**, v. 3, n. 2, p. 1-7, 2014.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Prática**, ed. Esp., p. 91-104, 2004.

MARQUES, S. C. **As práticas educativas para a prevenção do Hiv/aids**: a voz das usuárias da rede básica de saúde no município do Rio de Janeiro. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MARQUES, S. C.; TYRREL, M. A.; OLIVEIRA, D. C. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social. Brasil, 1975-2001. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

MARTINEZ, E. A.; SOUZA, S. R.; TOCANTINS, F. R. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Invest Educ Enferm.**, v. 30, n. 1, 2012.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n. 3, p. 472-478, jul-set. 2006.

MEISEL, J.; CHANDLER, D.; RIENZI, B. M. Domestic violence prevalence and effects on employment in two California TANF populations. **Violence Against Women**, v. 9,n. 10, Oct. 2003. Disponível em:<http://thelackthereof.org/docs/library/wst/Meisel,%20Joan%20et%20al:%20Domestic%20Violence%20Prevalence%20and%20Effects%20on%20Employment%20in%20Two%20California%20TANF%20Populations.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2014.

MENDONÇA, E. T.; SOUZA, L. V. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. **Rev. Enferm UFPE On Line**, v. 4, n. 2, abr-jun. 2010.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011.

MENEGHEL, S. N et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 18-34, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **CRAS Institucional**. 2010a. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-especial-basica/cras-centro-de-referencias-de-assistencia-social/cras-institucional#barra-brasil>. Acesso em: 16 mar. 2014.

_____. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. 2010b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/creas>. Acesso em: 16 mar. 2014.

MIRANDA, M. P. M.; SILVESTRE DE PAULA, C.; BORDIN, I. A. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 4, p. 300-308, 2010.

MONTEIRO, C. F. S et al. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n.2, p. 273-279, 2006.

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

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J.; VENÂNCIO, N. "O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos". **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D (org). **Representações Sociais**. RJ: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

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

MOURA, L. B. A et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6. p. 944-953, 2009.

MOURA, L. B. A.; LEFEVRE, F.; MOURA, V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1025-1035, 2012.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. A.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 435-442, jul-set. 2012.

MOTTA, M. G. Cuidado humanizado no ensino de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p.758-760, nov-dez. 2004.

NARVAZ, M. G. **Submissão e resistência**: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

NASCIMENTO, E. F. G. A.; RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1-10, jun. 2014.

NETTO, L. A et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 458-464, 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

OBSERVE. **Observatório pela aplicação da Lei Maria da Penha**. Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais. Projeto Observe UNIFEM. Relatório Final. 2011. Disponível em:http://www.observe.ufba.br/ARQ/relatorio_final_redes%5B1%5D%20%281%29.pdf. Acesso em: 1 mar. 2014.

OGUISSO, T. **Trajétória histórica da enfermagem**. Barueri: Manole, 2014.

OJEDA, B. S. et al. Saberes e verdades acerca da enfermagem: discursos de alunos ingressantes. **Rev. Bras. Enferm**, v. 61, n.1, p. 78-84, 2008.

OLIVEIRA, D. C. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Rev. de Ciências Humanas Florianópolis EFUFSC.**, edição esp., p. 47-65, 2000.

OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humana básica**: o saber/fazer a partir das representações sociais. 2001. Tese (Professor Titular). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A.S. **Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. orgs. **Experiência e Representação Social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE**, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio-ago. 2007.

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**, v. 41, n. 4, 2007.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma unidade básica de saúde. **Rev bras Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 412-420, 2011.

OLIVEIRA, M. S.; SANI, A. I. A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. **Rev. da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009.

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

OLIVEIRA, K. L.; GOMES, R. Homens e violência conjugal: uma análise de estudos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2401-2413, 2011.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A (org.). **Teoria das Representações Sociais, 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D. C et al. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v. 13, n. 1, p. 30-41, jan-mar. 2011. Acesso em: 27 ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8981>.

OLIVEIRA, A. R.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP). **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 868-876, 2008.

ONU MUJERES. **El progreso de las mujeres en el mundo**: em busca de la justicia. 2011-2012. Disponível em: <http://progress.unwomen.org/pdfs/SP-Report-Progress.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer e violencia doméstica**: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia, 2005.

OSSI, A. P. **Violência doméstica**: o que se espera do profissional de saúde? 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2006. Acesso em: 10 jul. 2015. Disponível em: http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/files/ANA_PAULA_DOSSI.pdf

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**, v. 46, n. 2, p. 351-358, 2012.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nigthingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras Enferm**, v. 58, n. 6, p. 723-6, nov-dez. 2005.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm UERJ**, v. 1, n. 2, abr-jun. 2006.

PAIM, J. **Entendendo a violência doméstica**. In: FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS. Seminário de capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 345-465, maio-ago. 2009.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. 3º ed. São Paulo: Nova cultural, 2000.

PASINATO, W. **Delegacias de Defesa da Mulher e Juizados Especiais Criminais: mulheres, violência e acesso à justiça**. Preparado para apresentação no XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós Graduação em Ciências Sociais – ANPOCS. Caxambu, Minas Gerais, 26 a 28 de outubro de 2004. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down082.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 760-763, out-dez. 2009.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 1, p.124-135, 2011.

PENSO, M. A et al. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010.

PEREIRA, A.; BACHION, M. M. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 27, n. 4, p.491-498, dez. 2006.

PEREIRA, B. C. J. **Tramas e dramas de gênero e de cor: a violência doméstica e familiar contra mulheres negras**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PEREIRA, S.; VIANNA, L. A. C. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 315-320, 2014.

PÉREZ, I. R.; PREITO, P. B.; CASES, C. V. Violência contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. **Gac. Sanit**, v. 18, supl. 2, p. 4-12, 2004.

PERSEGONA, K. R, LACERDA, M. R.; ZAGONE, I. P. S. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 2, p. 518-525, 2007.

PIMENTEL, S. **Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW**. 2004. Disponível em <http://mulheres.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/o%20que%20e%20CEDAW.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

PIMENTEL, S.; PANDJIARJIAN, P.; BELLOQUE, B. “**Legítima Defesa da Honra**”. Ilegítima impunidade de assassinos: um estudo crítico da legislação e jurisprudência da América Latina. Artigo produzido originalmente para o projeto sobre “Crimes de honra” de CIMEL/INTERIGHTS (Project on Strategies to Address “Crimes of Honor”. CIMEL – Centre of Islamic and Middle Eastern Law, School of African and Oriental Studies, London University, UK. INTERGITHS –International Centre for the Legal Protection of Human Rights), 2005. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/colenc.04.a04.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2014.

PIMENTEL, A. **Violência psicológica nas relações conjugais**. Pesquisa e Intervenção Clínica. São Paulo: Summus, 2011.

PINAFFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. **Rev. Histórica**, n. 21, p. 1-10, abr-maio 2007. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>. Acesso em 23 maio 2015.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p. 1025-1035, 2005.

PITANGUY, J. **Uma violência invisível**. Entrevista especial com Jacqueline Pitanguy. 2014. Acesso em: 26 jul. 2015. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/534396-uma-violencia-invisivel-entrevista-especial-com-jacqueline-pitanguy>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Prática de enfermagem baseada em evidências: fundamentos. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL BRASIL. **Centro de Referência de Assistência Social (Cras)**. Cidadania e Justiça, 2011 Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/10/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras>. Acesso em: 8 mar. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE. **Cras do Cidade de Águeda comemora dois anos**. Notícia Online, Rio Grande, 21 nov. 2008. Disponível em <http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+19e28,.cras-do-cidade-de-agueda-comemora-dois-anos.html#.UyfFOYWZwbl>. Acesso em: 11 mar. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE. **Informativo de serviços para mulheres do Rio Grande**. Livreto impresso, 2014.

QUADROS, M. E. F et al. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Rev. Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 164-174, jan-abr. 2013.

RAMOS, M. D. Reflexões sobre o processo histórico-discursivo do uso da legítima defesa da honra no Brasil e a construção das mulheres. **Rev. Estud. fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, jan-apr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 25 mar. 2014.

REINALDO, A. M. S.; PILON, S. C. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 16, n. esp, p. 1-6, maio-jun. 2008.

REIS, M. J et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 325-331, 2010.

RIBEIRO, D. K. L. et al. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 6, n. 35, p.264-268, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. **Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres. Delegacia de Polícia para Mulher**. Rio Grande/RS, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Lilás – 2012-2013**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 2013².

RODRIGUES, A. D. **Violência conjugal: vivência de traumas em queimadas**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008.

ROSA, A. G et al. A Violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde Soc.**, v.17, n. 3, p.152-160, 2008.

ROSA, I. W.; FALCKE, D. Violência conjugal: compreendendo o fenômeno. **Rev. da SPAGESP**, v. 15, n. 1, p. 17-32, 2014.

ROUQUETTE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C (org). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2ªed. Goiânia: AB, 2000.

²Imagem da capa retirada do Relatório Lilás. Estado do Rio Grande do Sul. Assembleia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Porto Alegre, 2013.

RÜCKERT, T. R. et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 7, n. 2, abr-jun. 2008.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. **O campo de estudos das representações sociais**. In: _____. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C. P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em brigade marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n. 4, 1999.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. 2º reimp. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SAGIM, M. B et al. Violência doméstica: a percepção que as vítimas têm de seu parceiro, do relacionamento mantido e das causas da violência. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 1, p. 30-36, jan-mar. 2007.

SALIBA, O et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 3. p. 472-7, 2007.

SANTANA, A. C. et al. Caracterização de profissionais de enfermagem que atendem pessoas com úlceras vasculares na rede ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. 6, p. 821-826, 2013.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 3, p. 417-424, 2010.

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. *Âmbito juridico.com.br*. 2010. Acesso em: 10 jul. 2015. Disponível em:

http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 15, n. 3, maio-jun. 2007.

SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Social resources to support women living in situation of

violence in Ribeirão Preto, SP, in the perspective of key informants. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p. 93-108, jan-mar. 2011.

SANTOS, D. **Lei Maria da Penha vale mesmo sem queixa da agredida, decide STF**. 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/02/lei-maria-da-penha-vale-mesmo-sem-queixa-da-agredida-decide-stf.html>. Acesso em: 14 maio 2015.

SANTOS, I et al. Cuidar da integridade do ser: perspectiva estética/sociopoiética de avanço no domínio de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 9-14, jan-mar. 2012.

SANTOS, A. R.; MARIN, A. H.; CASTOLDI, L. Percepção de mães e adolescentes sobre a violência intrafamiliar por meio da construção do genograma. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 2, p. 174-184, jul-dez. 2013.

SAYÃO, D. T. Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. **Perspectiva**, Florianópolis, v.21, n. 1, p. 121-149, jan-jun. 2003.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, jul-set. 2010.

SCHRAIBER, L. B et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.36, n. 4, p. 470-7, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais da saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. 2º Ed. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina USP. São Paulo: Fundação Ford e CREMESP, 2003.

SCHRAIBER, L. B et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**,v. 7, n.12, p. 41-54, 2003.

SCHRAIBER, L. B et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. 205-216, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, 1995.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. **Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 registrou 485 mil ligações em 2014**. 2015. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/noticias/2015/marco/central-de-atendimento-a-mulher-2013-lique-180-registrou-485-mil-ligacoes-em-2014-1>. Acesso em 22 set 2015.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p.1230-1240, jun. 2013.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, vo.15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n. 21, p.93-103, jan-abr. 2007.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar-abr. 2007.

SILVA, I. J et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, L. M.; FERRIANI, M. G. C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contr crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 5, p. 919-924, 2011.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.3, p. 607-612, 2012.

SILVA, R. A et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1014-1022, 2012.

SILVA, C. D et al.. Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev. Enferm UFPE on line**, v. 7, n. 1, p. 8 – 14, jan. 2013.

SILVA, A. C. L. G.; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p.1255-1262, 2014.

SILVA, C. D. et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015.

SOUZA, J. G.; LIMA, J. M. B.; SANTOS, R. S. Alcoolismo feminino: subsídios para prática de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 12, n. 4, p.622-629, dez. 2008.

SOARES, B. **Dez mitos sobre a violência doméstica**. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Política para mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

- SOARES, B. M. A 'conflitualidade' conjugal e o paradigma da violência contra a mulher. **Rev. de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 5, n. 2, p. 191-210, abr-jun. 2012.
- SOARES, M. C. S. et al. Significados da Lei Maria da Penha para mulheres vitimas de violência doméstica. **RBDC**, n. 21, jan-jun. 2013.
- SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Social resources to support women living in situation of violence in Ribeirão Preto, SP, in the perspective of key informants. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n. 36, p. 93-108, jan-mar. 2011.
- SOUSA, M. H et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 94-107, jan-mar. 2015.
- SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Rev. Bras Enferm**, v. 62, n. 5, p. 670-674, set-out. 2009.
- SOUZA, E. S. et al. **Guia de utilização do software Alceste**: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. Ministério de Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Planaltina – DF: Embrapa Cerrados, 2009.
- STREY, M. N. Conversando com homens sobre a violência. In: SIQUEIRA, A. C.; JAEGER, F. P.; KRUEL, C. S. **Família e violência**. Conceitos, práticas e reflexões críticas. São Paulo: Juruá, 2011.
- SUFFLA, S. Female homicidal strangulation in urban South Africa. **BMC Public Health**, v. 8, 2008.
- TOIGO, D. M. Breve análise das teses defensivas da legítima defesa da honra e da privilegiadora da violenta emoção no tribunal do júri em homicídios passionais praticados por homens contra mulheres. **Unoesc & Ciência – ACSA**, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 13-20, jan-jun. 2010.
- TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M. A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.10, n. 2, p. 1-10, 2011.
- TRINDADE, Z. A et al. Atendimento às pessoas em situação de violência: o lugar e as práticas do psicólogo em programas da região metropolitana de Vitória/ES. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 4, n. 1, dez. 2009.
- TURA, L. F. R. Representações coletivas e representações sociais: notas introdutórias. In: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e Representações Sociais**. João Pessoa: Ed Universitária, 2005.
- UBISSE, A, F. J. **Permanência de mulheres financeiramente independentes em relação conjugais violenta**. 2009. Dissertação (Licenciatura em Sociologia).

Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane, Portugal, Maputo, 2009.

UNITED NATIONS DEPARTMENT OF PUBLIC INFORMATION. Unite to end violence against women. **Fact Sheet**, 2008. Disponível em: <http://www.un.org/en/women/endviolence/pdf/VAW.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014

VAGHETTI, H. H et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **Rev. Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 267-275, abr-jun. 2007.

VALE, S. L. L et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev. RENE**, v. 14, n. 4, p. 683-693, 2013.

VALOIS, B. R. G. **Representações sociais da aids por enfermarias das unidades básicas e hospitalar**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

VELOSO, M. M. X et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. orgs. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

VIEIRA, L. J. E. S et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde Soc.**, v.17, n.3, p.113-125, 2008.

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.**, v. 30, n. 4, p. 609-616, dez. 2009.

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

VIEIRA, L. B et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev. Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 66-72, mai-jun 2014.

VILLELA, W. V et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.**, v.20, n.1, p.113-123, 2011.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 20-32, jan. 1998.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Editora Sagra, 2001.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

WALDOW, V. R. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino

centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 182-188, 2009.

WALDOW, V, R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2º ed. Goiânia: AB, 2000.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato de análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. E Pesq.**, v. 27, n. 4, p. 97-104, dez. 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Flacso Brasil, 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf. Acesso em: 4 jan. 2014.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 15 jan. 2014.

ZANCAM, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando fam.**, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2013.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras Psiquiatr**, v. 27, supl 2, 2005.

APÊNDICE A – TABELA COM OS ESTUDOS DA PBE

Id.	Título	Periódico	Ano	Nível Evidên cia
1	Violência sexual. Experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil	Rev. da AMRIGS	2010	IV
2	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	Rev. de Saúde Pública	2012	IV
3	Detección de violencia basada en género. análisis de situación Del sistema de atención primaria de salud en ciudad de buenos Aires	Rev. Argentina de Saúde Pública	2010	IV
4	Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal	Rev. de Obstetricia e Ginecologia Venezolana	2008	IV
5	O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes	Revista Brasileira de Ed. Médica	2009	IV
6	Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendidos em um hospital ensino	Rev. Enfermagem da UFSM	2012	VI
7	Identificação da violência na relação conjugal a partir da estratégia saúde da família	Texto e Contexto Enfermagem	2013	VI
8	Profissionais de saúde significando a permanência da mulher na relação de violência conjugal	Rev. RENE	2013	VI
9	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Cad. de Saúde Pública	2013	VI
10	Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde	Rev. Baiana de Enfermagem	2007	VI
11	A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica	Ciência e Saúde Coletiva	2013	VI
12	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	Rev. Gaúcha de Enfermagem	2013	VI
13	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	Rev. de Enfermagem UFPE Online	2010	VI

14	Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo	Saúde em Debate	2012	VI
15	Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher	Rev. Enfermagem UERJ	2012	VI
16	Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens	Psicologia em Estudo, Maringá	2011	VI
17	Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro	Interface - Comunic., Saude, Educ	2011	VI
18	Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Cad. de Saúde Pública	2011	VI
19	A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação Médica	Saúde Soc. São Paulo	2011	VI
20	Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência	Saúde Soc. São Paulo	2011	VI
21	Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave	Comunicação Saúde Educação	2011	VI
22	A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres	Rev. Gaúcha de Enfermagem	2009	VI
23	Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher	Rev. Anna Nery	2010	VI
24	Violência doméstica contra a mulher na visão do agente Comunitário de saúde	Rev. Latino Amer. de Enfermagem	2009	VI
25	Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Comunicação Saúde Educação	2009	VI
26	Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero	Rev. Bras. de Epidemiologia	2009	VI
27	Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde	Psicologia e Sociedade	2009	VI
28	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Interface - Comunic., Saúde, Educ	2009	VI
29	Violência contra a Mulher e Atendimento Psicológico: o que Pensam os/as Gestores/as Municipais do SUS	Psicologia Ciência e Profissão	2006	VI
30	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde	Rev de Saúde Pública	2008	VI

31	A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde	Maringá	2008	VI
32	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	REEUSP	2007	VI
33	Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência	Interface - Comunic, Saúde, Educ	2007	VI
34	Modelo Baseado em Regras como Suporte à Atuação da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher no Encaminhamento de Mulheres em Situação de Violência Doméstica	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	2012	VII
35	Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté	Rev. Eletr. de Enfermagem	2008	VII
36	Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres	Rev. Psiquitrica Uruguay	2010	VII
37	Opiniones, debates y controversias	Rev. Fac. Med	2009	VII
38	O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica	Cogitare Enfermagem	2009	VII
39	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde	Ciência e Saúde Coletiva	2009	VII
40	Intervenção Psicológica em abrigo para Mulheres em Situação de Violência: uma Experiência.	Psicologia: Teoria e Pesquisa	2008	VII
41	Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres	Psicologia e Sociedade	2008	VII
42	Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer	Rev Méd Chile	2008	VII
43	Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica	Rev. de Saúde Pública	2007	VII
44	Conquistas e desafios no atendimento das Mulheres que sofreram violência sexual	Cad. Saúde Pública	2007	VII
45	Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas	Cad. Saúde Pública	2007	VII
46	Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo	Cad. Saúde Pública	2007	VII
47	Fórum violência sexual e saúde. Introdução	Cad. Saúde Pública	2007	VII

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela doutoranda Daniele Ferreira Acosta (fone: 91122186, nieleacosta@gmail.com, CI: 6087788532), intitulado, “**(In) Visibilidade da violência doméstica contra a mulher: representações sociais de enfermeiros que atuam em hospitais**” sob a orientação da Profª. Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes, fone: 32331303, email: vlogomes@terra.com.br. Declaro que fui informado, de forma clara dos objetivos, da justificativa, da metodologia de trabalho, em que a coleta de dados se dará por entrevista gravada por mp3.

Fui igualmente informado:

- ✓ da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- ✓ da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- ✓ da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- ✓ de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- ✓ do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- ✓ do uso do gravador para a coleta dos dados;
- ✓ de que os dados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.
- ✓ De que não terei gastos nem mesmo despesas pessoais por participar do estudo.

Assinatura do Entrevistado

Este documento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado e uma cópia ficará com a professora responsável pela pesquisa e outra com o participante.

Rio Grande,

2014.

Enfª Dda. Daniele Ferreira Acosta
Pesquisadora Principal

Profª Drª Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C– TÉCNICA DE EVOCAÇÕES LIVRES

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Sexo:..... Idade:..... Estadomarital:.....

Hospital/Unidade

Ano de conclusão do curso de graduação:.....

Tempo de atuação profissional:.....

Tempo de atuação nesta unidade:

Pós-graduação:.....

Cite as primeiras cinco palavras ou expressões que lhe vem em mente a partir da expressão:

Violência doméstica contra a mulher.

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

Cuidado à vítima

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Você já frequentou algum curso ou palestra referente à violência doméstica contra a mulher? Se sim, qual? Onde? Qual a carga horária?

No trabalho, já foi promovido algum evento para abordar esse tema? Se sim, quando? Em que constituiu o evento?

Apreensão do conceito, imagem, atitude, conhecimento e vivências.

1-Quando você pensa em violência doméstica contra a mulher que imagem lhe vêm à cabeça? O que você sente?

2- Para você o que é violência doméstica contra a mulher?

3-Em seu ambiente familiar você já enfrentou alguma situação de violência contra a mulher? Você pode descrever essa situação? Qual foi sua reação frente a essa situação?

4-Como você identifica uma mulher vítima de violência doméstica?

5-Qual sua opinião a respeito de uma mulher que sofre repetidas hospitalizações por agressão do parceiro íntimo?

6-O que conheces ou percebes sobre a pessoa que pratica a violência contra a mulher? O que pensa sobre as motivações para a ocorrência dessas situações?

7-Quando ouviu falar ou vivenciou pela primeira vez este tipo de situação?

8-Qual a legislação que regulamente a conduta de profissionais de enfermagem para o atendimento de vítimas de violência doméstica? Se sim qual?

9-Você pode me dizer quais os compromissos legais, dos profissionais da enfermagem? E dos outros profissionais de saúde?

10-Você já ouviu falar em notificação compulsória? Sabe para que serve?

11-Você conhece, aqui em RG, algum serviço de atendimento à mulher vítima de violência doméstica? Se sim, qual?

Práticas de cuidado

12-Nesta unidade há alguma rotina específica de atendimento a vítimas de violência doméstica? Qual?

13-Há encaminhamentos à outra instituição, a partir do atendimento realizado neste hospital?

14-No seu ambiente de trabalho, você já atendeu a alguma cliente vítima de violência doméstica? Como você identificou que se tratava de um caso de VDCM?

15-Qual a sua conduta nos casos de agressão contra a mulher? Tem dificuldade para lidar com essas situações?

16-Qual foi o caso mais grave de violência doméstica contra a mulher, atendido por você neste hospital? Por quê?

17- Como você atendeu a essa cliente? Como avalia a sua conduta?

18-Você se sente preparada para prestar um cuidado às mulheres vitimadas que chegam a esta unidade? Por quê?

19-O que você acha que pode ser feito frente à VDCM? E em termos de serviços voltados à saúde?

Agressão psicológica	
Agressão psicológica	
Agressão psicológica	
Agressão verbal	
Agressividade	Agressão
Agressividade	Agressão
Agressividade	Agressão
Ajudar	
Álcool	Alcoolismo
Álcool	Alcoolismo
Alcoolismo	
Alcoolismo	
Ambiente familiar	Família
Angustia	Desesperança
Angustia	Desesperança
Arma branca	Agressão física
Arma de fogo	Agressão física
Assédio moral	Agressão moral
Assédio moral	Agressão moral
Autoestima	
Autoritarismo	Possessividade
Baixa autoestima	Autoestima
Baixa autoestima	
Baixa autoestima	
Baixa escolaridade	
Bater	Agressão física
Bater	Agressão física
Brigas	Agressão
Brigas	Agressão
Brigas	Agressão
Brutalidade	Crueldade
Cárcere	
Choro	
Choro	
Chute	Agressão física
Ciúmes	Possessividade
Classe social mais baixa	
Coação	
Coação	
Coação	
Coação	
Coagida	Coação
Coerção	Coação
Comodidade	Acomodação
Comodidade	Acomodação

Companheiro	Companheiro
Comprometimento	
Conflito	
Constrangimento	Coação
Constrangimento	Coação
Covadia	
Covardia	
Covardia do homem	Covardia
Criação do homem	Machismo
Crime	
Crime	
Crime	
Crueldade	
Crueldade	
Culpa	
Culpa	
Cultura	
Cultura	
Cultura	
Cultura	
Dano moral	Agressão moral
Dano moral	Agressão moral
Dano moral	Agressão moral
Danos pessoais	
Denuncia	
Denuncia	
Dependência do agressor	Dependência financeira
Dependência financeira	
Depressão	Desesperança
Desafeto	
Desafeto	
Desamor	Desafeto
Descaso	Desvalorização
Desconhecimento dos direitos	Desinformação
Desentendimento	Conflito
Desequilíbrio	
Desesperança	
Desespero	Desesperança
Desestrutura familiar	Família
Desigualdade	
Desigualdade de gênero	Gênero
Desinformação	
Desleixo	Desesperança
Desmoralização	Desrespeito

Submissão	
Submissão	
Submissão financeira	Dependência financeira
Tarefas domésticas integrais e trabalho fora do lar	Abuso
Trabalho escravo no lar	Abuso
Traição	
Traição	
Trauma	Agressão
Trauma	Agressão
Trauma	Agressão
Triste	Tristeza
Tristeza	
Tristeza	
Tristeza	
Tristeza	
Urgência	
Uso da força física	Agressão física
Uso de drogas	Drogas
Valores	Cultura
Vergonha	
Violência	
Violência contra a o homem	Violência
Violência física	Agressão física
Violência física	Agressão física
Violência psicológica	Agressão psicológica
Violência sexual	Violência sexual
Violência verbal	Agressão verbal
Violência verbal	Agressão verbal
Violência verbal	Agressão verbal
Vulnerabilidade	

CORPUS CUIDADO À VÍTIMA			
PADRONIZAÇÃO			
Abrigo		Família	
Abrigo		Família	
Abrigo		Família	
Acalentar	Acolhimento	Fazer a vítima reconhecer sua atual situação	Encorajar
Acionar polícia	Denúncia	Fazer boletim de ocorrência	Denúncia
Acolher	Acolhimento	Financeiro	
Acolher	Acolhimento	Fortalecimento para a ruptura da relação agressiva	Encorajar
Acolhida	Acolhimento		

Acolhimento		Fragilidade	Impotência
Acolhimento		Fragilidade	Impotência
Acolhimento		Fundamental	
Acolhimento		Gostar do que faz	Profissionalismo
Acolhimento		Grupo de apoio	Apoio
Acolhimento		Grupo de apoio	Apoio
Acolhimento		Grupos	Apoio
Acolhimento		Hospital	
Acolhimento		Humanização	
Acompanhamento		Humanizado	Humanização
Acompanhamento		Humano	Humanização
Acompanhamento		Identificar os motivos	
Acompanhamento		Imposição	
Acompanhamento familiar	Acompanhamento	Impotência	
Acompanhamento policial	Acompanhamento	Impotência	
Aconchego	Acolhimento	Incentivar a denúncia	Denúncia
Aconselhamento	Orientação	Incompreensão	
Afastamento do agressor		Independência	
Afastamento do agressor		Independência financeira	Financeiro
Afastamento do agressor		Informação sobre os direitos	Orientação
Afastar do agressor	Afastamento do agressor	Informações	Orientação
Afastar do agressor	Afastamento do agressor	Integridade	Cuidado-físico
Afeto	Amor	Integridade física	Cuidado-físico
Agilidade		Interagir	Diálogo
Agilidade		Intervir	Providências
Agonia		Investigação detalhada pelo profissional	
Ajuda	Apoio	Jeito para falar	Sutileza
Ajuda	Apoio	Julgamento	
Ajuda	Apoio	Justiça	
Ambiente preparado	Assistência	Justiça	
Amor		Justiça	
Amor		Manter o agressor afastado	Afastamento do agressor
Amor		Manutenção da vida	Assistência
Amor		Medicamento	Assistência
Amor próprio	Encorajar	Medo	
Amor próprio	Encorajar	Mostrar novos caminhos de vida	Encorajar
Amparar psicologicamente	Apoio	Mostrar o seu valor	Encorajar
Amparo	Apoio	Mostrar segurança	Segurança
Amparo	Apoio	Não discriminar	Não julgar
Amparo	Apoio	Não julgar	
Amparo judicial	Apoio	Não julgar	
Apoiar	Apoio	Não julgar	
Apoiar	Apoio	Não julgar	

Apoiar na decisão	Apoio	Oferecer meios para a mulher	Apoio
Apoio		Orientação	
Apoio		Orientação a fim de evitar recidivas	Orientação
Apoio		Orientação aos cuidados	Orientação
Apoio emocional	Cuidado psicossocial	Orientação da família	Orientação
Apoio familiar	Apoio	Orientação psicológica	Cuidado psicossocial
Apoio moral	Cuidado psicossocial	Orientação sobre a violência	Orientação
Apoio moral	Cuidado psicossocial	Orientações	Orientação
Apoio moral	Cuidado psicossocial	Orientar	Orientação
Apoio para a família	Apoio	Orientar	Orientação
Apoio psicológico	Cuidado psicossocial	Orientar	Orientação
Apoio psicológico	Cuidado psicossocial	Orientar	Orientação
Apoio psicológico		Orientar a denuncia	Orientação
		Orientar direitos	Orientação
Apoio psicológico		Ouvir	
Apoio psicológico e social	Cuidado psicossocial	Ouvir	
Apoio psicossocial	Cuidado psicossocial	Ouvir	
Apoio psicossocial		Ouvir	
Apoio social	Cuidado psicossocial	Paciência	Sutileza
Apoio social		Paciência	Sutileza
Assistência		Palavras de incentivo	Encorajar
Assistência		Pena	
Assistência		Políticas públicas eficientes	Assistência
Assistência		Preparação dos profissionais	Profissionalismo
Assistência a saúde da mulher	Assistência	Prevenção	
		Prevenção	
Assistência física	Cuidado físico	Prevenir recidivas	Prevenção
Assistência física e psicológica	Assistência	Prioridade	Acolhimento
Assistência psicológica	Cuidado psicossocial	Prisão	Afastamento do agressor
Atenção		Privacidade	Humanização
Atenção		Privacidade	Humanização
Atenção		Procedimentos	Assistência
Atenção		Procura de recursos legais	Providências
Atenção		Procurar ajuda	Providências

Atenção		Profissionalismo	Profissionalismo
Atenção		Promover lar para abrigo	Providências
Atenção		Proteção	
Atenção aos filhos	Atenção	Proteção	
Atenção psicológica	Atenção	Proteção	
Atendimento	Assistência	Proteção	
Atendimento Multidisciplinar	Assistência	Proteção	
Atendimento psicológico	Cuidado psicossocial	Proteção	
Atitude	Profissionalismo	Proteção	
Autocuidado		Proteção	
Autoestima	Encorajar	Proteção	
Autonomia		Proteção a família	Proteção
Autoridade		Proteção divulgação na mídia	Proteção
Avaliação primária	Assistência	Proteção pública	Proteção
Bom senso	Discrição	Proteger	Proteção
Capacidade de entender a mulher	Empatia	Proteger	Proteção
Carinho		Providências	
Carinho		Providências legais	Providências
Carinho		Psicológico	Cuidado psicossocial
Carinho		Punição do agressor	Afastamento do agressor
Carinho		Queixa	Denúncia
Carinho		Querer ajudar	Apoio
Carinho		Raiva	
Compaixão	Pena	Raiva do agressor	Raiva
Compaixão	Pena	Rede de apoio	Apoio
Compaixão	Pena	Reestruturação	Encorajar
Compreensão		Reflexão sobre a vida	Encorajar
Compreensão		Registro de ocorrência	Denúncia
Compreensão		Reinserção social da mulher	Providências
Compreensão		Respaldo social	Apoio
Compreensão		Respeitar	Respeito
Compreensão		Respeitar a vítima	Respeito
Compreensão		Respeito	
Compreensão		Respeito	
Comprometimento	Responsabilidade	Respeito	
Comprometimento	Responsabilidade	Respeito	
Condição de mudança	Encorajar	Respeito	

Conhecimento	Orientação	Respeito	
Conhecimento técnico	Profissionalismo	Respeito	
Consciência profissional	Profissionalismo	Respeito	
Continuidade	Acompanhamento	Respeito	
Conversar	Diálogo	Respeito	
Conversar	Diálogo	Respeito	
Coragem	Encorajar	Respeito mútuo	Respeito
Coragem	Encorajar	Responsabilidade	Profissionalismo
Cuidado		Responsabilidade	Profissionalismo
Cuidado		Responsabilidade	Profissionalismo
Cuidado		Revolta	Raiva
Cuidado		Revolta	
Cuidado		Saber ouvir	Ouvir
Cuidado		Satisfação para o profissional e para a vítima	
Cuidado a família	Cuidado	Se colocar no lugar	Empatia
Cuidado a integridade física	Cuidado físico	Se colocar no lugar da vítima	Empatia
Cuidado aos filhos	Cuidado		
Cuidado com higienização	Cuidado físico	Segurança	
Cuidado da família	Cuidado	Segurança	
Cuidado das lesões	Cuidado físico	Segurança	
Cuidado de enfermagem	Assistência	Segurança	
Cuidado do corpo	Cuidado físico	Segurança	
Cuidado emocional	Cuidado psicossocial	Segurança	
Cuidado emocional	Cuidado psicossocial	Segurança	
Cuidado físico		Segurança	
Cuidado físico		Separar do agressor	Afastamento do agressor
Cuidado físico		Ser discreto	Discrição
Cuidado físico		Seriedade	Discrição
Cuidado físico		Serviço social	Assistência
Cuidado físico com lesões	Cuidado físico	Sigilo	
Cuidado holístico	Cuidado	Sigilo	
Cuidado holístico	Cuidado	Sigilo	
Cuidado intensivo	Assistência	Sigilo	
Cuidado mágoa	Cuidado psicossocial	Sigilo	
Cuidado psicológico	Cuidado psicossocial	Socorro	Assistência
Cuidado psicológico	Cuidado psicossocial	Sofrimento do profissional	
Cuidado psicológico	Cuidado psicossocial	Solidariedade	
Cuidado psicológico		Solução imediata	Providências
Cuidado psicológico		Sorologias	Assistência
Cuidado psicossocial		Suporte	Apoio
Cuidado social	Cuidado psicossocial	Suporte psicológico	Cuidado psicossocial
Cuidados	Cuidado	Sutileza	
Cuidados ambientais	Cuidado	Tirar do meio do agressor	Afastamento do agressor

Cuidados psicológicos	Cuidado psicossocial	Trabalhar autoestima	Encorajar
Cuidar	Cuidado	Transmitir segurança a vitima	Segurança
Cuidar as lesões	Cuidado físico	Tratamento	Assistência
Cuidar autoestima	Cuidado psicossocial	Tratamento	Assistência
Cuidar lesões	Cuidado físico	Valorização	Atenção
Cultura		Valorização	Atenção
Dedicação	Atenção	Valorização da mulher	Atenção
Defender contra o agressor	Afastamento do agressor	Valorizar a queixa	Atenção
Delegacia	Justiça	Ver o que precisa	Atenção
Delicadeza com a situação	Sutileza	Visão sem critica	Profissionalismo
Denuncia		Vítima	
Denuncia		Vontade	Profissionalismo
Denuncia		Zelo	Atenção
Denuncia			
Denuncia			
Denuncia			
Dialogo			
Diálogo			
Diálogo			
Direito	Direitos		
Direito e cidadania	Direitos		
Direitos	Direitos		
Direitos civis	Direitos		
Discrição	Discrição		
Discrição	Discrição		
Disponibilizar-se	Profissionalismo		
Divulgação dos direitos	Direitos		
Dor			
Educação			
Educação			
Empatia			
Encaminhamento			
Encaminhamento para órgãos competentes	Encaminhamento		
Encaminhamento para serviço de apoio	Encaminhamento		
Encaminhamento psicológico	Encaminhamento		
Encaminhar	Encaminhamento		
Encaminhar a delegacia de polícia	Encaminhamento		
Encaminhar a equipe multiprofissional	Encaminhamento		
Encaminhar a equipe multiprofissional	Encaminhamento		

Encorajar			
Encorajar a denuncia	Encorajar		
Entender	Compreensão		
Entender a situação	Compreensão		
Entendimento	Compreensão		
Equipe multiprofissional	Assistência		
Esclarecimento	Orientação		
Esclarecimento	Orientação		
Escuta	Ouvir		
Escutar	Ouvir		
Espaço de escuta	Acolhimento		
Esperança			
Ética profissional	Profissionalismo		
Exame físico	Cuidado		
Exames	Assistência		
Falar sobre os direitos	Orientação		

APÊNDICE F – CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

PESQUISA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E CUIDADO A VÍTIMA - FURG E SANTA CASA
VARIÁVEIS DA ANÁLISE EVOC

VARIÁVEL 1= COLUNA 1 = NÚMERO DO SUJEITO= 3 DÍGITOS IGUAIS AO QUESTIONÁRIO. **001, 002, 003**, etc

VARIÁVEL 2= COLUNA 2 HOSPITAL= DOIS DÍGITOS

CATEGORIAS	CÓDIGOS	total	entrev
FURG	01	46	16
SANTA CASA	02	54	18

VARIÁVEL 3= COLUNA 3 IDADE= DOIS DÍGITOS

CATEGORIAS	CÓDIGOS	total
< 35 anos	01	53
> = 35 anos	02	47

VARIÁVEL 4= COLUNA 4 ANO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL= DOIS DÍGITOS

CATEGORIAS	CÓDIGOS	total
< = 2008	01	47
> 2008	02	53

VARIÁVEL 5 = COLUNA 5 COM OU SEM COMPANHEIRO = DOIS DÍGITOS

CATEGORIAS	CÓDIGOS	total
Com companheiro	01	68
Sem companheiro	02	32

APÊNDICE G – DICIONÁRIO DE PADRONIZAÇÃO DOS TERMOS – ALCESTE

violência_mulher	violência doméstica contra a mulher violência contra a mulher violência doméstica
violência_física	agressão corporal violência física agressão física
violência_verbal	violência verbal abuso verbal
delegacia_mulher	delegacia da mulher delegacia especializada
violência_sexual	violência sexual abuso sexual estupro
violência_psicológica	agressão psicológica
violência_moral	agressão moral
apoio_psicológico	
assistente_social	
boletim_ocorrência	
casa_apoio	casa apoio casa abrigo
classe_alta	classe rica classe alta
classe_baixa	classe pobre condição social baixa classe baixa
companheira	esposa – parceira
companheiro	marido – esposo – cônjuge - namorado
compromissos_éticos	
compromissos_legais	
conselho_tutelar	
denunciar	dar queixa dar parte denunciar
equipe_saúde	equipe de saúde equipe multiprofissional
LMP	lei maria da penha
marcador_violência_física	lesão física - marcas machucados - hematomas espancamento - lesão corporal
notificação_compulsória	
pessoa_doente	
problema_psicológico	distúrbio psicológico doença psicológica transtorno_ psicológico
profissionais_enfermagem	
profissional_saúde	profissional de saúde profissional da área da saúde pessoal da saúde
pronto_socorro	
PSF	programa de saúde da família

rede_apoio	rede apoio grupos de apoio
relação_doente	relação doente relacionamento doentio
rio_grande	
santa_casa	
serviços_saúde	
situação_financeira	
SPA	serviço de pronto atendimento
UTI	unidade de terapia intensiva

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

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

PARECER Nº 80/ 2014

CEPAS 037/2014

CAAE: 32033714.5.0000.5324

Título da Pesquisa: (IN) VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS QUE ATUAM EM HOSPITAIS

Pesquisador: 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 071/2014, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "(IN) VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS QUE ATUAM EM HOSPITAIS".

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 está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

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

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2014

Rio Grande, RS, 09 de julho de 2014.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG