



**CAMILA DAIANE SILVA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM  
ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

**RIO GRANDE**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM  
ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

**CAMILA DAIANE SILVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para 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: Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes**

**RIO GRANDE**

**2016**

S586r

Silva, Camila Daiane.

Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher / Camila Daiane Silva. - 2016. 146 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande / RS, 2016.

Orientadora: Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes

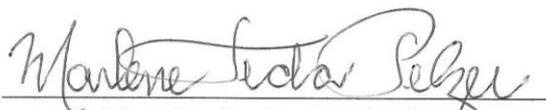
1. Violência doméstica. 2. Mulher. 3. Teoria das representações sociais. 4. Discentes de enfermagem. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira. II. Título.

CDU 316.6-055.2

**CAMILA DAIANE SILVA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM ACERCA  
DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção 2016, 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

2/ Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG)

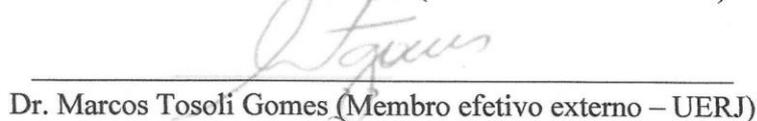
**BANCA EXAMINADORA**



Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes (Presidente-FURG)



Dra. Adriana Dora da Fonseca (Membro interno-FURG)



Dr. Marcos Tosoli Gomes (Membro efetivo externo – UERJ)



Dra. Ceres Braga Arejano (Membro efetivo externo-FURG)

\_\_\_\_\_  
Dra. Denize Cristina de Oliveira (Membro suplente externo – UERJ)

\_\_\_\_\_  
Dra. Giovana Calcagno Gomes (Membro interno suplente-FURG)

## **DEDICATÓRIA**

A minha eterna amiga e também orientadora, do primeiro ano da graduação até o doutorado. Um exemplo que levarei da academia para a vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por permitir que os sonhos se tornassem realidade, que a fé prevalecesse a tudo e que a esperança renascesse a cada novo dia.

Ao Guilherme, meu amigo e noivo, companheiro de todas as horas. Sou grata pelas tuas palavras, gestos, compreensão e dedicação. Obrigada por sonhar, planejar e realizar junto comigo.

A família e amigos (as) pelo apoio.

A todos que contribuíram, de alguma forma, com a construção deste trabalho. Em especial Marina Mattos, Daiane Broch e Juliana Pivetta.

Aos componentes da banca, pela dedicação e contribuição na construção do trabalho.

A professora Adriana Dora, pelo carinho e ensinamentos que recebi desde a graduação.

A mim, pelo esforço e dedicação, por acreditar que seria possível, por ser persistente na luta pelos meus sonhos.

Por fim e mais importante, a minha eterna amiga, que abraçou todas as propostas, sonhou e acreditou junto. Me deu força nos momentos mais difíceis e durante esses nove anos de trabalho representou a família que estava distante. Vera, não há palavras suficientes para te agradecer e te homenagear. Sinto-me lisonjeada por ser sua última orientanda, mas enquanto Deus assim permitir, sempre haverá mais uma orientação...

*Sonhos determinam o que você quer.  
Ação determina o que você conquista.*

*Aldo Novak*

## RESUMO

SILVA, Camila Daiane. **Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher.** 2016. 146 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

A violência é um fenômeno universal que acomete a população independentemente da cultura, religião e nível socioeconômico, constituindo-se um grave problema de saúde pública. Para a melhor compreensão se tornam necessárias pesquisas que desvendem suas múltiplas faces. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foi realizado com o objetivo geral de analisar as representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e específicos de comparar a estrutura e o conteúdo dessas representações, além de descrever o conteúdo das mesmas. As participantes foram discentes das três séries iniciais e três finais. Colheram-se os dados entre agosto e novembro de 2014, por meio da técnica de evocações livres frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” e entrevistas, para as quais elaborou-se um roteiro contendo questões abertas referentes às vivências pré-universitárias com a temática, bem como sua abordagem ao longo das disciplinas teórico-práticas. O tratamento das evocações foi pelo *software* EVOC, que permitiu a construção do quadro de quatro casas, a partir do qual se realizou a análise de similitude. O material produzido nas entrevistas foi tratado pelo *software* Alceste e análise contextual. Projeto aprovado sob o Parecer nº 109/2014. Participaram da pesquisa 132 discentes de enfermagem, sendo 71 das séries iniciais e 61 das finais. Responderam às entrevistas 33 discentes, 16 das séries iniciais e 17 das finais. Pela análise estrutural, verificaram-se no núcleo central os termos em comum: *violência*, *covardia*, *desrespeito* e *dor*. As discentes das séries iniciais evocaram ainda *tristeza* e as das finais, *violência física*. Ao comparar a representação dos grupos, identificou-se que o conhecimento do senso comum predominou entre as discentes das séries iniciais, enquanto que o conhecimento reificado, entre as das séries finais. Entre essas, identificou-se uma representação estruturada, pois continha as dimensões atitudinais, imagéticas e informativas, ao passo que as das séries iniciais possuíam apenas as atitudinais e informativas. Na análise de similitude verificou-se que o termo *medo*, constante na primeira periferia de ambos os grupos, pode ser um elemento central da representação. Pela análise dos conteúdos representacionais, verificou-se que ambos os grupos conheciam a temática e evidenciaram o cuidado à vítima. Também se verificou que o conhecimento do senso comum predominou na representação das discentes das séries iniciais e o conhecimento reificado, entre as finais. Destaca-se que as disciplinas de epidemiologia, saúde da criança e saúde da mulher foram elencadas como fontes de conhecimento. Frente aos resultados obtidos, confirmou-se a tese. Espera-se que a representação de discentes de enfermagem acerca da VDCM oriente a ação profissional, principalmente no que se refere à prevenção, identificação e intervenção dos casos de violência. Ainda, espera-se que os resultados possam alertar para que os cursos de graduação em enfermagem e de outras áreas da saúde, sensibilizando os responsáveis pelas disciplinas afins para a inclusão da temática nos conteúdos programáticos.

**Palavras-chave:** Violência doméstica contra a mulher. Discentes. Representações Sociais. Enfermagem.

## ABSTRACT

SILVA, Camila Daiane. **Social representation of nursing students about domestic violence against woman.** 2016. 146 sheets. Thesis (Doctorate in nursing) – Nursing School. Pos graduate Nursing program. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

The violence is a universal phenomenon that affects the population independent of culture, religion and socioeconomic status, it constituting on a serious health public problem. For better understanding, becomes necessary researches that unmask your multiple faces. It is a descriptive study with a qualitative approach fundamented on the Social Representation Theory. The general objective was analyse the socials representation of domestic violence against the woman between students of the nursing graduation course of Universidade Federal do Rio Grande and spesifes to compare the structure and the content of these representation, and describe the contente of these. The participants were students of the three early series and of the three last series. Were collected the datas between august to november of 2014, by the free evocation technique in front to the term inducer “domestic violence against woman” and interviews, to whom ellaborated a script with open questions relative with the experiences pre-university with the thematic, such as theirs approach over the theoretical-practical disciplines. The evocations treatment was made by the *software* EVOC, that allowed the construction of four houses board, from which as realized the similitude analysis. The material produced on the interviews was treated for the *software* Alceste and contextual analysis. The Project was approved by the n° 109/2014. 132 students participated of the research, being 71 from the early series and 61 from the final series. 33 students responded to the interviews, being 16 from the early series anda 17 from the final series. By the structural analisys, were verified in the central core the terms in common: *violence, cowardice, disrespect and pain*. The students of the early series still evocate *sadness* and the students of the finals series, *physical violence*. To compare the groups representation, were identify that the common sense knowledge predominated between the students from the early series, while the reified knowledge, between the finals series. Among these, it identified a structured representation, because content an attitudinal, imagery and informative dimensions, while the initials series just possessed an atitudinal e informatives dimension. In the similitude analysis was verified that the term *fear*, constant on the first periphery on both groups, could be a central element of the representation. For the content analisys, it verified que both the groups knew the theme and showed the care to the victim. Also it verified that sense common knowlewdge was predominated on the representation of initials series students and reified knowlewdge, between the finals series students. Stands out that the epidemiology, child’s health and woman’s health disciplines were listed how sources of knowledge. Front the results obtained, was confirmed the thesis. It expected that the representation of nursing students about DVAW guide the professional action, mostly regarding to prevention, identification and intervetion on the cases of violence. Still, it expected that the results can alert for what the nursing graduation curses and other health areas, raising awareness to the discipline responsables for the inclusion of the theme on the syllabus.

**Keywords:** Domestic Violence against woman. Students, Social Represenation. Nursing.

## RESUMEN

SILVA, Camila Daiane. **Representaciones sociales de estudiantes de enfermería acerca de la violencia doméstica contra la mujer.** 2016. 146 págs. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Río Grande, Río Grande/RS.

La violencia es un fenómeno universal que afecta a la población, independientemente de la cultura, la religión y el estado socioeconómico, convirtiéndose en un problema grave de salud pública. Para su mejor comprensión son necesarias investigaciones que dan a conocer sus muchas caras. Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. El objetivo general fue analizar las representaciones sociales de la violencia doméstica contra la mujer entre las estudiantes del Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Río Grande y específicos comparar la estructura y contenido de estas representaciones, y describir el contenido de esa representación. Las participantes eran estudiantes de las tres primeras series iniciales y tres finales. Se recogieron los datos entre agosto y noviembre de 2014, a través de la técnica de evocación libre adelante de la expresión inferida "violencia doméstica contra la mujer" y entrevistas, para las cuales se elaboró un guión conteniendo preguntas abiertas relacionadas a las experiencias pre-universitarias con el tema, así como su enfoque a lo largo de las disciplinas teóricas y prácticas. El tratamiento de evocaciones fue el *software* EVOC, lo que permitió la construcción de un cuadro de cuatro grupos, a partir de la cual se llevó a cabo el análisis de similitud. El material producido en las entrevistas fue tratado por el *software* Alceste y análisis contextual. Proyecto aprobado bajo el Parecer N° 109/2014. Participaron de la investigación 132 estudiantes de enfermería, 71 de las series iniciales y 61 de las finales. Respondieron a las entrevistas 33 estudiantes, 16 de las series iniciales y 17 de las finales. Por el análisis estructural, se constataron en el núcleo central los términos en común: *violencia, cobardía, desprecio y dolor*. Las estudiantes de las series iniciales evocaron aún *tristeza* y las finales *violencia física*. Al comparar la representación de los grupos, se encontró que el conocimiento de sentido común prevaleció entre las estudiantes de las series iniciales, mientras que el conocimiento cosificado, entre las series finales. Entre estas, se identificó una representación estructurada, pues contenía las dimensiones actitudinales, imágenes y informativas, mientras que a de las series iniciales sólo tenían actitudinales e informativas. En el análisis de similitud se encontró que el término *miedo*, constante en la primera periferia de los dos grupos, pudo ser un elemento central de la representación. Por el análisis del contenido de la representación, se encontró que ambos grupos sabían el tema y mostraron atención a la víctima. También se encontró que el conocimiento de sentido común predominó en la representación de las estudiantes de las series iniciales y el conocimiento confirmado entre las finales. Es de destacar que las disciplinas de epidemiología, salud infantil y salud de la mujer se enumera como fuentes de conocimiento. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se confirmó la tesis. Se espera que la representación de estudiantes de enfermería sobre la VDCM orienta la acción profesional, especialmente con respecto a la prevención, detección e intervención en casos de violencia. Aún así, se espera que los resultados puedan alertar para que los cursos de graduación en enfermería y otras áreas de la salud, con la sensibilización de los responsables por las disciplinas relacionadas para la inclusión del tema en los contenidos del programa.

**Palabras clave:** Violencia doméstica contra la mujer. Estudiantes. Representaciones Sociales. Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 ENFOQUE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA VDCM</b> .....	<b>15</b>
<b>4. DIRETRIZES CURRICULARES PARA ENFERMAGEM</b> .....	<b>19</b>
4.1 RESGATE HISTÓRICO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	19
4.2 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE .....	23
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>30</b>
<b>6 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>37</b>
6.1 TIPO DE PESQUISA .....	37
6.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	37
6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
6.4 COLETA DE DADOS .....	38
6.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	39
6.5.1 <i>Software</i> Evoc.....	39
6.5.2 Análise de Similitude.....	40
6.5.3 Análise de Conteúdo.....	42
6.5.4 <i>Software</i> Alceste .....	42
6.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	46
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	47
7.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO <i>SOFTWARE</i> EVOC E DA ANÁLISE DE SIMILITUDE .....	50
7.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO <i>SOFTWARE</i> ALCESTE .....	55
7.3.1 Conhecimento reificado das discentes de enfermagem acerca da VDCM: eixo 1.....	58
7.3.2 Conhecimento do senso comum das discentes de enfermagem acerca da VDCM: eixo 2 .....	62
7.4 ARTIGO 1 .....	67
7.5 ARTIGO 2 .....	88
7.6 ARTIGO 3 .....	105
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>124</b>
<b>APÊNDICE A - Quadro com as disciplinas selecionadas, segundo nome, carga horária e conteúdo. Rio Grande, 2012.</b> .....	<b>130</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>134</b>
<b>APÊNDICE C - Situação pessoal e Evocações livres</b> .....	<b>135</b>
<b>APÊNDICE D - Roteiro de entrevistas</b> .....	<b>136</b>
<b>APÊNDICE E - Dicionário de padronização das evocações</b> .....	<b>138</b>
<b>APÊNDICE F - Cálculo do índice de similitude</b> .....	<b>143</b>
<b>APÊNDICE G - Dicionário padronização alceste</b> .....	<b>144</b>
<b>ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética FURG</b> .....	<b>146</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Fenômeno universal que acomete a população das mais diversas culturas, religiões e níveis socioeconômicos, a violência é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

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

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) pode ser visualizada em diferentes cenários e ocorrer nas mais diversas partes do mundo. Dados divulgados pela OMS revelam que, das mulheres de todo o mundo, 35% sofreram violência e 38% foram assassinadas pelos seus parceiros. (WHO, 2014). Enfatiza-se que a violência acometida por parceiro íntimo “refere-se ao comportamento do parceiro ou ex-parceiro que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controle de comportamento”. (WHO, 2014, p.1).

O Mapa da Violência evidenciou que, em um grupo de 83 países, os Estados Unidos da América (EUA) ocupou o 19º e a França o 63º lugar no *ranking* internacional de homicídios de mulheres. (WAISEL FIZ, 2015). Nas primeiras posições encontram-se El Salvador, Colômbia, Guatemala, a Federação Russa e o Brasil. Destaca-se que neste último vigora, desde 2006, a Lei nº 11.340, conhecida como Maria da Penha (LMP), que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. (BRASIL, 2006).

Após a promulgação da referida lei, um estudo desenvolvido com profissionais atuantes em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) observou um significativo aumento nos registros de ocorrência de VDCM, constatando que as vítimas passaram a denunciar mais seus agressores. (ALVES; OLIVEIRA; MAFFACCIOLLI, 2012). Nesse sentido, pesquisa realizada nos registros de uma DEAM identificou que a maioria dos agressores era conhecido das vítimas, entre eles os maridos, companheiros, vizinhos e parentes. (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012).

A Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180, somente nos dez primeiros meses de 2015, registrou 63.090 casos de violência. Desses, 94% tinham como autores o parceiro, ex-parceiro ou familiar da vítima. Ainda, em 80,42%, os filhos presenciaram ou sofreram a violência. A principal forma de relatada foi a física (31.432), seguida da psicológica (19.182), moral (4.627), sexual (3.064) e patrimonial (1.382). (PRADO, 2015).

No Rio Grande do Sul, ao comparar os casos de femicídios registrados em 2013 e 2014, constatou-se uma redução de 32,7%. Nos casos de estupro a redução foi de 640 para 525 e as lesões corporais, de 13.237 para 12.537. No entanto, o mesmo não ocorre com as tentativas de homicídio, que aumentaram de 116 para 137. (SILVEIRA, 2014). No Município do Rio Grande/RS, pesquisa realizada na DEAM identificou que, dos 902 casos de violência registrados entre 2009 e 2011, 47,7% referiam-se a violência física; 44,1%, psicológica; 4,5%, sexual; 2,8%, patrimonial; e 0,9%, moral. (SILVA et al., 2013). Em torno de 80% dos agressores eram considerados parceiros íntimos. (SILVA et al., 2013).

A pesquisa acima citada foi desenvolvida a partir da aproximação do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS) com a questão da VDCM. Com as ocorrências policiais registradas na DEAM criou-se um banco de dados, o qual possibilitou o desenvolvimento de uma dissertação e três Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs). A dissertação teve o objetivo de delinear o perfil das vítimas, identificar as formas de violência a que foram submetidas, os motivos que desencadearam a prática da violência e descrever os atos violentos perpetrados por parceiros íntimos. Um TCC teve foco no perfil do agressor, outro na violência sexual e o terceiro na violência contra crianças e adolescentes.

Embora significativos os resultados identificados a partir da pesquisa realizada na DEAM, eles não expressavam a magnitude do problema, pois inúmeros são os motivos que mantêm os atos violentos restritos ao lar. Por vezes, amigos, familiares, vizinhos e a própria vítima naturalizam a violência, não a reconhecendo como tal. Dessa forma, acredita-se que as Unidades de Saúde da Família (USFs) podem ser importantes aliadas para a desnaturalização desses atos, identificando-os e combatendo-os. Acredita-se, ainda, que as vivências dos profissionais em relação ao fenômeno da violência geram representações. Nesse sentido, o GEPEGS sentiu a necessidade de aprofundar o conhecimento quanto a Teoria das Representações Sociais (TRS). Essa consiste em um conhecimento particular no cotidiano, induz comportamentos e a comunicação entre indivíduos, possibilitando a aproximação com situações consideradas estranhas conforme a cultura em que tais indivíduos estejam inseridos. Das práticas sociais surge a representação, e essa por sua vez pode perpetuar ou contribuir para transformar tais práticas. (SÁ, 1998).

Com o suporte teórico necessário, o GEPEGS desenvolveu uma pesquisa com o objetivo geral de analisar as representações sociais da VDCM, entre integrantes das equipes de saúde das USFs do Município do Rio Grande/RS. No provável núcleo central da representação estudada, figuraram os termos “agressão”, “agressão física”, “covardia” e “falta

de respeito”, evidenciando uma representação com conotação negativa e estruturada, pois contém elementos conceituais, imagéticos e atitudinais. (GOMES et al., 2015). Os participantes evocaram também apoio profissional, evidenciando que, frente ao complexo problema da VDCM, buscam apoio na equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na tentativa de obter maior resolutividade. (GOMES et al., 2015).

Por outro lado, a busca por apoio pode estar associada ao despreparo dos profissionais da área da saúde para o enfrentamento de situações de VDCM. Reforçando essa premissa, a literatura registra o desabafo dos profissionais ao afirmarem que se sentem despreparados para atuar em situações de violência, uma vez que a temática durante a graduação foi abordada superficialmente e em alguns casos não o foi, configurando uma grande preocupação. (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008; MOREIRA et al., 2008; PEDROSA; SPINK, 2011; VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Outra pesquisa realizada pelo GEPEGS, junto às enfermeiras atuantes nos dois hospitais do município, em unidades passíveis de internação de vítimas, identificou que a falta de abordagem da temática durante a graduação e em programas de educação permanente configura um empecilho para a atuação. (ACOSTA, 2015).

Lacunas como essa constituem entraves para uma assistência integral à vítima. Destaca-se assim a necessidade de se incluir a temática nos currículos pedagógicos, oportunizando aos estudantes maiores experiências. Dessa forma, as instituições poderão cumprir com seu papel social, preparando o futuro profissional para atuar na esfera da identificação, acolhimento, tratamento e encaminhamento das vítimas de violência no âmbito da saúde. (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

O processo de constituição dos currículos pedagógicos percorre um longo caminho histórico de reformulações, adaptações e melhorias. Nesse processo, as diretrizes curriculares em âmbito nacional que foram estabelecidas em 2011, pela Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação, para o Enfermeiro preconizam um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, que exerça a Enfermagem com rigor científico e intelectual, considerando os aspectos éticos. Esse profissional deve ser capaz de atuar com responsabilidade e compromisso sobre os problemas e situações de saúde e doença prevalentes em nível nacional, mas principalmente na região onde desenvolve suas atividades. (BRASIL, 2001a).

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG) visa formar profissionais com esse perfil. Para tanto, inclui em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) disciplinas teóricas e práticas, bem como atividades nas redes hospitalar e básica. Portanto a EEnf/FURG almeja formar profissionais capazes de intervir nos problemas mais

prevalentes que acometem a população local e nacional, e de “atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012, p.18). Se reconhece a VDCM como um relevante problema que afeta a saúde da população, constituindo foco de atenção em âmbito mundial, nacional e local, demonstrado pela elaboração e implementação de Políticas Públicas de Saúde, Programas e Leis visando ao combate e prevenção.

Os discentes ingressam na EEnf/FURG oriundos de diversificadas regiões do país, com diferentes culturas, crenças e práticas. Suas representações sociais são formadas nos distintos ambientes dos quais se originam, eles carregam o conhecimento do senso comum, presente em seu cotidiano. Ao entrarem em contato com o ambiente universitário, cursam as disciplinas básicas e posteriormente as profissionalizantes. Essas últimas podem e devem lhes oportunizar momentos para a reflexão acerca do Código de Ética Profissional, aspectos éticos do atendimento às vítimas de violência, espaços para a discussão da LMP, bem como Políticas e Programas voltados para a questão da VDCM. Ainda, ao participar das atividades práticas e estágios curriculares na rede básica e hospitalar, o discente poderá realizar ou acompanhar o acolhimento, atendimento e encaminhamento das vítimas de violência às outras instâncias da sociedade que integram a rede de apoio. Dessa forma, ao longo do curso, constrói-se o conhecimento reificado, que se agrega ao conhecimento do senso comum e pode modificar a representação social do discente acerca desse fenômeno. Assim, defende-se a tese:

***O conhecimento reificado, adquirido ao longo do curso de graduação em enfermagem, pode fazer com que a representação social dos discentes das séries finais seja diferente da representação dos discentes das séries iniciais, pois estes se fundamentam apenas no conhecimento do senso comum.***

Para sustentar a tese, optou-se por investigar: Quais as representações sociais dos discentes das séries iniciais e finais do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG, acerca da violência doméstica contra a mulher?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar a estrutura e conteúdo das representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Comparar a estrutura e o conteúdo das representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre os discentes das séries iniciais e finais do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Descrever o conteúdo das representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre os discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

### 3 ENFOQUE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA VDCM

Com o intuito de identificar o enfoque das produções acerca da VDCM, realizou-se uma busca livre nas bases de dados da PubMed e SCIELO, referente aos anos de 2012 a 2015, com o intuito de identificar o enfoque das produções. Utilizaram-se os termos, em associação ou não, “violência contra a mulher”, “representações sociais” e “estudantes de enfermagem”, bem como seus correspondentes no idioma inglês. Dessa forma, identificaram-se nove artigos, sendo dois publicados em 2015, quatro em 2014, dois em 2013 e um em 2012. Três artigos foram publicados em periódicos internacionais. Entre as revistas nacionais, a *Texto & Contexto* publicou dois artigos e os demais foram pela *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Revista Brasileira de Enfermagem* e *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Ao realizar a busca com os referidos termos, verificou-se entre as publicações o enfoque na vítima. (FARCHI et al., 2013). Quanto às representações sociais acerca da violência doméstica, encontrou-se apenas um estudo. (COSTA; LOPES; SOARES, 2014). Os estudos realizados com profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro, têm seu enfoque na atuação assistencial em serviços de saúde, seja atenção básica ou hospitalar. (BEYNON et al., 2012; GOMES et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; SALCEDO-BARRIENTOS, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). No que se refere aos estudantes de enfermagem, as pesquisas enfocaram a ausência da abordagem do fenômeno da violência durante a graduação. (LIMA et al., 2014; SHARGHI et al., 2015). Apresenta-se a seguir o enfoque dos estudos encontrados.

Uma pesquisa desenvolvida na Itália identificou que as vítimas de violência procuraram repetidas vezes pelo serviço de saúde, porém, muitas delas omitiram do profissional de saúde o verdadeiro motivo da consulta, referindo terem caído de escadas ou trombado em algum cômodo da casa. Dessa forma, os profissionais da área médica e da enfermagem devem se manter atentos para identificar a situação de violência e apoiar as vítimas. No entanto, o estudo constatou que falta aos profissionais uma formação técnica e social, bem como psicológica para gerenciar com sucesso o atendimento às vítimas. Para suprir essa falta, o estudo apontou a necessidade de elaboração de um protocolo único para a gestão de vítimas de violência, cursos em parceria com organizações de voluntários e especialistas na área, bem como atualizações por meio de treinamentos periódicos. (FARCHI et al., 2013).

A necessidade de um protocolo também foi identificada em um estudo com profissionais da saúde, realizado no Estado do Rio Grande do Sul. (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Nele, os trabalhadores, por falta de qualificação, afirmaram não estarem preparados para trabalhar a VDCM, principalmente na perspectiva de rede. Para tanto, reconheceram a necessidade de qualificação por meio de uma formação específica ou de cursos, seminários e conferências.

No Canadá, um estudo com enfermeiros e médicos objetivou identificar as dificuldades e facilidades para perguntar à paciente sobre violência praticada por parceiro íntimo. Esses profissionais elencaram como dificuldades a falta de tempo, sobrecarga de trabalho, comportamento atribuído às mulheres que convivem com o abuso e práticas culturais. Além desses itens, os enfermeiros destacaram a falta de treinamento e a presença do parceiro, enquanto que os médicos citaram a falta de recursos e de formação. (BEYNON et al., 2012). Alguns enfermeiros e médicos foram sinceros ao mencionar sua falta de formação e conhecimento, apontando a necessidade de formação adicional, pois tinham receio de ofender as mulheres, além de dificuldades para abordar o tema e para atuar após a confissão da vítima. (BEYNON et al., 2012).

Os enfermeiros pesquisados demonstraram interesse em aprender sobre VDCM, indicando o desenvolvimento de abordagens atrativas como a utilização de cenários da vida real, jogos de papel, conversas com colegas, discussões com vítimas, visitas a abrigos para mulheres, bem como trabalhar com colegas mais experientes. Destaca-se que esses profissionais argumentaram que o empregador tem a responsabilidade de oferecer formação no local de trabalho. (BEYNON et al., 2012). A educação permanente pode ser utilizada como estratégia para que o enfermeiro desenvolva habilidades e sinta-se preparado para identificar e atuar nas situações de VDCM.

Os profissionais entrevistados elencaram algumas dificuldades para a atuação nas situações de violência, considerando a tendência abusiva do agressor, bem como a permanência dele junto à mulher durante a consulta. (BEYNON et al., 2012). Outra dificuldade é a frequente reconciliação da vítima com o parceiro após o episódio violento. Os profissionais associaram essa postura ao sentimento de medo, vergonha ou a uma percepção dela de que o abuso foi merecido, o que constitui um estigma social. Os enfermeiros destacaram que as mulheres podem negar o abuso, temendo que o serviço de proteção à criança intervenha junto aos seus filhos. (BEYNON et al., 2012).

Um estudo realizado pela Gonabad Universidade de Ciências Médicas, no Irã, teve como objetivo determinar os problemas relacionados com a formação acadêmica e prática

clínica para que enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem alcancem competência para o atendimento a vítimas de violência. Na percepção dos informantes, os problemas mais importantes foram a falta de pesquisa acadêmica do período clínico, ausência de aplicação na prática do Processo de Enfermagem e insuficiente quantitativo de educadores experientes e profissionais. Ainda, o uso de rotinas tradicionais nas enfermarias, a alta carga de trabalho do enfermeiro, tempo insuficiente para o desempenho da prática com base no conhecimento e desarticulação de algumas disciplinas teóricas com a prática em campos clínicos após a graduação. (SHARGHI et al., 2015).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros e médicos objetivou determinar como profissionais da Estratégia Saúde da Família reconhecem e lidam com a violência doméstica em adolescentes grávidas. Os entrevistados afirmaram que durante o curso de graduação não foram abordadas questões referentes à VDCM. Embora tenham cursado especializações em saúde da família, saúde pública, pediatria e neonatologia, também não houve abordagem do fenômeno. Dessa forma, não se sentiam preparados para lidar com a gravidez na adolescência e muito menos com as questões de VDCM. (SALCEDO-BARRIENTOS, 2014).

Dos enfermeiros pesquisados, aqueles que mantinham contato próximo com as pacientes afirmaram ser difícil prestar o atendimento às famílias e mulheres vítimas de violência, bem como superar tal dificuldade. Outros obstáculos no atendimento são a história de vida, postura e atitudes dos profissionais. Essas são permeadas por ações preconceituosas e moralistas, julgando as adolescentes como pessoas imaturas e responsáveis pela gravidez. (SALCEDO-BARRIENTOS, 2014).

Estudo realizado com enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários apontou que os profissionais visualizam a mulher como vulnerável a situações de violência física e psicológica no espaço familiar, sendo o companheiro o principal agressor e o abuso de álcool, drogas e ciúmes os fatores desencadeantes. (RODRIGUES et al., 2014). Os informantes do estudo reconheceram que a violência é frequentemente ocasionada pelo homem, que se coloca em uma posição de dominação. O estudo aponta ainda que por vezes a mulher permite ser controlada pelo homem, que até a isola do convívio social.

Recorrer ao apoio dos colegas de equipe é uma estratégia adotada pelas profissionais frente às situações de violência. Contam também com o encaminhamento à Delegacia da Mulher e a Assistência Social. Os autores destacaram a importância de a equipe priorizar a escuta e o diálogo e, somente depois de esgotadas todas as suas possibilidades, encaminhar a vítima a outros serviços. Isso impede situações em que os profissionais delegam a

responsabilidade para outros serviços apenas para se verem livres do problema. (RODRIGUES et al., 2014).

Pesquisa realizada com profissionais da USF evidenciou que há dificuldade em reconhecer as mulheres vítimas de violência. A identificação do agravo ocorre apenas quando se trata da violência física, a qual deixa marcas visíveis e concretas no corpo. As demais formas de violência não foram identificadas pelos profissionais como situações de violência. (GOMES et al., 2013).

Estudo realizado com o objetivo de analisar a experiência de estudantes no desenvolvimento das atividades do Estágio Curricular Supervisionado identificou que o enfermeiro supervisor é visualizado como um modelo a ser seguido após a graduação. Por isso, o enfermeiro deve estar ciente de sua responsabilidade como referência para o graduando. Os autores destacaram que o estágio é uma oportunidade ímpar na formação do acadêmico, período em que poderá sofrer influências na identidade e perfil como futuro profissional. (LIMA et al., 2014).

No que se refere à estrutura da representação social da violência contra a mulher, um estudo realizado com profissionais da saúde e gestores municipais identificou como elementos centrais: medo, álcool, sobrecarga de trabalho da mulher, desrespeito, agressão física e agressão. (COSTA; LOPES; SOARES, 2014). Os profissionais qualificaram a mulher como submissa, justificando as motivações do agressor pelos termos “cultura” e “machismo”.

Quanto ao termo “medo”, os autores acreditam que está associado à mulher em situação de violência e ao profissional de saúde frente à problemática. O medo e a sensação de impotência de ambos diante dos agressores evidenciam a dominação masculina ainda presente em algumas culturas. (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

A violência é constante na realidade cotidiana de muitas comunidades, nas quais os estudantes de enfermagem atuam durante a formação acadêmica. Por isso é preciso que a temática seja abordada em sala de aula de maneira atrativa, como em simulações, teatro e dramatizações, estudo de caso, portfólio, discussão em grupo, vídeos, fóruns, entre outras. Espera-se que o estudante torne-se um profissional crítico, reflexivo, capaz de atuar frente às situações de VDCM, atendendo às necessidades biopsicossociais das vítimas.

#### **4. DIRETRIZES CURRICULARES PARA ENFERMAGEM**

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira faz-se um breve resgate histórico acerca da organização dos cursos de enfermagem no Brasil. Para tanto enfocase desde o primeiro curso organizado pelo Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, até a promulgação do Parecer nº 1.133 pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, em 2001. Na segunda parte aborda-se a organização curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Nesse item discorre-se sobre a implantação do referido curso, sua composição curricular e suas disciplinas profissionalizantes que abordam a temática em estudo.

##### **4.1 RESGATE HISTÓRICO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Na década de 20 grandes endemias e epidemias ameaçavam o desenvolvimento do comércio internacional com o Brasil. No entanto, o país não possuía mão de obra nem equipamentos para o controle dessa situação. Assim, o Estado instituiu políticas de saúde com o objetivo de controle e prevenção de doenças. Também, em 1923, por meio do Decreto nº 16.300, oficializou o ensino da enfermagem, que seguiu os modelos nightingalianos. Naquela época o ensino da enfermagem objetivava formar profissionais qualificados e capazes de garantir o saneamento urbano. (MEDEIROS; TIPPLE; MUNARI, 2008).

O pioneiro no ensino da enfermagem foi o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) no Rio de Janeiro, sob direção de Carlos Chagas. Anos mais tarde o serviço de enfermeiras passou a ser denominado Escola Anna Nery. (ITO et al., 2006).

Foi com Decreto nº 20.109 de 1931 que o exercício da enfermagem foi regulamentado no Brasil e a Escola Anna Nery foi considerada a escola oficial, padrão para todas as outras existentes ou que fossem criadas. (BRASIL, 1931). O ensino de enfermagem fundamentava-se em uma formação biomédica, centrada no indivíduo, doença e cura. (ITO et al., 2006).

Com a transformação comercial e industrial no Brasil, ocorreu a ampliação de hospitais, exigindo profissionais competentes para atender ao mercado de trabalho.

Assim, em 1949, foi promulgada a Lei nº 775, através da qual as escolas de enfermagem passaram a serem reconhecidas pelo Ministério da Educação e Saúde. (BRASIL, 1949). O ensino da enfermagem foi dividido em curso de auxiliar de enfermagem com duração de 18 meses e curso de enfermagem, com 36 meses. Nesse, exigia-se o certificado de conclusão do ensino secundário. (BRASIL, 1949).

Em 1961, por meio da Lei nº 4.024 foram fixadas as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). No que tange ao ensino superior, a Lei determinou a duração mínima de 180 dias de período letivo, sem contabilizar o espaço destinado às provas e exames. Ainda, observou o desenvolvimento de graduação e pós-graduação, bem como o dever do professor em elaborar o programa de cada disciplina em forma de plano de ensino. (BRASIL, 1961).

A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em parceria com as 19 Escolas de Enfermagem no Brasil e a Comissão de Peritos de Enfermagem criaram uma proposta de currículo mínimo para os cursos de enfermagem. (BRASIL, 1961). Apesar desse empenho, uma comissão de três médicos apresentou sugestões para a referida proposta, o que resultou no Parecer nº 271/62, caracterizando a segunda reformulação curricular. Nela o curso se integralizava em três anos, ficando o quarto ano optativo para a realização de especializações. (FERNANDES, 2012). Foi excluída do currículo de enfermagem a disciplina de saúde pública, restringindo a formação do profissional ao caráter individual e curativo. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Insatisfeitas com o novo currículo, enfermeiras em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) levantaram questionamentos em congressos, seminários e debates. Em um contexto de mobilizações estudantis que exigiam reestruturação e expansão do ensino superior, surgiu em 1968 a Reforma Universitária. (MARTINS, 2009). Nesse ano, a ABEn apresentou a proposta de distribuição semestral das disciplinas, sendo dois semestres básicos e seis de formação profissional, incluindo a Saúde Pública. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

O Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação (CFE) caracterizou a terceira reforma curricular, que criou as habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Obstetrícia e Saúde Pública. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Essa reformulação não agradou aos enfermeiros, que passaram a discutir questões relacionadas ao perfil profissional, buscando a formação generalista. (FERNANDES, 2012). Essas insatisfações ocorreram em um contexto de Reforma Sanitária, VIII

Conferência Nacional de Saúde e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a saúde foi foco de debates políticos. (SILVA; SOUZA; FREITAS, 2011).

Em 1994, pelo Parecer nº 314 do CFE, foi implementada a quarta reformulação curricular. Essa foi marcada pelo aumento da carga horária mínima para 3.500 horas, duração de quatro a seis anos, estágio curricular de 500 horas em dois semestres e sob supervisão docente. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). O currículo foi dividido em eixos temáticos, sendo destinadas 25% da carga horária para bases biológicas e sociais da enfermagem; 25% para fundamentos de enfermagem; 35% à assistência de enfermagem, 15% à administração em enfermagem. (FERNANDES, 2012).

Apesar desses avanços os enfermeiros apontavam a falta de disciplinas na área da educação, pois tal lacuna desconsiderava a função educativa do enfermeiro. Outro aspecto que gerou descontentamento foi o percentual dos eixos temáticos que ignoravam a realidade onde os cursos de enfermagem estavam inseridos. (FERNANDES, 2012).

Em 1996, foi promulgada a Lei nº 9.394, conhecida como a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), gerando a quinta reforma curricular, que promoveu a reestruturação das graduações, extinguindo os currículos mínimos e adotando diretrizes específicas para cada curso. (FERNANDES, 2012). Com essa reformulação as Instituições de Ensino Superior ganharam autonomia didático-científica para criar cursos e fixar os currículos, ou seja, cada uma poderia adotar as diretrizes que melhor atendessem ao perfil epidemiológico e social da comunidade. (FERNANDES, 2012).

A Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), em 1997, publicou o Edital nº 04/97, que dava a oportunidade às instituições públicas e privadas de enviarem sugestões e propostas para as diretrizes curriculares. Desencadeou-se a realização de Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADEn), promovidos pela ABEn. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Criou-se o “Modelo de Enquadramento das Propostas de Diretrizes Curriculares”, alvo de críticas pelo seu caráter técnico, dicotomizador e disciplinador. O modelo propunha quatro grandes áreas de habilitação: bacharéis, docentes, formação aplicada e de pesquisador, com um mínimo de 500 horas cada. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Entre 1999 e 2000, muitas manifestações contra o referido modelo foram desencadeadas, dentre elas o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 10º

Congresso Pan-Americano de Enfermería e 4º SENADEn. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Foi em 2001 que a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, sob o Parecer nº 1.133, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais. Para a esfera da Enfermagem, a Resolução nº 3 definiu fundamentos, princípios e condições para a formação de enfermeiros, sendo traçado o perfil:

com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psicosociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001a, Artº3).

A Resolução nº 3 prezava por evitar que os cursos se prolongassem desnecessariamente, promover práticas de estudo independente, estimular a busca por conhecimentos e habilidades fora do ambiente acadêmico, valorizar a pesquisa individual e coletiva, estágios e atividades de extensão, entre outros. (BRASIL, 2001a). Assim, as diretrizes curriculares objetivaram:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001a, p.4).

As diretrizes determinaram o desenvolvimento de atividades complementares. Essas deveriam ser incrementadas ao longo do curso, por meio de monitorias, estágios, programas de iniciação científica, de extensão, estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins. (BRASIL, 2001a).

Além das atividades teóricas e práticas, as Diretrizes Curriculares previam a obrigação de incluir o estágio supervisionado em diferentes espaços, como o hospital geral e especializado, ambulatórios, rede básica e comunidade. Tal estágio deveria ser desenvolvido nos dois últimos semestres, contando com a participação de professores e enfermeiros dos serviços em que os estudantes se inseriam. A carga horária mínima desse estágio deveria totalizar 20% da carga horária total do curso de graduação. (BRASIL, 2001a).

A Resolução nº 3 de 2001 não previu a carga horária mínima para o curso de graduação em enfermagem. Dessa forma o instrumento normativo que definiu a carga horária mínima, e que ainda prevalece, foi a Portaria nº 1.721 de 1994. Essa estabeleceu a duração mínima de quatro anos e máxima de seis, compreendendo o mínimo de 3.500 horas/aula. (BRASIL, 1994).

Para garantir a implementação das diretrizes curriculares, em 2004 foi promulgada a Lei nº 10.861 que dispõe sobre o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). A avaliação foi estruturada em três eixos: institucional, de cursos de graduação e do aluno, visando estimular a elaboração de Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) inovadores, centralizados no aluno e em sua formação teórico-prática. (NETO et al., 2007).

Os PPC configuram, pois, a base de gestão acadêmico-administrativa dos cursos, devendo conter os elementos das bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que definem as competências e habilidades essenciais à formação das(os) enfermeiras(os), constituindo-se numa expressão das DCN/ENF. (NETO et al., 2007, p.628).

A elaboração de um PPC envolve questões sociopolíticas, pois se articula aos “interesses reais e coletivos da população majoritária”, os quais são determinados histórica e socialmente. (NETO et al., 2007, p.629). Sob esse olhar, é necessário incluir nos PPCs os problemas que mais acometem a população em que o curso está inserido. O PPC precisa possibilitar a formação de profissionais competentes, engajados, participativos, éticos, críticos e responsáveis.

#### 4.2 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Em 1975, foi autorizado o Curso de Enfermagem e Obstetrícia da FURG, que iniciou as atividades no primeiro semestre de 1976. Até o ano de 1982, o curso era desenvolvido em sete semestres letivos, totalizando 3.500 horas com disciplinas pré-profissionalizantes e profissionalizantes, além de possibilitar habilitações em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Saúde Pública. Era facultado ao estudante cursar, concomitantemente, a Licenciatura Plena em Enfermagem. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

Em 1979 iniciou-se o processo de alteração curricular, que foi precedido pela elaboração do perfil do egresso, finalidades e objetivos do curso de graduação em

enfermagem da FURG. A alteração curricular contou com a criação do quadro de sequência lógica, que ampliou a carga horária para 4.000 horas, desenvolvidas em oito séries. Foram criadas novas disciplinas e cada disciplina profissionalizante foi dividida em teórica e prática. Foi ainda criada a disciplina Estágio Complementar, de caráter eminentemente prático, desenvolvida na última série, com o total de 300 horas. Foram excluídas as habilitações e mantida a licenciatura plena, no entanto, para cursá-la era necessário concluir o bacharelado em enfermagem e reingressar como portador de diploma de curso superior. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

Em outubro de 2001, após longos debates e fóruns entre os professores do curso, foram criadas as disciplinas de Pesquisa em Enfermagem, Terapias Alternativas, Saúde Ambiental, Trabalho da Enfermagem e as Instituições de Saúde, Trabalho Monográfico I e Trabalho Monográfico II. Ainda, foram efetuadas aproximações entre disciplinas afins que passaram a ser oferecidas no mesmo semestre e algumas disciplinas profissionalizantes foram renomeadas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

No segundo semestre de 2004 foi extinta a Licenciatura em Enfermagem e criadas, em caráter optativo, as disciplinas de Controle de Microrganismos, Parasitoses Emergentes e Reemergentes, Aleitamento Materno, Políticas de Saúde, Enfermagem Gerontogeriatrica, Eletrocardiografia para a Enfermagem, Assistência Integral em Diabetes e Abordagem Multidisciplinar das Dependências Químicas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

Após um período de reflexões, debates, vivências e experiências, em 2005 foi aprovado um novo PPC, com a ampliação da carga horária total para 4.055 horas, a ser desenvolvida em um mínimo de nove semestres e máximo de quinze. Para as atividades práticas, as turmas passaram a ser divididas em grupos de até sete discentes. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

Em 2009, após amplas discussões, foram analisados os planos de ensino de todas as disciplinas, e realizadas pesquisas junto aos discentes sobre seu aproveitamento no curso. Detectaram-se lacunas nas temáticas abordadas, repetição e divergência tanto de conteúdos quanto de abordagens. Consultou-se a legislação vigente, o PPC de outros cursos de enfermagem, de cursos de diferentes áreas da FURG, e assim foi delineado um novo PPC em 2012, o qual encontra-se em fase de implantação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

A reformulação curricular apresentou redução da carga horária semanal, a possibilidade de reprovação sem perda de um semestre, a troca para regime por disciplinas, sendo estabelecidos pré-requisitos somente para as disciplinas profissionalizantes. Ainda, foi necessário criar uma disciplina que possibilitasse maior desenvolvimento das habilidades psicomotoras na formação do enfermeiro. Foi proposta a ampliação de mais um semestre letivo exclusivo para o desenvolvimento do Estágio Supervisionado. Descreve-se no Quadro 1 a comparação entre os dois currículos. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

**Quadro 1.** Comparação entre os Planos Político-Pedagógicos do Curso de Graduação em Enfermagem/FURG. Rio Grande, 2015

	<b>2005</b>	<b>2012</b>
<b>Modalidade de ingresso</b>	Vestibular	ENEM
<b>Regime</b>	Seriado semestral/duplo ingresso	Matrícula por disciplina/duplo ingresso
<b>Nº de vagas</b>	50 anuais/ 25 semestrais	60 anuais/30 semestrais
<b>Turno</b>	Manhã e tarde	Manhã e tarde
<b>Nº semestres letivos</b>	Mín. 9 e Max. 15	Mín. 10 e Máx. 17
<b>CH total</b>	4.055 horas	4.110 horas
<b>CH em disciplinas e estágios supervisionados obrigatórios</b>	3.855 horas	3.960 horas
<b>Disciplinas teóricas, teórico-práticas, PTCC e TCC</b>	2.835 horas	3.000 horas
<b>Estágios supervisionados</b>	1.020 horas	960 horas
<b>Atividades complementares</b>	200 horas	150 horas

Fonte: Universidade Federal do Rio Grande, 2012.

Nas atividades práticas foi previsto o desenvolvimento de visitas orientadas, que buscassem familiarizar o discente com os diversos campos de atuação profissional, bem como vislumbrar as diferentes possibilidades de trabalho e áreas de atuação. Os Estágios Supervisionados, perfazendo pelo menos 20% da carga horária total do curso, foram distribuídos em quatro disciplinas: Saúde da Mulher (105 horas), Saúde da Saúde da Criança e do Adolescente (105 horas), Adulto e Idoso nas Intercorrências Clínicas (105 horas) e Enfermagem Perioperatória (105 horas). Na décima série, com 540 horas, há obrigatoriedade de 210 horas na Atenção Básica à Saúde e as restantes são de livre escolha do acadêmico.

As atividades complementares dizem respeito a disciplinas optativas, demais estágios, participações em eventos, apresentações de trabalhos científicos, publicações, cursos, atualizações, envolvimento com programas comunitários, projetos de extensão,

projetos de pesquisa, monitorias, dentre outros, reconhecidos, valorados e aprovados pela Coordenação do Curso de Enfermagem. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2012).

Durante as atividades teóricas e práticas que o PPC disponibiliza, os discentes podem se deparar com diferentes questões sobre o processo de saúde/doença. A violência como fenômeno universal deve ser ponderada como um problema/situação de saúde/doença, adentrando nos requisitos que compõem o perfil do profissional Enfermeiro, previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no PPC do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG.

Considerando que a violência é uma realidade velada em muitos lares, o enfermeiro deve estar preparado para seu enfrentamento. Independente da área em que o profissional irá atuar, ele assume um compromisso social com a comunidade. Ainda, a instituição de ensino tem obrigação de colocar no mercado de trabalho profissionais competentes e preparados para a realidade sociocultural.

Assim, torna-se mister abordar questões referentes à violência nas atividades teórico-práticas dos currículos de enfermagem de todas as instituições formadoras. Para identificar a abordagem do tema, independente das fases do ciclo vital, bem como as implicações éticas e legislativas, realizou-se uma pesquisa documental. Selecionaram-se os planos de ensino das disciplinas com foco profissionalizante que compõem o quadro de sequência lógica do curso de Graduação em Enfermagem da FURG, ofertadas a partir da quarta série. Utilizaram-se os planos disponíveis no primeiro semestre de 2013, no Sistema de Administração de Bibliotecas (ARGO), agrupando os dados em um quadro (Apêndice A), segundo o nome das disciplinas, carga horária e seus conteúdos programáticos.

Destaca-se que, das 14 disciplinas selecionadas, apenas três abordam a violência. Em Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente I, o programa enfoca a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Na disciplina Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente II é abordada a assistência de enfermagem ao adolescente vítima de violência/suicídio, e em Gerontogeriatria os professores abordam a violência contra a pessoa idosa.

As Políticas Públicas de prevenção da violência e de cuidado à vítima são abordadas nas disciplinas de Gerontogeriatria, que enfoca a Política de Saúde do Idoso; Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente I, que debate a política de proteção à criança e ao adolescente; a disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde

da Mulher, que trabalha a Política de Saúde da Mulher; e na Enfermagem da Rede de Atenção Básica à Saúde são enfocadas as Políticas de Saúde no Brasil, Estratégia de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Embora os conteúdos descritos nos planos de ensino das disciplinas não explicitem, é indispensável que a academia discuta e dê a oportunidade para os discentes colocarem em prática os manuais, políticas, legislações e aspectos referentes ao atendimento às vítimas de violência. Muitos são os manuais e políticas publicados pelo Ministério da Saúde (MS) com o intuito de sustentar e apoiar a ação dos profissionais da saúde e, entre eles, destaca-se o Caderno de Atenção Básica nº 8, publicado pela Secretaria de Políticas de Saúde, que visou instrumentalizar profissionais para atuação frente à situação de violência. (BRASIL, 2001b).

O referido Caderno descreveu orientações, conceitos, informações, fatores de risco, questões éticas do atendimento, bem como formas de identificar a mulher em situação de violência e as ações preventivas que as equipes de saúde podem e devem desenvolver. Esse caderno também orienta as medidas terapêuticas a serem adotadas conforme cada caso, incluindo a anticoncepção de emergência e quimioprofilaxia para Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV-AIDS. (BRASIL, 2001b).

A criação de políticas para a humanização e melhoria da qualidade no atendimento às vítimas busca solucionar problemas, facilitar o acesso ao serviço de saúde, capacitar os profissionais para atuarem com educação e respeito. Visam, ainda, às ações que aumentem o conhecimento das vítimas, estimulando o autocuidado e a capacidade de escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida. (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), que, dentre suas propostas, busca estimular a autonomia e corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013).

Dentre as diretrizes gerais para a implementação dessa política nos diferentes níveis de atenção, destaca-se a sensibilização das equipes de saúde em relação à violência intrafamiliar e quanto aos preconceitos, tais como o sexual, religioso, racial, no momento da recepção e encaminhamento dos usuários. (BRASIL, 2004a). A PNH enfatiza o acolhimento como valor das práticas de saúde, que objetiva a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes, trabalhadores, usuários.

(BRASIL, 2013). Assim, na situação de VDCM, como parte do cuidado à vítima, o enfermeiro deve realizar o adequado acolhimento, por meio da escuta qualificada.

Ainda no que se refere às políticas, a disciplina de Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Dentre seus objetivos específicos, destacam-se os voltados para a atenção às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, que busca:

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

No que se refere aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfatizados na disciplina de Enfermagem da Rede de Atenção Básica à Saúde, esses profissionais exercitam suas atividades também com foco no combate à VDCM. O artigo 2º do Decreto nº 3.189, de 1999, estabelece a necessidade da realização de “visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família”. (BRASIL, 1999, p.1). Tais situações são descritas no manual “o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, e dentre elas destaca-se a atenção às vítimas de violência, pois o referido profissional atua colaborando para a transformação das situações-problema que interferem na qualidade de vida das famílias. (BRASIL, 2009a). Há, ainda, o Guia prático do ACS, que possui um espaço exclusivo de informações sobre a violência contra a mulher, e dentre as orientações destaca que:

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

Quanto à abordagem de aspectos legislativos, foi identificada na disciplina Assistência de Enfermagem à Criança e ao Adolescente I, com o tema apoio e legislação à lactante. E em Exercício da Enfermagem os professores tratam a legislação profissional e questões éticas no exercício da enfermagem.

Todos os manuais e políticas são necessários para o esclarecimento e orientação dos profissionais, mas esses devem reconhecer suas obrigações legais frente à violência contra a mulher. Dessa forma, para orientar a atuação junto às vítimas de violência, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), no art. 23, determina como responsabilidade e dever de técnicos de enfermagem e enfermeiros “encaminhar a pessoa, família e coletividade aos serviços de defesa do cidadão, nos termos da lei”.

Ainda na seção I, das relações com a pessoa, família e coletividade, o art. 34 proíbe “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência”.

Em 2003 foi promulgada a Lei nº 10.778, que estabelece a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, inclusive dos casos considerados suspeitos. (BRASIL, 2003). Visando estimular e facilitar essa atuação, bem como auxiliar o correto preenchimento da ficha de notificação, intitulada *Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais*, foi publicado, em 2011, o *Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*, que se constitui num roteiro norteador, destinado aos profissionais de saúde. (BRASIL, 2011). O instrutivo determina que a ficha de notificação seja preenchida em duas vias, ficando uma para a unidade de saúde que fez a notificação e a outra encaminhada para a Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) da Secretaria Municipal de Saúde. (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que a LMP, além de amparar a vítima de violência doméstica e familiar e de criar punições mais severas ao agressor, prevê em seu artigo 8º, inciso IX, “o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher”. (BRASIL, 2006, Art.8º).

Percebe-se que o fenômeno da VDCM permeia as esferas políticas, sociais, legislativas e de ensino. Nessa, é essencial que as situações de violência sejam debatidas e simuladas em sala de aula, para que o discente se sinta preparado para atuar ao deparar-se com tais situações nas atividades práticas e estágios. Observa-se que a disciplina de Estágio Supervisionado II afirma promover o elo entre o conhecimento teórico e a aplicabilidade na realidade social e de saúde da comunidade onde a graduação desenvolve suas atividades. Além disso, esse estágio é propício para analisar e diagnosticar os problemas, implementando ações voltadas às necessidades da população.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao definir a TRS como referencial teórico-metodológico do presente estudo, foi imprescindível refletir sobre o que Sá destacou em sua obra:

Não basta pois, como fazem frequentemente aqueles que estão apenas se iniciando no campo de estudos, decidir que se quer pesquisar a representação social de um objeto qualquer, sem se preocupar de antemão com a própria plausibilidade da sua existência como fenômeno concreto, nem com a possibilidade de sua abordagem segundo a teoria das representações sociais e com os recursos metodológicos disponíveis. (SÁ, 1998, p.15).

Nesse sentido, para transformar um fenômeno da representação social em um objeto de pesquisa é necessário “simplificá-lo”, e essa simplificação da realidade é possível por meio da adoção de uma teoria, a TRS. (SÁ, 1998). Dessa forma, para tornar o fenômeno da VDCM um objeto de estudo pautado na TRS, é indispensável avaliar se ele produz representação social nos participantes que se pretende investigar, nesta pesquisa, os discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Tal avaliação parte da premissa de que os fenômenos de representação social estão em todos os lugares, a todo o momento no meio cultural, coletivo e individual. Outra premissa é de que um objeto de estudo só é capaz de gerar representação caso tenha suficiente “relevância cultural” ou ‘espessura social’”. (SÁ, 1998, p.45). Ainda, se o objeto precisa ser relevante, é obrigatório que o encontro com o objeto dispare afetos, pois “não se representa socialmente aquilo que é indiferente, aquilo que não provoca o desejo de comunicação, de falar a respeito, de compreender”. (ARRUDA, 2014, p.44).

Assegura-se, portanto, a pertinência de fundamentar o presente estudo na TRS, pois o objeto proposto faz parte do cotidiano dos participantes, uma vez que a VDCM é um tema que povoa a mídia escrita e falada, sendo assim discutida, problematizada e muitas vezes vivenciada no dia a dia. Além disso, os discentes desenvolvem atividades práticas no hospital, na comunidade, escolas, Centro de Atenção Psicossocial, creches, o que pode facilitar o contato com possíveis situações de violência.

Portanto, alicerça-se este estudo na TRS, por ela ser “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. (JODELET, 2001, p.22). Destaca-se que a teoria trabalha com “a diversidade de saberes oriundos das múltiplas culturas circulantes nas nossas sociedades caleidoscópicas”. (ARRUDA, 2014, p.120).

Os fenômenos de representação social estão ‘espalhados por aí’, na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e de

massa e nos pensamentos individuais. Eles são, por natureza, difusos, fugidios, multifacetados, em constante movimento e presentes em inúmeras instâncias da interação social. (SÁ, 1998, p.21).

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

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

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

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

O autor esclareceu ainda que as representações são normas em nossa sociedade, elas correspondem a necessidades práticas, inclusive de adequar, por meio de transformações, o desenvolvimento das ciências à vida cotidiana. (MOSCOVICI, 2012). As representações devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. (MOSCOVICI, 2005). Ainda, a

representação “é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto”. (SÁ, 2002, p.32). Esse objeto pode ter três naturezas, social, material ou ideal, e a representação situa-se em uma relação de simbolização e interpretação. (SÁ, 2002).

Quanto aos fenômenos de representação social, eles são criados no universo consensual de pensamento e os “objetos de pesquisa que deles se derivam são tipicamente uma elaboração do universo reificado da ciência”. (SÁ, 1998, p.22). O referido autor reforça a “proposição teórica de que uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)”. (SÁ, 1998, p.24).

Atualmente, Oliveira (2011, p.586) vem discutindo

a necessidade de estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde, a partir da compreensão das ‘necessidades representadas’, negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e os profissionais nas instituições de saúde, e acessadas através das representações sociais.

Como fruto dessas discussões, essa autora propõe uma nova forma de construção do conhecimento, ou seja, os saberes técnico-profissionais no campo da saúde. (OLIVEIRA, 2011). Esse está entre os campos que mais utilizam a TRS como referencial teórico-metodológico. A importância do seu uso centra-se no acesso ao conhecimento utilizado por grupos sociais para compreender os problemas de saúde, bem como justificar as práticas cotidianas.

Esse saber prático, construído pelos profissionais de saúde, é de tipo híbrido, apoiado, ao mesmo tempo, nas representações comuns por eles constituídas ao longo da sua história de vida e, ao mesmo tempo, em um conhecimento reificado fragmentado, em conteúdos que podem ser utilizados na resolução de problemas cotidianos, de tipo menos rígido do que o conhecimento reificado e com maior capacidade de adaptação às exigências do cotidiano profissional. (OLIVEIRA, 2011, p.614).

A autora ainda estende sua argumentação referindo que os profissionais de saúde fundamentam suas representações e saberes práticos no senso comum e no conhecimento científico. Assim, apresenta três campos de relações importantes para a análise da utilização da teoria na área da saúde. O primeiro refere-se às relações entre senso comum e saber técnico-profissional, o segundo são as relações entre representações e práticas de saúde nos grupos sociais e por último os diferentes níveis de percepção da realidade do processo saúde/doença pelo senso comum e pelo saber técnico-profissional. (OLIVEIRA, 2011). Como esse está em fase de construção, não será focado nesta pesquisa.

Destaca-se que a estrutura das representações sociais se constitui por três dimensões:

a da informação, que é o acesso ao conhecimento relativo ao objeto que os grupos têm; a das atitudes, a do afeto, da tomada de posição; e a do campo de Representação, que implica imagens, modelos sociais e hierarquias, e compreende o espectro da representação com valores que a informam. (ARRUDA, 2014, p.321-322).

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

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

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

Tudo o que é estranho ao sujeito pode acarretar “uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas”. (MOSCOVICI, 2005, p.61-62). Portanto o estranho passa por uma classificação, em que o sujeito vai nomeá-lo em referenciais conhecidos para compreender a realidade. (MOSCOVICI, 2005).

Na pesquisa sobre o *funk*, Arruda descreve o processo de ancorar afirmando que o *funk*, após sua chegada no Rio de Janeiro, foi “associado à transgressão, à marginalidade, ele migra dos cadernos culturais dos jornais para as páginas policiais, e assim, passa a ser tratado por uma parte da sociedade. Estava ancorado seu significado”. (ARRUDA, 2014, p.59). Afirma ainda que ancorar novos objetos em velhas transversalidades pode trazer “novos sentidos ao antigo e antigas disposições ao novo”. (ARRUDA, 2014, p.59). Buscando

exemplificar o processo de ancoragem, a autora afirma: “joga âncora no terreno firme dos conhecimentos preexistentes para poder fixar aí o objeto navegante que se apresenta. A partir daí, tanto um quanto outro se modificam, e a resultante vai servir de nova categoria para leitura do mundo daí para a frente”. (ARRUDA, 2014, p.321).

Quanto à objetivação, é o processo formador de imagem e estruturante. Consiste em transformar o que é abstrato, em concreto e real, “é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância”. (MOSCOVICI, 2005, p.72). A pesquisa de Arruda sobre *funk* identificou que os entrevistados objetivaram no funkeiro aquilo que se objetivava no malandro e no marginal, “revitalizando uma velha representação com uma nova ancoragem”. (ARRUDA, 2014, p.59).

À objetivação são atribuídas duas funções, a naturalização e a classificação. Pela primeira o imaginário é reproduzido em algo quase físico e dotado de significado. A classificação é a função que simboliza a realidade e permite que os seres sejam separados de seus atributos e categorizados de acordo com esquemas socialmente instituídos. (JODELET, 2001). Quanto à interpretação na abordagem processual, ao falar que a representação social deve ser entendida como uma tradução da realidade, é necessário explicar de que tradução se trata e por que é dessa forma e não de outra. Arruda (2014) afirma que:

Na perspectiva processual, identificar como se elabora e organiza internamente a representação, não por meio da listagem de categorias ou da mera designação de processos que corre o risco de banalizá-los – isto ancora naquilo –, mas mostrando qual o desenho, a lógica interna, o princípio organizador da representação, e que relação isto estabelece com o mundo. (ARRUDA, 2014, p.121).

Na abordagem estrutural, elaborada por Jean-Claude Abric em 1989, a interpretação deve “explicar a lógica da estrutura encontrada, sua razão de ser – o que significa e o que justifica aquele núcleo central naquele grupo, e associado àqueles elementos periféricos.” (ARRUDA, 2014, p.121). A representação é constituída por um conjunto de opiniões, ações e crenças sobre algo social, organizando-se em um núcleo central. Esse constitui “o elemento unificador e estabilizador da representação”, é mais resistente à mudança e assegura a continuidade das representações sociais. (ABRIC, 1998, p.31).

O núcleo elucidada a natureza e a relação do grupo com o objeto social, bem como as normas e valores que regem a sociedade naquele momento. Abric (1998, p.31) discorre sobre as duas funções no núcleo central: a geradora, que “é o elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele

que os outros elementos ganham sentido, um valor”; e a função organizadora “é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entrem si os elementos da representação. Nesse sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação”.

Quanto aos tipos de elementos do núcleo central, que o permite desempenhar seu papel avaliativo e pragmático, ou seja, “justificar os julgamentos de valor” e atribuir práticas específicas, são elencados dois:

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

Como complementos indispensáveis ao núcleo central, estão os elementos periféricos, que constituem a interface entre a realidade concreta e o núcleo, por isso são mais acessíveis. (ABRIC, 1998). Dessa forma, ao núcleo central são atribuídas as “características de estabilidade/rigidez/consensualidade e aos elementos periféricos um caráter mutável/flexível/individualizado” (Quadro 2). (SÁ, 1998, p.77).

**Quadro 2.** Comparação entre os sistemas central e periférico

<b>Sistema Central</b>	<b>Sistema Periférico</b>
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração das experiências e histórias individuais
Consensual, define a homogeneidade do grupo	Suporta a heterogeneidade do grupo
Estável, coerente, rígido	Flexível, suporta as contradições
Resistente à mudança	Evolutivo
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Funções: gera a significação da representação e determina sua organização	Funções: permite adaptação à realidade concreta, permite a diferenciação do conteúdo e protege o sistema central

**Fonte:** Adaptado de Abric 1998, p.34.

No que se refere às funções dos elementos periféricos, são descritas três, concretização, regulação e defesa. A primeira função afirma que os “os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade. Eles constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é laborada ou colocada em funcionamento”. (ABRIC, 1998, p.32).

A função de regulação identifica o papel dos elementos periféricos na “adaptação da representação às evoluções do contexto. Então, as informações novas ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação”. A função de defesa aponta os elementos periféricos como protetores da representação, pois o núcleo central é resistente à mudança, assim é “no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições”. (ABRIC, 1998, p.32). Por suas características, o núcleo central garante a estabilidade de uma representação e a transformação “começa sempre pelo sistema periférico, face a modificações introduzidas nas práticas sociais, e pode apresentar diferentes desenvolvimentos e estados finais dependendo de variadas circunstâncias”. (SÁ, 1998, p.77).

Assim, qualquer modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação, então “é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes”. (ABRIC, 1998, p.31). No que se refere à comparação da representação entre dois grupos ou o mesmo em momentos diferentes, Sá (1998) adverte que serão representações diferentes somente se os núcleos centrais forem significativamente diferentes. Caso contrário, trata-se de “estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem”. (SÁ, 1998, p.78).

## 6 CAMINHO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, fundamentado na TRS. Estudos descritivos objetivam explicitar e detalhar características, propriedades ou relações existentes em uma população ou a natureza destas relações entre as características em estudo. (GIL, 2010). O estudo qualitativo busca compreender a lógica interna de um grupo em estudo, bem como revelar processos sociais promovendo a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante uma investigação. (MINAYO, 2007).

### 6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Escola de Enfermagem (EEnf), localizada no Campus da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, em Rio Grande/RS. A EEnf tem como visão:

instituir uma abordagem dinâmica na formulação de modelos assistenciais, educativos, organizativos e estímulo à reflexão ética, para o desenvolvimento de ações e estudos direcionados, prioritariamente, às necessidades de saúde de indivíduos e grupos sociais, inseridos no contexto socioambiental da região. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, [2012?], p.1).

O processo seletivo adotado pela FURG é o Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). O regime de matrícula é efetuado por disciplina, havendo ingresso de 30 discentes a cada semestre. As disciplinas teórico-práticas são desenvolvidas nos turnos da manhã e tarde, sendo as disciplinas básicas alocadas nos semestres iniciais. O discente tem o prazo mínimo de 10 e máximo de 17 semestres para finalizar o curso.

### 6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram os discentes das três séries iniciais e das três séries finais do curso de graduação da EEnf. Com a escolha de discentes das séries iniciais e finais acredita-se poder apreender a interferência das disciplinas teórico-práticas e dos estágios curriculares nas representações sociais desses discentes. Assim, justifica-se a escolha, pois nas três primeiras séries são ofertadas apenas disciplinas básicas e nas três finais, disciplinas teórico-práticas e estágio curricular na rede básica e hospitalar. Foram excluídos os discentes que não aceitaram

o convite e aqueles que faltaram à aula no período da coleta. A concordância foi manifestada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

#### 6.4 COLETA DE DADOS

A decisão acerca das técnicas empregadas para a coleta de dados teve como fundamento a advertência expressa por Abric (1994 apud Oliveira et al. 2005, p.573). Essa refere que “o tipo de informações coletadas, sua qualidade e sua pertinência, determinam diretamente a validade dos resultados e das análises realizadas”. Assim, com o intuito de possibilitar a realização de uma análise criteriosa e obtenção de resultados de qualidade optou-se pela utilização das técnicas de evocação livre e entrevista.

No período de agosto a novembro de 2014 realizou-se a coleta. Primeiramente, aplicou-se um questionário com questões fechadas referentes à situação pessoal e acadêmica, contendo informações referentes ao sexo, faixa etária, estado civil, filhos e cidade de origem (Apêndice C). Após, desenvolveu-se a técnica de evocação ou associação livre, que possibilita a apreensão, de forma rápida e espontânea, das projeções mentais, “revelando conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas”. (OLIVEIRA et al., 2005, p.575). Dessa etapa participaram todos os discentes das três séries iniciais e das três finais, solicitando-os que, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, associassem as primeiras cinco palavras ou expressões vindas à mente e determinassem sua positividade, negatividade ou neutralidade com os sinais +, - ou 0, respectivamente (Apêndice C).

Das entrevistas, agendadas para um momento posterior, participaram aqueles discentes que manifestaram interesse deixando seu contato telefônico com a pesquisadora. Buscou-se alcançar o total de 30 participantes, sendo 15 das séries iniciais e 15 das séries finais. Entre os teóricos das representações sociais, há o consenso de que 30 é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo. (SANTOS; GOMES; OLIVEIRA, 2014). Foi criado um roteiro composto de questões abertas referentes às vivências pré-universitárias com a temática em estudo, bem como sua abordagem ao longo das disciplinas teórico-práticas (Apêndice D). Essas questões possibilitaram apreender a percepção geral, pessoal e acadêmica acerca da VDCM. As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos informantes e posteriormente transcritas. Utilizou-se uma sala privada, localizada na própria EEnf, longe de ruídos e intervenções.

## 6.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizadas quatro técnicas distintas, duas destinadas às evocações e duas, às entrevistas.

### 6.5.1 *Software* Evoc

Para as evocações os dados foram submetidos ao *software* Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations (EVOG), proposto por Pierre Vergès, que adota como critérios a frequência e a ordem de aparição dos termos evocados. (VERGÈS, 2005; SÁ, 2002). Esse identifica a frequência simples e a média ponderada de ocorrência de cada palavra.

Primeiramente, digitou-se em documento do Word as palavras em seu formato original, numerando-as de 1 a 5 de acordo com a ordem de evocação dada pelos participantes. Em seguida, procurou-se homogeneizar as evocações, elaborando-se um dicionário (Apêndice E) Para tanto, criou-se em documento do Word uma tabela com duas colunas. Na coluna da esquerda colocaram-se em ordem alfabética as palavras anteriormente digitadas, na outra procurou-se padronizá-las, por exemplo, as palavras “delegacia da mulher”, “delegacia especializada” e “delegacias da mulher”, passaram a ser designadas por “delegacia-mulher”.

Para finalizar o *corpus* do estudo, foram incluídas as características correspondentes às variáveis previamente codificadas. Para tanto, cada característica recebeu uma numeração. A primeira coluna permite identificar o número do participante, assim o primeiro informante recebe o número 1 (001). A segunda coluna refere-se à série que está sendo cursada, sendo codificada 01 para a inicial e 02 para a final; na terceira coluna o sexo (01 feminino e 02 masculino); quarta coluna a existência de filhos (01 para sim e 02 para não); quinta coluna refere-se a abordagem da temática em disciplinas da graduação, a categorização dessa variável foi efetuada a posteriori, ficando definida como 01 não abordada, 02 disciplina de saúde da mulher e 03 disciplina de epidemiologia. Por exemplo, o primeiro participante, estudante da série final, sexo feminino, sem filhos, não lembrava da abordagem da temática nas disciplinas, com a codificação ficou: 001;02;01;02;01; 1 desrespeito 2 violência-física 3 ilegal 4 caráter 5 medo.

Ao finalizar, o *corpus* foi salvo em arquivo Somente Texto (txt) e submetido ao *software* EVOG. (VERGÈS, 2005; SÁ, 2002). A técnica de Vergès associada à informática constitui um instrumento que facilita a análise da estrutura e organização das Representações

Sociais. (MARQUES; OLIVEIRA; FRANCISCO, 2003). No referido *software*, a partir da frequência mínima escolhida pelo pesquisador, deu-se a construção do quadro de quatro casas que permite identificar o provável núcleo central, os elementos de primeira e segunda periferias e os de contraste. (OLIVEIRA et al., 2005).

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

<p><b>Núcleo Central</b> Fr <math>\geq</math> frequência média Rang <math>&lt;</math></p>	<p><b>1ª Periferia</b> Fr <math>\geq</math> frequência média Rang <math>\geq</math></p>
<p><b>Contraste</b> Fr <math>&lt;</math> frequência média Rang <math>&lt;</math></p>	<p><b>2ª Periferia</b> Fr <math>&lt;</math> frequência média Rang <math>\geq</math></p>

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

### 6.5.2 Análise de Similitude

Com os resultados da etapa anterior, aplicou-se uma segunda técnica, a análise de similitude, proposta por Claude Flament em 1986, que tem por base o cálculo de conexidade entre os elementos da representação. (SÁ, 2002). Essa análise “foi introduzida no campo das representações sociais por Claude Flament [...] tornando-se então a principal técnica de detecção do grau de conexidade dos diversos elementos de uma representação”. (SÁ, 2002, p.126, grifo autor).

Do ponto de vista estrutural de um estudo de representações sociais, a análise de similitude é utilizada para verificar a “quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação”. (SÁ, 2002, p.123).

A grande quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantenha com outros elementos da representação tem sido frequentemente tomado como um segundo indicador, além da saliência, de sua provável participação no núcleo central. (SÁ, 2002, p.123).

Para tanto, com os termos constantes no quadro de quatro casas, verificou-se as coocorrências possíveis e procedeu-se ao cálculo do índice de similitude, a partir do qual foi elaborada a árvore máxima. Para tanto, retomou-se o *corpus* original e verificou-se a

ocorrência de duas ou mais palavras entre as evocadas pelos participantes (Figura 2). A partir dessa etapa, criou-se um novo *corpus*, apenas com os participantes que evocaram dois ou mais termos do quadro de quatro casas. Com esse *corpus* computaram-se as coocorrências possíveis e procedeu-se ao cálculo do índice de similitude (Apêndice F).

**Figura 2.** Exemplo de quadro com a ocorrência de dois ou mais termos constantes no quadro de quatro casas a partir de termos hipoteticamente evocados

EVOCAÇÕES	Participantes que evocaram dois ou mais termos constantes no quadro de quatro casas					
	003	007	008	009	015	019
Abuso	1		1	1	1	1
Agressão física		1	1	1	1	
Medo	1	1	1		1	1
Raiva	1					
Pena			1		1	1

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

O cálculo é realizado com o número de coocorrências (abuso e agressão física, evocadas juntas cinco vezes) dividido pelo número de participantes envolvidos na análise, ou seja, somente aqueles que evocaram os termos constantes no quadro de quatro casas (Figura 3). (PECORA, 2007). A partir dos resultados constrói-se a árvore máxima, uma forma gráfica para sintetizar o conjunto de conexões existentes entre os elementos da representação. (PECORA, 2007). Para a construção, parte-se das ligações com maiores índices de similitude, assim, une-se palavra a palavra, até que todos os termos constem na árvore. Essa não forma ciclos, caso ocorra, deve-se ignorar a relação e procurar, na sequência, outra conexão. (PECORA, 2007).

**Figura 3.** Exemplo de quadro de coocorrências para cálculo do índice de similitude a partir de termos hipoteticamente evocados

EVOCAÇÕES	Abuso	Agressão-física	Medo	Raiva	Pena
Abuso		0,032			
Agressão física	3				
Medo	1	6			
Raiva	3	4	8		
Pena	6	2	1	5	

Ex.: Abuso e Agressão-física

Foram evocadas 3 vezes.

O total de participantes é 200 e desta análise participaram 91.

Logo, “3/91=0,032” Índice de similitude = 0,032
---

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

### 6.5.3 Análise de Conteúdo

Utilizou-se a análise de contexto proposta por Bardin (2011) para o tratamento das entrevistas. Segundo essa autora uma “unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro”. (BARDIN, 2011, p.25).

Assim, selecionaram-se algumas frases que continham as palavras que compõem o quadro de quatro casas, procurando-se retratar o contexto em que foram verbalizadas pelos entrevistados.

### 6.5.4 *Software* Alceste

Utilizou-se o *software* Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE), proposto por Max Reinert em 1979, que permite uma análise lexical de conteúdo, através de técnicas que possibilitam a “comparação dos perfis lexicais, expressos pelas distribuições relativas das ocorrências lexicais”. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005, p.1-2).

O ALCESTE é um programa pago, com licença para três anos, por isso deve ser instalado no computador em que serão inseridos os dados e só é permitido o acesso mediante o uso da chave, que consiste em um *pendrive* inserido em uma porta de acesso USB do computador. A empresa *Targetware* criou um manual em português, no formato .pdf, com os passos para instalação, preparo do material a ser analisado e os passos para o uso do programa. (TARGETWARE INFORMÁTICA LTDA, 2010).

É possível realizar a análise automática de entrevistas, artigos de revistas, obras literárias e outros materiais. No entanto, para que se tenha uma qualidade da análise é necessário que o material em estudo tenha coerência temática e volume, para que o elemento estatístico seja considerado. Dessa forma, “o Alceste visa dar, muito rapidamente, uma visão global sobre uma documentação volumosa cuja análise seria muito longa e exaustiva para ser realizada de modo manual”. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005, p.2).

O funcionamento do Alceste tem por base os enunciados das falas, ou seja, a frase ou uma proposição nas quais são emitidos pensamentos ou ideias dos informantes do estudo. São desnecessárias e quando presentes são excluídas pelo próprio *software* as “palavras-ferramentas”, quais sejam, preposições, sufixos, conjunções, pronomes, artigos, e plural. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005, p.2). Por outro lado, o programa considera as palavras que possuem sentido, ou seja, as “palavras-cheias”, que são verbos, adjetivos, substantivos, e as “formas-reduzidas”, que são aquelas, por exemplo, de que foram retirados os sufixos. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005, p.2).

Para a correta utilização do Alceste, as entrevistas devem ser previamente preparadas e agrupadas em um único arquivo. Destacando que cada entrevista, ou outro material a ser analisado, corresponde a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), que juntas formam um *corpus* de análise. (CAMARGO, 2005). Quando a fonte de dados for entrevista, recomenda-se de 20 a 30 UCIs, desde que o grupo seja homogêneo e as falas, extensas. Para estudos comparativos entre grupos, recomenda-se o mínimo de 20 UCIs em cada um deles. (CAMARGO, 2005).

O *corpus*, para ser analisado pelo Alceste, deve ter aproximadamente 1000 linhas; se cada uma tiver 70 caracteres, o texto terá 70.000, o que equivale a 20 páginas em fonte Courier, tamanho 10 e espaçamento simples. (CAMARGO, 2005). Dentro desse *corpus*, as UCIs (cada entrevista) são separadas por uma linha de comando, intitulada de linha com asteriscos, que identifica o participante e algumas características selecionadas pelo pesquisador. (CAMARGO, 2005). A partir da identificação das UCIs, o Alceste divide o texto em Unidades de Contexto Elementar (UCEs), que na maioria das vezes são compostas por três linhas de texto, variando de acordo com o tamanho do *corpus* e a pontuação. (CAMARGO, 2005). Esse *corpus* exige um preparo prévio por parte do pesquisador, antes de inseri-lo no programa. A seguir apresentam-se as regras, exemplificadas por este estudo, para facilitar a compreensão:

- Categorizar as características pessoais dos entrevistados.

Ex.: idade 17 a 23 anos = id\_1

idade 24 a 50 anos = id\_2

- Separar as UCIs por uma linha do comando, formada por quatro asteriscos (\*) sem espaço entre eles, adicionar um espaço, um asterisco, abreviatura da característica, um *underline* seguido pelo código estabelecido para a categoria, outro espaço, um asterisco, abreviatura da

segunda característica seguida de *underline* e o código correspondente, e assim consecutivamente, conforme o quantitativo de características selecionadas pelo pesquisador.

EX.: \*\*\*\* \*ind\_001 \*ser\_2 \*id\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*ev\_1 \*dis\_1

\*ind\_001 = entrevistado número 1

\*ser\_2 = série final

\*id\_2 = idade entre 24-50anos

\*sex\_1 = Sexo feminino

\*fil\_2 = não tem filhos

\*ev\_1 = participou de evento sobre VDCM

\*dis\_1 = não cursou disciplina que abordasse VDCM

- Após a linha de comando teclar um *enter* e sem linha em branco inserir a entrevista correspondente ao informante descrito.
- Colocar todas as UCIs (entrevistas) em um arquivo do Word, com nome curto e sem espaços em branco entre as letras.
- Fazer a leitura das UCIs, padronizando os termos sinônimos. Recomenda-se criar separadamente, em um arquivo do Word, um dicionário de palavras compostas e padronizadas (Apêndice G), substituindo-as no *corpus*.

Palavra original	Palavra padronizada
Delegacia da mulher	Delegacia_da_mulher
Delegacias da mulher	
Delegacia especializada para a mulher	
Violência física	Violência_física
Agressão física	
Agressões físicas	
Soco, tapa, chute	
Violência doméstica	Violência_mulher
Violência doméstica contra a mulher	
Violência contra a mulher	
Violência	

- Os termos compostos e aqueles que o pesquisador deseja que sejam analisados como uma única palavra devem ser ligados por um *underline* ( \_ ).

EX.: *violência\_doméstica\_contra\_a\_mulher*

*Delegacia\_da\_mulher*

- A fala produzida pelo entrevistador (pergunta ou explicações) deve ser suprimida do *corpus* ou colocada em letras maiúsculas, nas respostas dos informantes nenhuma palavra poderá estar inteiramente em maiúscula, exceto no início da fala.
- As siglas devem ser colocadas em minúscula (dst, onu, oms) ou padronizá-las sempre por extenso.
- Os números devem ser escritos por extenso.

EX.: *Quando eu tinha uns quinze ou dezesseis anos...*

- Observar para que a pergunta não seja muito extensa, atentando para no máximo duas linhas.

EX.: \*\*\*\* \*ind\_008 \*ser\_2 \*id\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*ev\_1 \*dis\_1

PARA VOCÊ O QUE SIGNIFICA VDCM?

*Violência doméstica contra a mulher significa desde a mulher que é...*

- Preparar as falas de forma culta, fazendo a correção linguística para impedir que erros, principalmente de digitação, levem à interpretação de palavras diferentes.
- Atentar para os vícios de linguagem e as expressões coloquiais, excluindo-os: aí, daí, a gente, né, então, tá, tava, entre outros.
- Nas expressões que necessitam de hífen, esse deve ser substituído por *underline*.

EX.: *Eu não tive capacidade de orientá\_la.*

- Deve-se suprimir de todo o *corpus* os caracteres como aspas (“ ”), percentagem (%), cifrão (\$), hífen (-), asterisco, exceto da linha de comando (\*).
- Evitar respostas monossilábicas, como “sim”, “não” e aquelas muito curtas, uma vez que para o programa analisar as falas do entrevistado é necessário verificar se a pergunta está contida na resposta.

EX.: *EM SEU AMBIENTE\_FAMILIAR VOCÊ JÁ ENFRENTOU....?*

*No ambiente\_familiar eu já vi situação .....*

- Salvar o arquivo em uma pasta, com data e nome, exclusiva para a análise Alceste, em formato Word, após salvar esse mesmo arquivo também em formato “somente texto com quebra de linha” (txt), ambos nomeados sem espaço (violênciacontramulher.txt).
  - Após o preparo do *corpus*, esse é submetido ao programa, que desenvolve as quatro etapas de análise Alceste, sendo cada uma delas subdividida em diferentes operações.
  - Etapa A – Leitura do texto e cálculo dos dicionários: são identificadas as unidades de contexto intermediárias (UCIs), segmentando o texto para agrupar as palavras pelas raízes, calculando então a frequência das mesmas.

A1 – Reformatação e divisão do texto em segmentos de tamanho similar (unidades de contexto elementar – UCEs)

A2 – Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (formas reduzidas)

A3 – Criação do dicionário de formas reduzidas

- Etapa B – Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs: visa obter classes de UCEs que tenham vocabulário semelhante entre si diferente das UCEs das outras classes. Para tanto, o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de associação das formas reduzidas e das UCEs às classes é utilizado.

B1 – Seleção das UCEs a serem consideradas e cálculo da matriz formas reduzidas x UCEs

B2 – Cálculo das matrizes de dados para Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

B3 – Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

- Etapa C – Descrição das classes de UCEs: relações entre as classes.

C1 – Definição das classes escolhidas

C2 – Descrição das classes

C3 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

- Etapa D – Cálculos Complementares: é um prolongamento da etapa C, fornecendo as UCEs mais características de cada classe, possibilitando a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na operação C2.

D1 – Seleção das UCEs mais características de cada classe

D2 – Pesquisa dos segmentos repetidos por classe

D3 – Classificação Hierárquica Ascendente (CHA): constrói uma matriz de formas associadas a uma mesma classe X UCEs da classe associada.

D4 – Seleção das palavras mais características das classes para apresentação em um *index* de contexto de ocorrência

D5 – Exportação para outros programas de *sub-corpus* de UCEs por classe.

As UCEs compõem cada classe criada pela análise, segundo a classificação gerada pela distribuição do vocabulário. O número de classes geradas não significa, na maioria das vezes, que é o número de representações sociais. O que vai definir se elas indicam representações sociais ou apenas uma representação social é o seu conteúdo, e sua relação com fatores ligados ao plano geral de cada pesquisa, geralmente expresso na seleção diferenciada dos participantes segundo sua filiação grupal, suas práticas sociais anteriores, etc. (CAMARGO, 2005).

## 6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou as prerrogativas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) sob nº 109/2014 (Anexo 1). Por um período de cinco anos, todo o material coletado será guardado em envelope lacrado aos cuidados da pesquisadora, nos arquivos do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade da Escola de Enfermagem da FURG.

## 7 RESULTADOS

Inicialmente, caracteriza-se o perfil dos participantes da pesquisa, após apresenta-se uma síntese da descrição dos resultados obtidos por meio do *software* EVOC e análise de similitude. Em seguida, descrevem-se os resultados obtidos a partir do *software* ALCESTE e uma breve apresentação das classes. Finaliza-se com a inclusão de três artigos.

O primeiro artigo intitula-se “Representação da violência doméstica: comparação entre discentes de enfermagem”. Nele comparam-se o conteúdo e a estrutura da referida representação entre discentes das três séries iniciais e três finais, buscando-se nas entrevistas compreender os contextos em que os termos constantes dos quadros de quatro casas foram utilizados.

O segundo artigo, intitulado “Conteúdos representacionais da violência doméstica contra a mulher entre discentes de enfermagem”, refere-se ao contato com a temática nos períodos pré e universitário, elaborado a partir da classe 1, gerada pelo *software* ALCESTE.

O terceiro artigo, “(Des)preparo profissional para o cuidado às vítimas de violência doméstica: estudo fundamentado nas representações sociais”, retrata os conteúdos representacionais da VDCM entre discentes de enfermagem, construído a partir da análise da classe 3, gerada pelo *software* ALCESTE.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 132 discentes de enfermagem, sendo 71 das séries iniciais e 61, das finais (Tabela 1). Essa diferença justifica-se, possivelmente, pelas reprovações ou evasões. Um estudo realizado na FURG evidencia que um dos principais motivos para a evasão é a falta de identificação dos discentes com a profissão. Isso ocorre principalmente a partir da terceira série, quando começam a desenvolver as atividades práticas do cotidiano de trabalho do enfermeiro. (BARLEM et al., 2012). Das entrevistas, participaram 33 discentes, dos quais 16 eram das séries iniciais e 17, das finais.

**Tabela 1.** Distribuição de discentes segundo as séries iniciais ou finais, sexo, faixa etária, estado civil, filhos e cidade de origem. Rio Grande/RS, 2014

Variáveis	INICIAIS		FINAIS	
	N(71)	%	N(61)	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	62	87,3	56	91,8
Masculino	9	12,7	5	8,2
<b>Faixa etária</b>				
17 a 20 anos	31	43,7		
21 a 30 anos	25	35,2	53	86,8
31 a 40 anos	11	15,5	8	13,1
41 a 50 anos	4	5,6		
<b>Estado civil</b>				
Com companheiro	42	59,2	41	67,2
Sem companheiro	29	40,8	20	32,8
<b>Filhos</b>				
Com filhos	13	18,3	6	9,8
Sem filhos	58	81,7	55	90,2
<b>Cidade de origem</b>				
Rio Grande	49	69,0	35	57,4
Outra	22	31,0	26	42,6

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A maioria dos discentes era do sexo feminino, motivo pelo qual, em todos os resultados, essa forma de tratamento é adotada. Nas séries iniciais houve mais discentes do sexo masculino do que nas finais. A idade variava de 17 a 50 anos entre as discentes das séries iniciais, predominando a faixa dos 17 aos 20 anos (43,7%), e de 21 a 40 anos entre as das séries finais, com 86,8% situando-se na faixa de 21 a 30 anos (Tabela 1). Uma pesquisa realizada na FURG, com o objetivo de analisar a satisfação com a experiência acadêmica e sua relação com as variáveis sociodemográficas, também identificou que a maioria das discentes era do sexo feminino, tinha média de 24,7 anos de idade nas séries iniciais e de 25,1 anos nas séries finais. (RAMOS et al., 2015).

Neste estudo, a maioria das discentes possuía companheiro, não tinha filhos e era procedente do Município do Rio Grande (Tabela 1). Quanto à possibilidade de ter concluído outro curso de graduação (Tabela 2), oito discentes afirmaram positivamente, citando os cursos de direito, fisioterapia, administração, administração de empresas, letras/português, pedagogia (dois discentes) e sistemas para Internet. Dessas discentes, cinco eram das séries iniciais e três, das finais. A maioria das discentes não exercia atividade profissional, no entanto 12 das séries iniciais e 15 das finais eram técnicas de enfermagem (19), auxiliares de enfermagem (3), cuidadora de idoso, garçonete, policial militar, motorista e manicure.

No que se refere às atividades de monitoria ou bolsa remunerada, 52 discentes das séries iniciais não as desenvolviam, enquanto que a maioria (45) das discentes das séries finais afirmaram positivamente. A participação de discentes em atividades extracurriculares foi verificada em um estudo sobre a satisfação com a experiência acadêmica, em que a maioria das discentes declarou receber bolsa de ensino, pesquisa ou extensão. (RAMOS et al., 2015).

**Tabela 2.** Distribuição de discentes segundo a série inicial ou final, outra graduação, atividade profissional, monitoria ou bolsa, participação em evento e em disciplinas que abordaram a temática. Rio Grande/RS, 2014

Variáveis	INICIAIS		FINAIS	
	N(71)	%	N(61)	%
<b>Outra graduação</b>				
Sim	5	7,1	3	4,9
Não	66	92,9	58	95,1
<b>Atividade Profissional</b>				
Sim	12	16,9	15	24,6
Não	59	83,1	46	75,4
<b>Atividade de monitoria/bolsa</b>				
Sim	19	26,8	45	73,8
Não	52	73,2	16	26,2
<b>Participação em evento sobre VDCM</b>				
Sim	6	12,7	10	16,4
Não	65	87,3	51	83,6
<b>Participou de alguma disciplina que abordou VDCM</b>				
Sim	10	14,1	28	45,9
Não	61	85,9	33	54,1

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Grande parte das integrantes do estudo não participou de eventos científicos relacionados à VDCM, bem como de disciplinas que abordaram essa temática. Por outro lado, as discentes que afirmaram positivamente elencaram a disciplina de saúde da mulher, seguida da psicologia, saúde mental, semiologia, saúde ambiental, epidemiologia e estágio supervisionado na rede básica.

## 7.2 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO *SOFTWARE* EVOC E DA ANÁLISE DE SIMILITUDE

Pelo *software* EVOC, constrói-se o quadro de quatro casas que permite identificar o provável núcleo central, os elementos de primeira e segunda periferias e os de contraste. (OLIVEIRA et al., 2005). O núcleo central localiza-se no quadrante superior esquerdo, nele situam-se as palavras que se destacaram em relação à alta frequência e ordem de evocação. (OLIVEIRA et al., 2005), ou seja, as palavras constantes neste quadrante possuem frequência igual ou superior à frequência média e um valor de *Rang* (posição em que a palavra foi evocada pelo participante) menor ou igual ao *Rang* estabelecido pelo EVOC. Neste quadrante estão os termos mais significativos para os participantes.

Nos quadrantes superior e inferior direito localizam-se os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente. As palavras constantes na primeira periferia possuem frequência maior ou igual à frequência média e *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC. São os elementos periféricos que “estabelecem a interface entre o núcleo central e a realidade concreta na qual são elaboradas e funcionam as representações”. (OLIVEIRA et al., 2005, p.591).

As palavras da segunda periferia possuem baixa frequência e ordem de evocação mais distantes da primeira posição (OLIVEIRA et al., 2005), ou seja, elas possuem uma frequência menor que a frequência média e *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC. Por fim, no quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos de contraste que possuem uma frequência menor que a média e um *Rang* menor que o estabelecido pelo EVOC.

Assim sendo, a partir das evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, preparou-se o *corpus* conforme os princípios exigidos pelo *software* EVOC, já explicitados no caminho metodológico (item 6.5.1). No programa, pela frequência mínima calculada pelo pesquisador, foi construído o quadro de quatro casas geral da representação da VDCM entre discentes de enfermagem (Quadro 3). O *corpus* formado pelas evocações das discentes de enfermagem totalizou 658 palavras, sendo 134 diferentes. A média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi três, a frequência mínima, 15 e a frequência média, 23.

**Quadro 3.** Análise geral da representação social da VDCM entre discentes de enfermagem. Rio Grande/RS, 2014

O.M.E.		< 3		≥ 3		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 23	Covardia (-)	29	2,138	Medo (-)	40	3,175
	Desrespeito (-)	28	2,464	Submissão (-)	23	3,130
	Violência (-)	27	1,889			
	Violência-física (-)	26	2,577			
	Dor (-)	24	2,167			
< 23	Sufrimento (-)	22	2,727	Vergonha (-)	15	3,333
	Tristeza (-)	19	2,632			
	Machismo (-)	17	3,000			
	Crime (-)	15	2,533			
	Impunidade (-)	15	2,733			
	Maria-penha (+)	15	2,933			

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A principal característica do núcleo central é ser mais resistente a mudanças, bem como unificar e estabilizar a representação. Nele, existem elementos funcionais e normativos que lhe possibilitam desempenhar o papel avaliativo e pragmático, justificando os julgamentos de valor e direcionando as práticas específicas. (ABRIC, 2003). Dessa forma, associados à caracterização descritiva e à inserção do objeto em estudo nas práticas sociais, identificam-se os elementos funcionais *violência* e *violência-física*. Quanto aos elementos normativos, verificaram-se *covardia* e *desrespeito*, originados do sistema de valores dos indivíduos; esses “determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto”. (ABRIC, 2003, p.41).

Ainda referente ao núcleo central, verificou-se a presença das dimensões formadoras de uma representação social, o conceito, imagem e atitude. (PASCHOAL et al., 2014). Assim, a dimensão atitudinal é verificada pelo julgamento da VDCM como uma *covardia* e *desrespeito*. O conceito que as discentes tinham sobre a VDCM é expresso pelos termos *violência* e *violência-física*, a qual evidencia também a dimensão imagética, demonstrando que as participantes destacaram essa forma de VDCM das demais. Os termos *dor* e *sofrimento* caracterizam a esfera subjetiva da representação, como sentimentos desencadeados pela ocorrência da VDCM.

Verifica-se que as discentes de enfermagem possuíam uma representação estruturada, cujo núcleo central contém imagem, conceito e atitude. Ainda, trata-se de uma representação social com conotação negativa, uma vez que todos os elementos que compõem o núcleo central foram determinados pelas participantes como negativos. No núcleo é possível identificar o conhecimento do senso comum por meio dos sentimentos e atitudes, bem como o

conhecimento reificado adquirido ao longo do curso, uma vez que as discentes reconheceram que existem outras formas de violência, além da física, comumente abordada pela mídia.

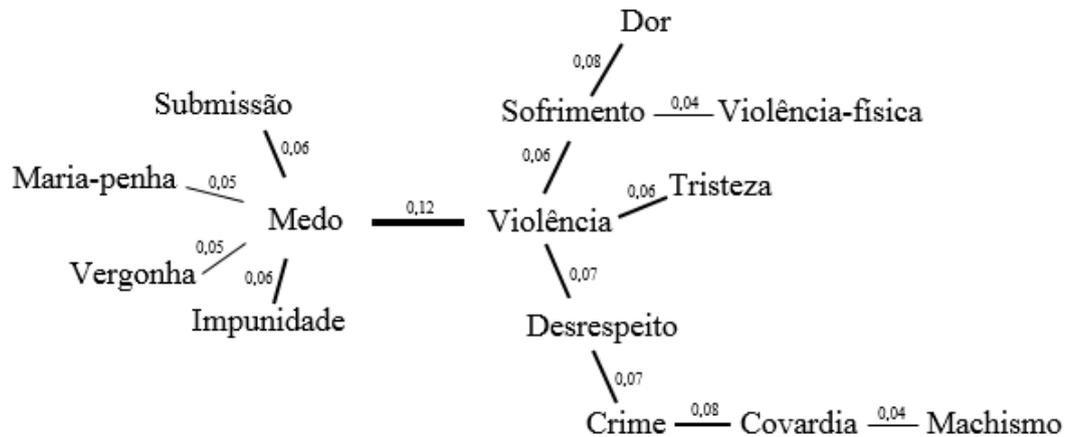
A primeira periferia é formada pelos termos *medo* e *submissão*. Esses são sentimentos veiculados pela mídia como inibidores da denúncia, que levam a mulher a manter o relacionamento com o agressor. No que se refere ao termo *submissão*, as discentes de enfermagem o qualificaram como negativo, podendo contribuir para a continuidade da VDCM. Na segunda periferia o termo *vergonha* evocado pelas discentes de enfermagem pode se referir a mais um sentimento que inibe as vítimas de procurarem por apoio ou denunciarem seus agressores.

Identificaram-se na zona de contraste os termos *sofrimento*, *tristeza*, *machismo*, *crime*, *impunidade* e *maria-penha*. Os dois primeiros reforçam a esfera sentimental, presente também na primeira periferia. A dimensão atitudinal evidenciada pelas palavras *machismo*, *crime* e *impunidade* reforça os termos *covardia* e *desrespeito* no núcleo central. Enfatiza-se o conhecimento reificado evidenciado pela representação da VDCM nos termos *impunidade*, *crime* e *maria-penha*. Destaca-se que, pelo termo *maria-penha*, único determinado positivamente em toda a representação, pode-se inferir a existência de um subgrupo das discentes de enfermagem, possivelmente aquele das séries finais, por terem discutido a lei, representando assim a VDCM no respaldo legal que as vítimas possuem para romper com o ciclo da violência.

Devido à alta frequência com que foram evocados, alguns elementos constantes na periferia da representação podem ser considerados centrais. (PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014). Desse modo, vem sendo utilizado, de forma complementar, um segundo indicador de centralidade, a análise de similitude que verifica a “quantidade de laços ou conexões que um dado elemento mantém com outros elementos da representação”. (SÁ, 2002, p.123).

Para a análise de similitude, seguiram-se os passos já explicitados no item 6.5.2 do caminho metodológico. Com os resultados dos índices de coocorrências, constrói-se a árvore máxima para expor as conexões existentes entre os termos evocados pelas discentes. Para essa construção, parte-se das ligações com maiores índices, até que todos os termos estejam na árvore, sem que forme ciclos (Figura 4).

**Figura 4.** Árvore máxima de similitude das evocações das discentes de enfermagem acerca da VDCM. Rio Grande/RS, 2014



**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Verificando o grau de conexões dos elementos identificados como participantes da representação analisada, a árvore máxima (Figura 4) aponta como conexão mais forte (0,12) a existente entre os termos *violência* e *medo*, sendo então os organizadores dos demais elementos da representação. O termo que mais estabeleceu conexões foi *violência*, identificado como central no quadro de quatro casas. A palavra *medo*, presente na primeira periferia do quadro de quatro casas, pela análise de similitude pode ser considerada um elemento central.

Conectados ao termo *violência* verifica-se a dimensão atitudinal da representação das discentes acerca da VDCM, evidenciada pelas palavras *desrespeito*, *crime*, *covardia* e *machismo*. Observa-se a esfera sentimental através do termo *tristeza*, que pode estar associado à discente em relação à VDCM ou ao reconhecimento de um sentimento da vítima. Os termos *sofrimento* e *dor* possivelmente indicam consequências da *violência* para a vítima, por outro lado, *violência-física*, com baixo grau de conexidade, pode ser considerada causadora do sofrimento.

No lado oposto ao termo *violência* encontra-se a esfera sentimental, identificada pelo elemento *medo*, o qual mantém conexidade com *submissão*, *vergonha*, *maria-penha* e *impunidade*. Movidas pelo medo, vergonha e submissão, as vítimas podem ter dificuldade de romper com os atos violentos, deixando de buscar seus direitos e, conseqüentemente, deixando o agressor impune.

O programa EVOC possui uma função chamada SELEVOC, que permite selecionar os *corpus* formados com as evocações das discentes das séries iniciais e das finais. Dessa forma, é possível comparar a representação social da VDCM dessas informantes (Quadro 4 e 5).

O *corpus* formado com as evocações das estudantes das séries iniciais totalizou 358 palavras, sendo 101 diferentes. A média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi 2.9, a frequência mínima, 5 e a frequência média, 11.

**Quadro 4.** Estrutura da representação social das discentes de enfermagem das séries iniciais acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2014

O.M.E.		< 2.9		≥ 2.9		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 11	Violência	16	2,125	Medo	19	3,000
	Covardia	16	2,188	Sufrimento	17	3,000
	Dor	15	2,333	Maria-penha	11	3,000
	Desrespeito	15	2,467			
	Tristeza	12	2,583			
< 11	Violência-física	9	2,333	Crime	10	3,000
	Impunidade	9	2,778	Machismo	9	3,000
	Abuso	7	1,571	Vergonha	9	3,556
	Agressor	5	2,600	Submissão	7	3,429
	Agressividade	5	2,600	Violência-psicológica	6	3,500
				Dependência-financeira	6	3,833

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

As evocações das discentes de enfermagem das séries finais formaram um *corpus* com 300 palavras, sendo 91 diferentes. A média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi 2.9, a frequência mínima, 4 e a frequência média, 8.

**Quadro 5.** Estrutura da representação social das discentes de enfermagem das séries finais acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2014

O.M.E.		< 2.9		≥ 2.9		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 8	Violência-física	17	2,706	Medo	21	3,333
	Covardia	13	2,077	Submissão	16	3,000
	Desrespeito	13	2,462	Raiva	10	3,600
	Violência	11	1,545	Machismo	8	3,000
	Dor	9	1,889			
< 8	Tristeza	7	2,714	Vergonha	6	3,000
	Violência-verbal	6	2,333	Humilhação	6	3,333
	Impunidade	6	2,667	Violência-psicológica	6	3,500
	Crime	5	1,600	Omissão	5	3,200
	Sufrimento	5	1,800	Punição	4	3,000
	Agressor	5	2,600	Rede-apoio	4	3,000
	Abuso	4	2,000	Opressão	4	3,250
	Maria-penha	4	2,750	Prisão	4	3,500

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A interpretação e discussão da análise apresentada nos Quadros 4 e 5, referentes às discentes de enfermagem das séries iniciais e finais, respectivamente, encontra-se no artigo 1, (item 7.4).

### 7.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DO *SOFTWARE* ALCESTE

O *corpus* analisado por meio do *software* Alceste é composto por 33 Unidades de Contexto Inicial (UCIs), que correspondem ao número de entrevistas realizadas. O aproveitamento é de 81%, totalizando 43.693 palavras, das quais 3.755 são palavras diferentes ou formas distintas e 720, formas reduzidas.

O Alceste dividiu o *corpus* em 800 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), sendo 29 o número de ocorrências para definir uma UCE. Essas unidades estão distribuídas em seis classes temáticas, conforme ilustrado na Figura 5.

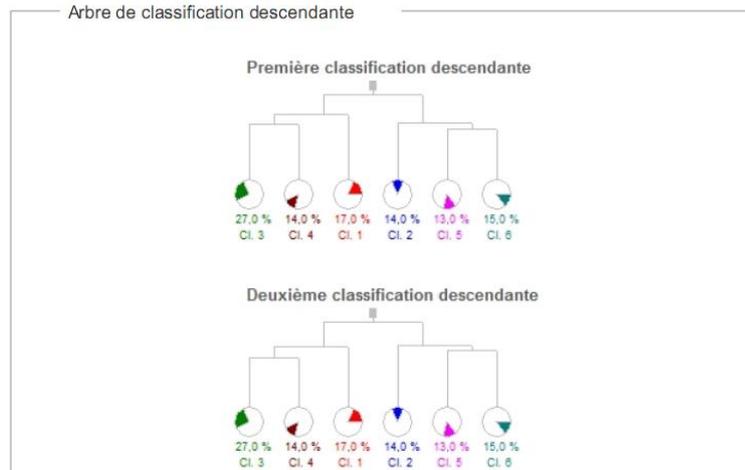
**Figura 5.** Distribuição das UCEs em classes da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Para a formação das classes, o *software* ALCESTE realiza dupla Classificação Hierárquica Descendente (CHD) a fim de comprovar a estabilidade das divisões binárias. Essa estabilidade pode ser verificada na Figura 6, a qual evidencia semelhança entre elas.

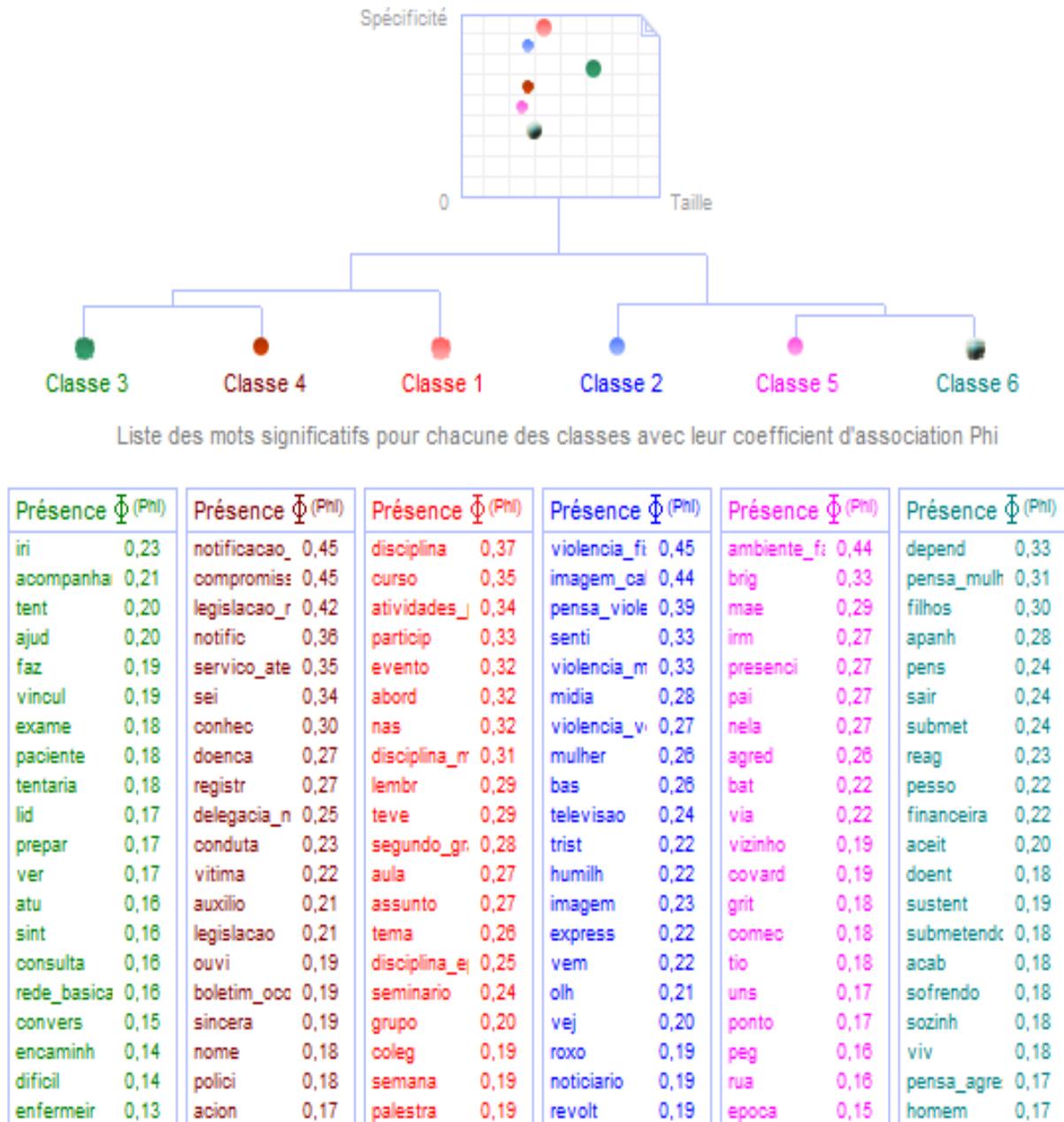
**Figura 6.** Dupla Classificação Hierárquica Descendente das classes da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Apresentam-se na Figura 7 a CHD e as palavras mais significativas para cada uma das seis classes. Verifica-se, em um primeiro momento, que o *corpus* divide-se em dois grandes eixos. O eixo um formado pelas classes 1, 3 e 4 possui uma relação de oposição ao eixo 2, formado pelas classes 2, 5 e 6. A seguir, o eixo 1 forma a classe 1, que possui uma relação de oposição com as classes 3 e 4; essas possuem relação entre si, primeiro de complementariedade e depois de oposição. Da mesma forma, o eixo 2 forma a classe 2, que tem uma relação de oposição às classes 5 e 6, as quais têm, inicialmente, uma relação de complementariedade e depois de oposição.

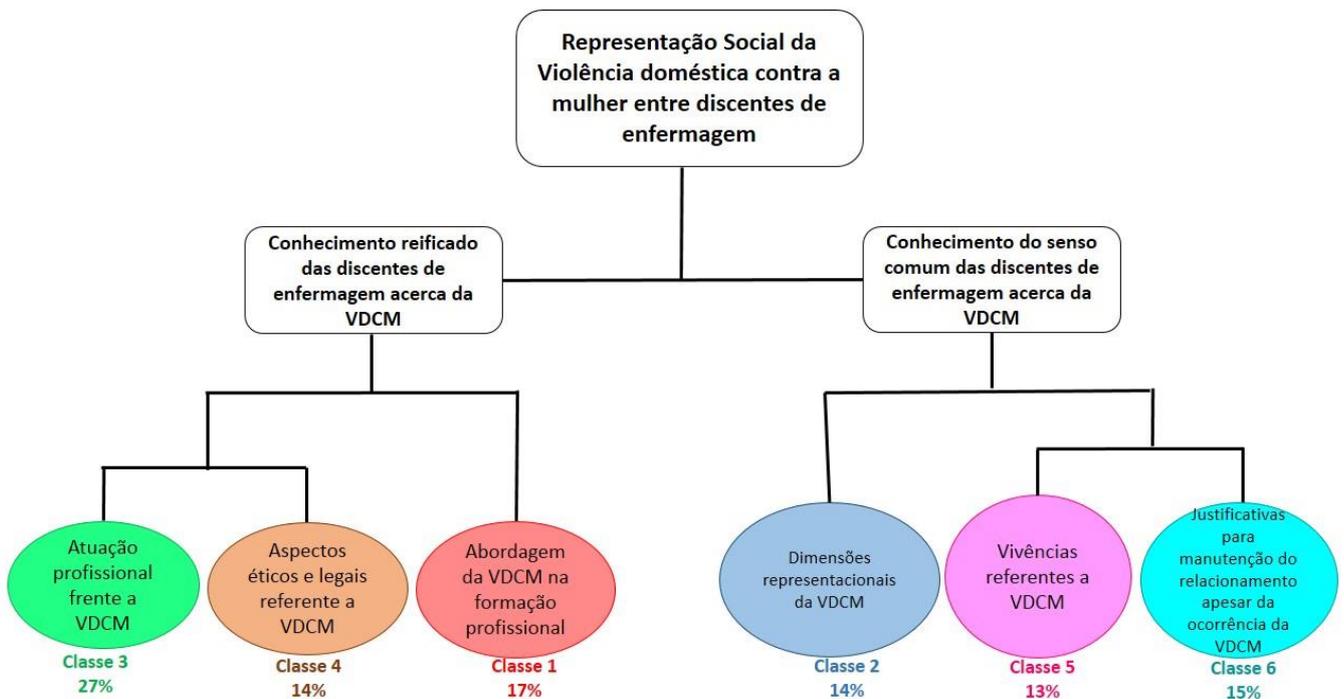
**Figura 7.** Dupla Classificação Hierárquica Descendente das classes da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Na Figura 7 é possível observar também as formas reduzidas que mais representam cada classe, ou seja, que estão estatisticamente associadas às classes. Após interpretação da relação e significado dos eixos e classes, buscou-se nomeá-los para melhor compreensão (Figura 8).

**Figura 8.** Nomeação dos eixos e classes da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Verifica-se que os dois grandes eixos referem-se ao conhecimento reificado e do senso comum, respectivamente. Dessa forma, o primeiro eixo trata da abordagem da VDCM durante a formação profissional, da atuação frente à VDCM, bem como dos aspectos éticos e legais referentes à violência. O segundo eixo traz as dimensões representacionais da VDCM, as vivências e as justificativas para a manutenção do relacionamento apesar da ocorrência da VDCM. A seguir apresenta-se uma breve descrição das seis classes.

### 7.3.1 Conhecimento reificado das discentes de enfermagem acerca da VDCM: eixo 1

O eixo é formado pelas classes 1, 3 e 4, intituladas, respectivamente, abordagem da VDCM na formação profissional, atuação profissional frente à VDCM e aspectos éticos e legais referentes à VDCM. A seguir, apresenta-se cada uma delas.

*Abordagem da VDCM na formação profissional: classe 1*

A classe 1 é composta por 138 UCEs, correspondendo a 17% do *corpus*. Essa classe possui 122 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação conforme a Tabela 3, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , esse indica o quanto uma forma reduzida está estatisticamente associada à classe, ou seja, quanto maior o valor, maior será seu significado na classe. Verifica-se também as formas completas que correspondem às formas reduzidas.

Nessa classe a variável série inicial ou final não está associada estatisticamente, no entanto das sete entrevistas relacionadas, cinco referem-se a discentes das séries finais, as quais já tiveram contato com os conteúdos referentes à VDCM durante o curso. A faixa etária dos 17 aos 23 anos, que corresponde às discentes de enfermagem mais jovens, e a participação em atividades extracurriculares também estão associadas à classe 1.

**Tabela 3.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 1 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Disciplina	Disciplina(16) Disciplinas(18)	115
Curso	Curso(29) Cursos(6)	99
Atividades-práticas	Atividades_práticas(23)	95
Particip	Participado(1) Participar(11) Participei(14)	90
Evento	Evento(15) Eventos(4)	87
Abord	Aborda(1) Abordada(3) Abordado(15) Abordagem(4) Abordamos(1) Abordar(2)	86
Disciplina_mulher	Disciplina_mulher(19)	81
Lembr	Lembrada(1) Lembrando(1) Lembrar(2) Lembre(9) Lembro(46)	72
Segundo_grau	Segundo_grau(22)	63
Aula	Aula(16) Aulas(3)	61
Assunto	Assunto(23) Assuntos(2)	60
Tema	Tema(15) Temas(4)	58
Disciplina-epidemio	Disciplina_epidemio(12)	52
Seminário	Seminário(9) Seminários(2)	47
Grupo	Grupo(9) Grupos(1)	33
Coleg	Colega(4) Colegas(4) Colégio(8)	30
Palestra	Palestra(9) Palestras(1)	29
Semana	Semana(6) Semanas(1)	29
Faculdade	Faculdade(16)	28
Ensin	Ensino(7) Ensinou(1)	23
Troux	Trouxe(7) Trouxeram(3)	23

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

As formas reduzidas expostas acima permitem uma interpretação preliminar dos conteúdos que compõem a classe 1. Observa-se que as discentes de enfermagem relataram a abordagem da VDCM durante o ensino médio e superior. Nesses, citaram algumas disciplinas que abordam a temática, como saúde da mulher e epidemiologia, bem como atividades práticas em estágios curriculares. Ainda, as discentes de enfermagem relataram a abordagem extraclasse da VDCM, como, por exemplo em eventos, palestras, seminários e até mesmo em conversas com colegas de aula. A partir da classe 1 construiu-se o segundo artigo (item 7.5).

#### *Atuação profissional frente à VDCM: classe 3*

A classe 3 é composta por 212 UCEs, correspondendo a 27% do *corpus*. Essa classe possui 168 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , conforme a Tabela 4. Nessa é possível verificar também as formas completas que correspondem às formas reduzidas.

A variável séries finais está estatisticamente associada a essa classe, contemplando cinco das seis entrevistas que a compõem, bem como as variáveis maior faixa etária, presença de filhos e a disciplina de saúde da mulher, que abordou a temática da VDCM durante a graduação.

**Tabela 4.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 3 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Iri	Iria(24) Iriam(1)	43
Acompanhamento	Acompanhamento(17)	38
Tent	Tenta(3) Tentando(1) Tentar(36) Tentei(2) Tentou(2)	33
Ajud	Ajuda(19) Ajudada(1) Ajudando(1) Ajudar(17)	32
Vincul	Vinculo(15)	29
Exame	Exame(6) Exames(5)	27
Paciente	Paciente(16) Pacientes(4)	27
Tentaria	Tentaria(23)	27
Lid	Lidado(2) Lidamos(1) Lidar(11)	25
Prepar	Prepara(1) Preparação(1) Preparada(16) Preparado(2) Preparar(3) Preparo(2)	25
Ver	Ver(37) Veria(1)	24
Atu	Atuação(2) atuar(9)	23
Consulta	Consulta(4) Consultas(4)	22

Sint	Sinto(23)	22
Rede_básica	Rede_básica(28)	21
Convers	Conversa(6) Conversamos(3) Conversando(2) Conversar(29)	19
Encaminh	Encaminhada(1) Encaminhado(1) Encaminhar(13)	18
Difícil	Difícil(19)	16
Enfermeir	Enfermeira(12) Enfermeiras(3) Enfermeiro(24)	16
profission	Profissionais(5) Profissional(8)	16
Conseguiria	Conseguiria(7)	15

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A classe 3, pelas formas reduzidas e completas, possivelmente trata da atuação profissional das discentes de enfermagem frente à VDCM. Observa-se que as discentes das séries iniciais, possivelmente por estarem cursando as disciplinas básicas do curso, enfocaram o assunto hipoteticamente, verbalizando termos como: tentaria, veria e conseguiria. Por outro lado, verifica-se que alguns cuidados prestados às vítimas são descritos, entre eles figuram encaminhar, realizar consulta, exame, estabelecer vínculo e fazer acompanhamento. Tal representação pode estar associada às discentes das séries finais, que já cursaram as disciplinas profissionalizantes, principalmente as práticas e os estágios curriculares.

A partir da classe 3 construiu-se o terceiro artigo (item 7.6).

#### *Aspectos éticos e legais referentes à VDCM: classe 4*

A classe 4 é composta por 112 UCEs, correspondendo a 14% do *corpus*. Essa classe possui 116 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , conforme a Tabela 5. Nessa é possível verificar também as formas completas que correspondem às reduzidas.

A variável série final está estatisticamente associada à classe 4 e todas as entrevistas relacionadas referem-se a essas discentes. Também associado à classe identifica-se a variável referente à disciplina de saúde da mulher, que abordou a temática durante a graduação.

**Tabela 5.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 4 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Notificação_compuls	Notificação_compulsória(50)	165
Compromisso_legal	Compromisso_legal(28)	164

Legislação_reg	Legislação_reg(28)	143
Notific	Notifica(2) Notificação(4) Notificada(1) Notificado(1) Notificar(16)	105
Serviço_atendimento	Serviço_atendimento(23)	100
Conhec	Conhece(1) Conhecem(1) Conhecer(2) Conheço(17)	72
Doença	Doença(4) Doenças(1)	61
Registr	Registrado(3) Registram(1) Registrar(4) Registro(3)	61
Delegacia_mulher	Delegacia_mulher(18)	50
Conduta	Conduta(10) Condutas(1)	45
Vítima	Vítima(15) Vítimas(2)	40
Auxílio	Auxílio(6)	37
Legislação	Legislação(6)	37
Boletim_ocorrência	Boletim_ocorrência(7)	31
Ouvi	Ouvi(31)	31
Sincera	Sinceramente(6)	30
Nome	Nome(7) Nomes(1)	28
Polici	Polícia(18) Policiais(1)	26
Acion	Acionado(2) Acionar(3)	24
Profissionais_saúde	Profissionais_saúde(5)	24
Casos	Casos(18)	22
Cham	Chama(2) Chamam(1) Chamar(6)	20
Municip	Municipal(1) Município(2) Municípios(1)	18
Obrigatori	Obrigatória(1) Obrigatórias(1) Obrigatório(2)	18

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Verifica-se que a classe 4 aborda as questões relacionadas aos aspectos éticos e compromisso profissional no atendimento à vítima. Os termos evidenciam que as discentes de enfermagem associaram a notificação compulsória apenas a doenças. Por outro lado, equivocadamente mencionaram que a adequada conduta profissional é realizar a denúncia policial, por meio do boletim de ocorrência da VDCM. Ainda nessa classe, é possível verificar que as discentes de enfermagem referiram os diferentes serviços de atendimento às vítimas de violência.

### 7.3.2 Conhecimento do senso comum das discentes de enfermagem acerca da VDCM: eixo 2

O eixo 2 é formado pelas classes 2, 5 e 6, intituladas, respectivamente, dimensões representacionais da VDCM, vivências referentes à VDCM e justificativas para manutenção do relacionamento apesar da ocorrência da VDCM. As classes são apresentadas a seguir.

#### *Dimensões representacionais da VDCM: classe 2*

A classe 2 é composta por 114 UCEs, correspondendo a 14% do *corpus*. Essa classe possui 142 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , conforme a Tabela 6. Nessa é possível verificar também as formas completas que correspondem às reduzidas.

Apesar de a variável série inicial e final não estar associada estatisticamente à classe 2, das oito entrevistas relacionadas, cinco referem-se a discentes das séries iniciais. Também associada a essa classe encontra-se a variável falta de discussão da temática nas disciplinas durante a graduação. Tais associações evidenciam que a representação expressa nesta classe tem como base o conhecimento do senso comum, o qual poderá ser modificado pelo conhecimento reificado construído ao longo da graduação.

**Tabela 6.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 2 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Violência_física	Violência_física(48)	163
Imagem_cab	Imagem_cabeça(31)	160
Pensa_violência_mul	Pensa_violência_mulher(25)	122
Senti	Sentimento(29) sentimentos(4)	91
Violência_mulher	Violência_mulher(72)	88
Mídia	Mídia(16)	66
Violência_verbal	Violência_verbal(19)	61
Mulher	Mulher(66) mulheres(16)	56
Televisão	Televisão(14)	48
Express	Expressar(8)	42
Humilh	Humilha(2) humilhação(2) humilhada(5)	42
Imagem	Imagem(7)	42
Trist	Triste(7) Tristeza(7)	42
Noticiário	Noticiário(3) noticiários(3)	30
Roxo	Roso(5) Roxos(1)	30
Revolt	Revolta(9) Revoltada(1) Revoltante(1)	29
Violência_psicolog	Violência_psicológica(9)	29
machuc	Machucada(9) Machucado(1) Machucando(1) Machucar(2)	28
Concreta	Concreta(6)	24
Imagens	Imagens(5)	24
Propaganda	Propaganda(1) Propagandas(4)	24
Xing	Xinga(1) Xingada(2) Xingar(1)	24
Ato	Ato(6)	20

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Por meio das formas reduzidas e seus contextos semânticos é possível identificar que as dimensões representacionais, ou seja, imagem, conceito e atitude, estão fundamentadas apenas no conhecimento do senso comum, pois as entrevistas mais associadas são de informantes das séries iniciais, que não discutiram a temática na graduação e que citaram mídia, televisão, propaganda, noticiário como fontes de informação.

*Vivências referentes à VDCM: classe 5*

A classe 5 é composta por 104 UCEs, correspondendo a 13% do *corpus*. Essa classe possui 134 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , conforme a Tabela 7. Nessa é possível verificar também as formas completas que correspondem às formas reduzidas.

A variável série inicial está estatisticamente associada à classe 5 e, das sete entrevistas relacionadas, seis referem-se a essas discentes. Também associadas à classe 5, estão as variáveis sexo masculino, sem filhos, disciplina de epidemiologia, que abordou a temática da VDCM durante a graduação, e a não participação em eventos sobre a temática.

**Tabela 7.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 5 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Ambiente_famili	Ambiente_família(1) Ambiente_familiar(24)	157
Brig	Briga(13) Brigaram(2) Brigas(2) Brigavam(1) Brigou(1)	88
Mãe	Mãe(27)	69
Irm	Irmã(2) irmão(7) irmãos(3)	61
Presenci	Presenciar(5) Presenciei(16)	61
Pai	Pai(18) Pais(1)	59
Agred	Agredia(6) Agredir(2) Agrediram(1) Agredirem(2) Agrediu(50)	55
Bat	Bate(2) Bater(6) Bateu(13) Batia(3)	41
Via	Via(6)	40
Vizinho	Vizinho(2) Vizinhos(8)	31
Covarde	Covarde(5) Covardes(2) Covardia(2)	29
Comec	Começa(1) Começado(1) Começam(1) Começar(1) começaram(1)	27
Grit	Grita(2) Gritar(3)	27
Tio	Tio(5) Tios(1)	26
Ponto	Ponto(7) Pontos(1)	25
Peg	Pega(2) Pegando(1) Pegar(3) Pegou(2)	22

Rua	Rua(5)	21
Descont	Descontando(3) Descontar(1)	20
Época	Época(5)	20
Record	Recorde(1) Recordo(2)	20
Separ	Separa(1) Separação(3) Separando(1) Separar(2) Separaram(2) Separou(2)	20
Pensa_agressores	Pensa_agressores(13)	19
Fator	Fatores(6)	18
Normal	Normal(4) normalmente(3)	17

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Por meio das formas reduzidas e completas verifica-se que na classe 5 são abordadas as vivências cotidianas das discentes de enfermagem acerca da VDCM. Tais vivências estão associadas a brigas no ambiente familiar e fora dele, pois verbalizaram os termos “ambiente familiar” e “rua”. Observa-se que o julgamento em relação aos agressores é expresso pela palavra “covardia. A classe 5 tem como base o conhecimento do senso comum, pois está estatisticamente associada à série inicial e apresenta termos relacionados ao âmbito pessoal e cotidiano dessas discentes.

#### *Justificativas para manutenção do relacionamento apesar da ocorrência da VDCM: classe 6*

A classe 6 é composta por 120 UCEs, correspondendo a 15% do *corpus*. Essa classe possui 134 formas reduzidas principais, das quais, para exemplificação, selecionaram-se as 25 primeiras com maior valor de  $\chi^2$ , conforme a Tabela 8. Nessa é possível verificar também as formas completas que correspondem às reduzidas.

Embora essa classe não tenha associação estatística com a variável série inicial ou final, duas entrevistas referem-se às discentes das séries iniciais e duas, das finais. Essa classe também teve maior associação com a variável sexo feminino.

**Tabela 8.** Apresentação das formas reduzidas, completas e valor do  $\chi^2$  das palavras associadas à Classe 6 da pesquisa “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2014

<b>Forma reduzida</b>	<b>Formas completas associadas</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Depend	Depende(9) Dependem(4) Dependência(6) Dependente(5) dependentes(3)	91
Pensa_mulher	Pensa_mulher(21)	78
Filhos	Filhos(35)	74
Apanh	Apanha(2) Apanhado(1) Apanham(2) Apanhando(30) Apanhar(7) Apanhava(1)	63

Pens	Pensa(7) Pensado(1) Pensam(1) Pensamos(1) Pensando(3) Pensar(6)	49
Sair	Sair(19)	47
Submet	Submete(5) Submetem(4) Submeter(4) Submeteu(1)	47
Reag	Reage(3) Reagir(6)	46
Porque	Porque(105)	45
Pesso	Pessoa(51) Pessoas(23)	42
Financeira	Financeira(5) Financeiramente(4)	40
Aceit	Aceita(1) Aceitam(1) Aceitar(8) Aceitou(2)	34
Doent	Doente(2) Doentes(1) Doentia(1) Doentio(1)	29
Submetendo	Submetendo(5)	29
Sustent	Sustenta(4) Sustentar(3) Sustento(1)	29
Acab	Acaba(13) acabam(2) Acabar(1) Acabaram(1) Acabou(3)	28
Sofrendo	Sofrendo(11)	28
Sozinh	Sozinha(10)	27
Pensa_agressores	Pensa_agressores(13)	26
Viv	Vive(3) Vivem(2) Viver(9)	26
Homem	Homem(22)	24
Sofr	Sofre(11) Sofrem(6) Sofrer(4) Sofreram(1) Sofres(1) Sofreu(1)	21
Independ	Independência(1) Independente(2) Independentes(2)	18
Acostum	Acostumada(2) Acostumou(1)	17
Afast	Afasta(2) Afastar(3)	17
Machista	Machista(1) Machistas(2)	17

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A classe 6 trata as explicações para a ocorrência da VDCM e para a vítima continuar no relacionamento violento. Observa-se a dependência financeira do marido, pois ele sustenta a mulher e os filhos. As discentes de enfermagem referiram que a mulher aceita a situação de violência, pois não quer ficar sozinha, submetendo-se à violência por ser uma pessoa frágil que não consegue reagir. Acreditavam também que se trata de uma pessoa sofrida, acostumada a viver em um ambiente de violência. Os agressores são caracterizados como pessoas doentes, com problemas psicológicos que precisam urgente de tratamento.

#### 7.4 ARTIGO 1

### **REPRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: COMPARAÇÃO ENTRE DISCENTES DE ENFERMAGEM\***

#### **RESUMO**

**OBJETIVOS:** Identificar e comparar a estrutura e o conteúdo das representações da violência doméstica contra a mulher entre as discentes das séries iniciais e finais de um Curso de Graduação em Enfermagem.

**MÉTODOS:** Entre agosto e novembro de 2014 colheram-se os dados por meio de evocações livres e entrevistas; para o tratamento utilizaram-se o *software* EVOC e análise de conteúdo. Aprovação sob o Parecer de nº 109/2014.

**RESULTADOS:** Totalizaram 132 discentes, 71 das séries iniciais e 61 das finais. Em comum no núcleo central figuram os termos *violência, covardia, desrespeito e dor*. O primeiro grupo evocou ainda *tristeza* e o segundo, *violência-física*.

**CONCLUSÃO:** A representação tem conotação negativa, com discreta diferenciação entre as discentes das séries finais, as quais fundamentam-se no conhecimento reificado e possuem a representação estruturada, com conceito, imagem e atitude. Espera-se contribuir para que as discentes atuem na prevenção, identificação e intervenção junto às vítimas de violência.

**Palavras-chave:** Violência doméstica. Violência contra a mulher. Estudantes de enfermagem. Programas de graduação em enfermagem. Enfermagem.

#### **RESUMEN**

---

\* Artigo a ser encaminhado à revista Gaúcha de Enfermagem de Enfermagem. Derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada “representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Seguiram-se as normas disponíveis em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>

**OBJETIVOS:** identificar y comparar la estructura y el contenido de las representaciones de la violencia doméstica contra las mujeres entre los estudiantes de la serie inicial y final de un curso de graduación en enfermería.

**MÉTODOS:** Entre agosto y noviembre de 2014, los datos fueron recolectados a través de evocaciones libres y entrevistas; para el tratamiento que utilizan el software EVOC y análisis de contenido. Aprobación en virtud de las conclusiones del n° 109/2014.

**RESULTADOS:** asciende a 132 estudiantes, 71 de la serie original y 61 de la final. Al igual que en el núcleo de los términos incluyen la violencia, la cobardía, el desprecio y el dolor. El primer grupo de tristeza todavía evocado y el segundo física violencia.

**CONCLUSIÓN:** La representación tiene connotaciones negativas, con una leve diferenciación entre los estudiantes de los grados finales, las cuales se basan en el conocimiento objetivo y tener una representación estructurada, concepto, imagen y actitud con. Espera que contribuya a los estudiantes actúan en la prevención, detección e intervención con las víctimas de la violencia.

**Palabras clave:** Violencia doméstica. Violencia contra la mujer. Estudiantes de enfermería. Programas de graduación em enfermería. Enfermería.

## **REPRESENTACIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES: COMPARACIÓN ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

### **ABSTRACT**

**OBJECTIVES:** To identify and compare the structure and content of representations of domestic violence against women among the students of the initial series and end of an undergraduate course in Nursing.

**METHODS:** Between August and November 2014, data were collected through free evocations and interviews; for the treatment they used the EVOC software and content analysis. Approval under the Opinion of nº 109/2014.

**RESULTS:** Totaled 132 students, 71 of the original series and 61 of the final. In common in the core include the terms violence, cowardice, contempt and pain. The first still evoked sadness group and the second-physical violence.

**CONCLUSION:** The representation has negative connotations, with a slight differentiation between students of final grades, which are based on objective knowledge and have a structured representation, with concept, image and attitude. Expected to contribute to the students act in the prevention, identification and intervention with victims of violence.

**Keywords:** Domestic violence. Violence Against women. Students nursing. Education nursing diploma programs. Nursing.

## **VIOLENCE DOMESTIC AGAINST WOMEN REPRESENTATION: COMPARE NURSING STUDENTS**

### **INTRODUÇÃO**

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) vem sendo identificada como um grave problema de saúde pública, independente da religião, cultura, condição socioeconômica, nível de escolaridade e de desenvolvimento do país<sup>(1)</sup>. No Brasil, a Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180, nos primeiros dez meses de 2015, reportou 63.090 casos de violência. Desses, 67,36% tinham como autores o parceiro, ex-parceiro da vítima. Ainda em 64,5% os filhos presenciaram a violência e em 17,73% presenciaram e sofreram agressões. A principal forma de violência relatada foi a física (31.432), seguida da psicológica (19.182), moral (4.627), sexual (3.064) e patrimonial (1.382)<sup>(2)</sup>.

Destaca-se que, neste país, desde 2006, vigora a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher<sup>(3)</sup>. Apesar disso, muitos são os fatores que levam a mulher a omitir sua vitimização e permanecer no

relacionamento, buscando ajuda apenas em casos extremos. Nesse sentido, o profissional de saúde pode ser o primeiro contato da vítima após a ocorrência da violência, devendo atentar para sinais indicativos da VDCM.

Pesquisas identificaram no relato de alguns profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, o sentimento de despreparo para atuar em situações de violência. Argumentaram que o sentimento advém da abordagem superficial ou inexistente da temática durante a graduação, bem como pela falta de qualificação específica por meio de cursos, conferências e seminários<sup>(4-5)</sup>. Esse despreparo pode representar um entrave no estabelecimento de políticas públicas, desenvolvimento de ações preventivas e da assistência integral à vítima.

Nesse sentido, as instituições de ensino superior têm o compromisso social de formar profissionais capazes de atuar com responsabilidade e compromisso sobre os problemas e situações de saúde/doença prevalentes em nível nacional<sup>6</sup>. Sabe-se que a VDCM figura como um problema social prevalente tanto em âmbito internacional quanto nacional.

Acredita-se que o curso de graduação em enfermagem, por meio das disciplinas profissionalizantes, atividades práticas, estágios curriculares na rede básica e hospitalar, oportuniza momentos para a reflexão acerca do Código de Ética Profissional, aspectos éticos do atendimento às vítimas, Lei Maria da Penha, Políticas e Programas voltados para a questão da violência, bem como propicia vivências de acompanhamento de enfermeiros realizando o acolhimento, atendimento e encaminhamento das vítimas às outras instâncias da sociedade. Dessa forma, ao longo do curso, as discentes de enfermagem constroem o conhecimento reificado, que se agrega ao conhecimento do senso comum e modifica sua representação social acerca do fenômeno.

Neste estudo investigou-se: Qual a estrutura e conteúdo da representação da VDCM entre discentes de enfermagem das séries iniciais e das finais? Assim, realizou-se esta pesquisa com os objetivos de identificar e comparar a estrutura e o conteúdo das

representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre as discentes das séries iniciais e finais de um Curso de Graduação em Enfermagem.

## **MÉTODO**

Adotou-se a Teoria das Representações Sociais para fundamentar este estudo qualitativo e descritivo, que constitui um recorte da Tese de Doutorado intitulada “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Para tanto, convidou-se as discentes das três séries iniciais e três finais do curso de graduação em Enfermagem. Justifica-se esta escolha por se acreditar que o conhecimento reificado, adquirido durante a graduação, modifica a representação social do objeto estudado, pois as discentes das séries iniciais se fundamentam no conhecimento do senso comum, enquanto que as das séries finais possuem o conhecimento reificado. Foram excluídas as que rejeitaram o convite ou faltaram à aula no período de coleta dos dados.

Entre agosto e novembro de 2014 coletaram-se os dados por meio de evocações livres e entrevistas. As informações pessoais, sociais e acadêmicas foram coletadas por meio de um questionário. Após, aplicou-se a técnica de evocações ou associação livre, a qual busca acessar a organização e estrutura interna de uma representação<sup>(7)</sup>. Dessa forma, solicitou-se às discentes de enfermagem que evocassem cinco termos ou expressões frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Ao final da técnica, solicitou-se às interessadas em participar da entrevista que deixassem o contato telefônico com a pesquisadora.

Assim, as entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade das discentes. Em uma sala reservada na área acadêmica da universidade, as entrevistas foram gravadas e tiveram duração média de 30 minutos. Posteriormente as entrevistas foram

transcritas na íntegra. Enfatiza-se que entre os *experts* da Teoria das Representações Sociais há um consenso de que 30 entrevistas é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo<sup>(8)</sup>.

O tratamento dos dados foi realizado por meio do *software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005 e pela análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>(9)</sup>. O primeiro analisa as evocações livres, considerando a frequência e ordem de aparição dos termos. O programa permite a construção do quadro de quatro casas, composto pelo núcleo central, primeira e segunda periferias e zona de contraste.

Utilizou-se a análise de contexto proposta por Bardin<sup>9</sup>, segundo a qual uma “unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro”<sup>9</sup>. Assim, selecionaram-se algumas frases que continham as palavras que compõem o quadro de quatro casas, procurando-se retratar o contexto em que foram empregadas pelas entrevistadas.

Buscando-se preservar o anonimato das participantes, as mesmas foram identificadas por DEI para as discentes de enfermagem das séries iniciais e DEF para as das séries finais. A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob o Parecer de nº 109/2014.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Totalizaram 132 discentes de enfermagem, das quais 71 eram das séries iniciais e 61, das finais. Das entrevistas, participaram 33 discentes, sendo 16 das séries iniciais e 17, das finais. Apenas 14 informantes eram do sexo masculino. A idade variou de 17 a 50 anos, sendo a faixa etária dos 21 aos 30 anos a predominante, com 77 discentes. Quanto ao estado

conjugal, 83 discentes possuíam companheiro, 113 não tinham filhos e 84 eram provenientes do mesmo município onde a Universidade se localiza. Ainda, 116 discentes não participaram de eventos sobre a temática e 92 não lembravam da abordagem durante as disciplinas curriculares.

O *corpus* formado pelas evocações das discentes das séries iniciais, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 358 palavras, sendo 101 diferentes. Em uma escala de 1 a 5, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi 2,9, a frequência mínima, 5 e a frequência média, 11. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 1).

**Quadro 1.** Estrutura da representação social das discentes de enfermagem das séries iniciais acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2014

O.M.E.		< 2.9		≥ 2.9		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥11	Violência	16	2,125	Medo	19	3,000
	Covardia	16	2,188	Sufrimento	17	3,000
	Dor	15	2,333	Maria-penha	11	3,000
	Desrespeito	15	2,467			
	Tristeza	12	2,583			
< 11	Violência-física	9	2,333	Crime	10	3,000
	Impunidade	9	2,778	Machismo	9	3,000
	Abuso	7	1,571	Vergonha	9	3,556
	Agressor	5	2,600	Submissão	7	3,429
	Agressividade	5	2,600	Violência-psicológica	6	3,500
				Dependência-financeira	6	3,833

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

As evocações das discentes das séries finais, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, formaram um *corpus* com o total de 300 palavras, sendo 91 diferentes. Em uma escala de 1 a 5, a média das ordens médias de evocação (O.M.E.) foi 2,9, a frequência mínima, 4 e a frequência média, 8. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 2).

**Quadro 2.** Estrutura da representação social das discentes de enfermagem das séries finais acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2014

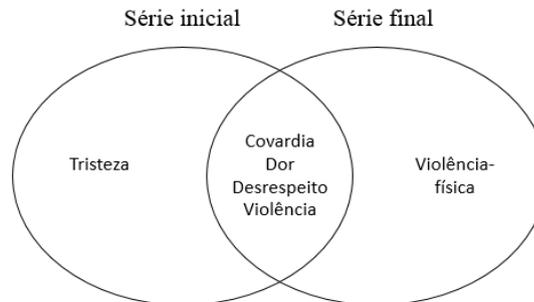
O.M.E.		< 2.9		≥ 2.9		
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 8	Violência-física	17	2,706	Medo	21	3,333
	Covardia	13	2,077	Submissão	16	3,000
	Desrespeito	13	2,462	Raiva	10	3,600
	Violência	11	1,545	Machismo	8	3,000
	Dor	9	1,889			
< 8	Tristeza	7	2,714	Vergonha	6	3,000
	Violência-verbal	6	2,333	Humilhação	6	3,333
	Impunidade	6	2,667	Violência-psicológica	6	3,500
	Crime	5	1,600	Omissão	5	3,200
	Sofrimento	5	1,800	Punição	4	3,000
	Agressor	5	2,600	Rede-apoio	4	3,000
	Abuso	4	2,000	Opressão	4	3,250
	Maria-penha	4	2,750	Prisão	4	3,500

**Fonte:** Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A comparação entre representações é realizada a partir da identificação do núcleo central e “para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes”<sup>(10:31)</sup>. Caso contrário, trata-se de “estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem os dois grupos”<sup>(11:77)</sup>.

O núcleo central, localizado no quadrante superior esquerdo, engloba os termos com alta frequência, prontamente evocados e mais significativos para os participantes<sup>(7)</sup>. Dessa forma, comparando-se esquematicamente o núcleo central da representação da VDCM das discentes das séries iniciais com o das séries finais, é possível distinguir, pelas intercessões, os elementos em comum daqueles pertencentes apenas ao núcleo central de uma ou outra representação (Figura 1).

**Figura 1.** Comparação dos núcleos centrais da representação das discentes de enfermagem das séries iniciais e finais acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2014



**Fonte:** Esquema comparativo dos núcleos centrais da representação social da VDCM entre discentes de enfermagem, retirado da Tese de doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Ambos possuem no núcleo central os termos *covardia* e *desrespeito*, que identificam o julgamento/atitude *violência* referindo-se ao conceito, e *dor*, que indica a esfera sentimental. Essa se manifesta também pelo termo *tristeza*, no núcleo central da representação das discentes de enfermagem das séries iniciais. Por outro lado, as discentes das séries finais possuem ainda, na centralidade de sua representação, a dimensão imagética, evocada pelo termo *violência-física*. Esse se distingue do termo *violência* podendo advir do conhecimento reificado.

Trata-se de uma representação da VDCM com conotação negativa. Pelo núcleo central, observa-se uma discreta diferenciação na representação da VDCM entre as discentes dos grupos estudados. Enquanto que no NC da representação das discentes que cursavam as séries finais evidenciam-se termos advindos do conhecimento reificado, que diferenciam violência de violência física, entre as discentes das séries iniciais predomina o conhecimento do senso comum, por meio do qual a esfera sentimental é verbalizada pelo termo *tristeza*.

Verifica-se outra discreta diferenciação na representação da VDCM entre os grupos. As discentes das séries finais possuíam uma representação estruturada, pois contém as dimensões imagéticas, informativas e atitudinais<sup>(12-13)</sup>, verificadas pelos termos *violência-*

*física, violência, bem como covardia e desrespeito, respectivamente. Por outro lado, as discentes possuem no núcleo central a dimensão informativa e atitudinal, além da esfera sentimental.*

*Quando penso em violência contra a mulher meu sentimento é de muita raiva, **tristeza** e impotência, vontade de dizer: por que tu está passando por isso? (DEI-072)*

*Violência contra a mulher eu acho que é qualquer ato de humilhação contra a mulher, seja em qualquer ambiente, de menosprezar, de **desrespeito**. (DEI-126)*

*Muito geral, a mulher vem sofrendo **violência** de tudo quanto é forma. Vem sofrendo tanto por meio da mídia, por todos os lados, pelas pessoas mais cultas, menos cultas. Um querendo agredir mais do que o outro, de maneira mais sórdida do que o outro. (DEI-024)*

*Quando fala de violência, geralmente a imagem que me vem à cabeça é **violência física**, me vem logo uma violência física, no caso uma violência contra a mulher, é a primeira coisa. Um tapa, um soco, em um momento de discussão, uma briga que perde o controle e acontece. (DEF-010)*

*Violência contra a mulher para mim é uma coisa horrível que não podia existir, nenhuma violência, nem física, nem verbal, eu acho que tudo pode se resolver. Para mim é sinônimo de **covardia**, violência contra a mulher é o fim. (DEF-044)*

O sistema de valores dos indivíduos originam as atitudes, ou seja, julgamentos e decisões quanto ao objeto, neste estudo expressos pelos termos *covardia* e *desrespeito*. Esses termos não se restringem à representação das discentes de enfermagem, pois também são fortemente presentes nas representações de Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Agentes Comunitários e gestores, como verificados em outras pesquisas sobre violência contra a mulher<sup>(14-15)</sup>.

Quanto à relação entre atitude e representação, *experts* da teoria afirmam que é cíclica e determinada por um forte vínculo entre seus conceitos, pois, para que seja expressada uma atitude sobre um determinado objeto, é necessário que exista, previamente, uma representação sobre ele<sup>(16)</sup>. A atitude pode ser “compreendida como uma modulação individual em um quadro de referência comum”, o núcleo central, e para modificá-la deve ocorrer uma mudança da representação, o que só é possível alterando sua centralidade<sup>(16:53)</sup>. Verifica-se que as

discentes de enfermagem de ambas as séries representaram a VDCM e há uma tomada de posição, identificada pelos termos *covardia* e *desrespeito*, no núcleo central.

O termo *violência* foi empregado pelas discentes de enfermagem de maneira generalizada, buscando englobar todas as formas de VDCM. Uma pesquisa realizada com mulheres casadas do Paquistão verifica que a violência pode assumir várias formas e que o parceiro íntimo é o principal causador<sup>(17)</sup>.

Dentre as formas de VDCM, as discentes das séries finais enfatizaram a física, como aquela lembrada espontaneamente, por ser de fácil reconhecimento através das marcas deixadas no corpo da vítima. Um estudo realizado com mulheres chinesas em Hong Kong concluiu que em 2009 mais de 46% das entrevistadas haviam sofrido violência física<sup>(18)</sup>. Quanto aos meios de manifestação dessa forma de violência, um grupo de mulheres iranianas casadas relatou socos, tapas, puxão de cabelo, atirar e bater com objetos, empurrar, estrangular, entre outros<sup>(19)</sup>. A violência física raramente ocorre de maneira isolada, assim, enfatiza-se a importância de as discentes de enfermagem reconhecerem a VDCM também nas formas psicológica, patrimonial, moral e sexual, para que possam preveni-la, bem como prestarem cuidado adequado às vítimas.

Observa-se que o termo *dor*, constante no núcleo central do quadro de quatro casas dos dois grupos, não foi verbalizado pelas discentes durante as entrevistas, no entanto supõe-se que pode estar associado ao sentimento físico ou moral que a VDCM gera na vítima. Uma pesquisa com mulheres iranianas identificou dor como um sentimento das vítimas em relação à negligência emocional causada pelo agressor, ou seja, a falta de carinho, atenção, afeto, companheirismo, compreensão, apoio e interesse pela vida da esposa<sup>(19)</sup>. A expressão *tristeza* foi evocada como um sentimento das discentes de enfermagem das séries iniciais frente à VDCM.

No quadrante inferior esquerdo, com baixa frequência e ordem de evocação menor que a média, encontram-se os elementos de contraste. Em comum as discentes de enfermagem evocaram os termos *impunidade*, *abuso* e *agressor*. Além desses, as discentes das séries iniciais evocaram o termo *agressividade*. Entre as das séries finais destacam-se as expressões *violência-verbal*, *sofrimento*, *maria-penha* e *crime*, essa muito prontamente evocada. As discentes das séries finais se fundamentaram no conhecimento reificado, apreendido ao longo do curso de graduação em enfermagem, evidenciado pela representação da VDCM como um *crime* e *maria-penha*.

*É um casal de amigos meus que estão sempre brigando, estão sempre indo e voltando. Ele se acha maravilhoso e luta, essas coisas, já tem, na minha opinião, um lado mais **agressivo** dele. Ele discutiu muito com a menina, ela chegou a ficar chorando, desesperada. (DEI-127)*

*A violência doméstica contra a mulher pode ser tanto violência física quanto **violência verbal** porque a violência verbal, muitas vezes, é pior que a violência física. Ela oprime, humilha, deixa a mulher com uma baixa autoestima e isso prejudica o dia a dia dela. (DEF-119)*

*Apesar da Lei **Maria da Penha** ter ajudado muito, ainda tem muita **impunidade**, porque o **agressor** paga fiança, volta para casa, volta para o meio, e é sempre tudo igual. Tem muita coisa ainda para melhorar. (DEF-039)*

*Ela não tem um entendimento do que ela está **sofrendo**, de que é uma coisa que é séria e que é um **crime**, ou ela está coagida por algum interesse que vá prejudicar ela ou a família, ou porque ela está naquela situação há tanto tempo que ela já se acostumou com aquilo que ela não sabe mais. (DEF-049)*

O termo *abuso* não foi verbalizado nas entrevistas e *agressividade*, implicitamente, foi expresso pelas discentes das séries iniciais para exemplificar uma característica do agressor. As discentes das séries finais associaram os termos *agressor*, *maria-penha* e *impunidade* a uma lei protetiva que, embora signifique um avanço na legislação brasileira, ainda possibilita impunidade ao agressor. Os principais agressores são identificados como marido ou companheiro atual e ex, sogros, irmãos, outros familiares<sup>(20)</sup>.

As discentes das séries finais ainda reconheciam a VDCM como um crime que gera sofrimento às vítimas e destacaram outras formas de violência que são tão prejudiciais quanto

a física. Estudos realizados com vítimas identificam que a violência mais frequente foi a verbal, seguida da psicológica, física e sexual<sup>(20-21)</sup>.

A Lei Maria da Penha, nº 11.340, evocada pelas discentes das séries finais, foi promulgada em agosto de 2006. Além de coibir a violência doméstica e familiar, institui medidas punitivas para o agressor como prisão preventiva, suspensão do porte de arma, afastamento do lar, proibição de aproximar-se da vítima, entre outras<sup>(3)</sup>.

Um estudo realizado com vítimas de VDCM, buscando identificar seus significados sobre a Lei Maria da Penha, verifica que muitas possuem dúvidas em relação à aplicabilidade, embasadas nas suas próprias experiências. Citaram situações em que, em função das diferentes interpretações da lei, nenhuma ação foi tomada, o ato não foi enquadrado pelas autoridades como violência ou as medidas protetivas não foram respeitadas<sup>(22)</sup>.

Essas vítimas queixaram-se ainda da lentidão e outras dificuldades em relação à lei, o que pode gerar a insatisfação<sup>(22)</sup>. Por estarem envolvidas pelo sentimento de carência de justiça e proteção com o cumprimento da lei, as vítimas necessitam de corretas orientações e informações. No referido estudo são destacados os profissionais de saúde da atenção básica, como auxiliares na divulgação da importância da lei para a mulher e sociedade<sup>(22)</sup>.

A primeira e segunda periferias se localizam nos quadrantes superior e inferior direito, respectivamente. Os elementos periféricos são mais acessíveis e concretos. Na primeira periferia dos dois grupos de discentes encontra-se o termo *medo*, mais frequente do que todos os demais elementos evocados nos quadros de quatro casas. Destaca-se que as discentes das séries iniciais elencaram também *submissão*, *raiva* e *machismo*, e as das séries finais evocaram ainda *sofrimento* e *maria-penha*.

*Eu penso da mulher, que às vezes ela fica meio acuada, com **medo** de denunciar, fica com um receio de ser agredida de novo e ninguém acreditar nela, no serviço da delegacia. (DEI-032)*

*No início, sentiria um pouco de receio, de como chegar nas pessoas. Ficamos com um pouquinho de receio no início por nunca ter trabalhado. Na faculdade no teu dia a dia é*

*diferente, que tu passa, estar com o professor te apoiando e depois tu está sozinho e tem que tomar as decisões e ficamos com **medo** de tomar uma decisão errada. Porque uma mulher dessas chega no posto, tu não vai denunciar direto, tu tem que conversar com essa pessoa primeiro, para ela criar uma confiança em ti e tu poder atuar junto, eu me sinto preparada, mas com um pouco de receio, um pezinho atrás. (DEF-013)*

*Na verdade eu passei por uma situação na minha família de violência doméstica e foi a partir daí que eu comecei a prestar mais atenção nisso, eu nem dava muita bola. Mas como aconteceu na minha família uma situação assim, eu comecei a ficar ligada. Ver como a mulher é **submissa** ao homem. Nessa situação ela é um nada. Ela não consegue se defender. (DEF-132)*

*Eu penso da mulher, que eu tenho **raiva** por ela não fazer alguma coisa contra o agressor, e eu acho que ela tem força para isso, ela tem pessoas que podem ajudar, não consigo entender como ela não consegue reagir. (DEF-008)*

*Quando eu penso violência doméstica o meu sentimento é um pouco de **raiva**, mas pelo agressor ter cometido aquilo, eu fico com um pouco de dó da vítima da agressão, acho que as primeiras coisas que vêm são isso. (DEF-034)*

*Eu acho que existem mulheres que realmente são **machistas**, acham que o homem tem o direito de fazer isso ou porque homem é forte e bate, que esse é o instinto do homem. Acho que existem mulheres assim, mas também existem mulheres que realmente não sabem como reagir, que têm medo de que se falarem alguma coisa vai ser pior ainda para elas. [...] Eu só penso do agressor que ele é **machista**. Não consigo achar uma outra situação para que justifique ele estar batendo numa outra pessoa, numa mulher. (DEF-092)*

Na primeira periferia de ambas as representações, verifica-se a presença do conhecimento do sendo comum, pelo termo *medo* como um sentimento da vítima, que a leva ao silêncio e a não denunciar o agressor. Por outro lado, o conhecimento reificado adquirido ao longo do curso de graduação é enfatizado na representação das discentes das séries finais ao associarem *medo* ao seu futuro profissional, no que tange à assistência à vítima. Um estudo realizado com mulheres grávidas evidencia que os trabalhadores da saúde devem atentar para os casos de violência omitidos pelas gestantes, pois muitas não relatam por medo de represálias<sup>(20)</sup>.

Referindo-se ao medo, uma pesquisa realizada com profissionais de saúde identificou que pode estar associado à mulher em situação de violência e ao profissional de saúde frente à problemática. O medo e a sensação de impotência de ambos diante dos agressores evidenciam a dominação masculina ainda presente em algumas culturas<sup>(15)</sup>.

Quanto ao termo *submissão*, reforçando a visão das discentes de enfermagem das séries finais, um estudo que buscou identificar a representação da VDCM entre técnicos de enfermagem e agentes comunitários constatou que o termo também se refere à forma como a vítima era percebida, por estar imersa em um relacionamento conflituoso<sup>(14)</sup>. A expressão *raiva* é um sentimento constante entre as discentes, que por um lado se associa à vítima que não rompe com o ciclo violento e por outro se relaciona ao agressor, principal causador da VDCM. Uma pesquisa realizada na Nigéria verificou que as vítimas relatam raiva como uma mudança súbita no comportamento do agressor, durante a qual é revelado um homem diferente daquele que a sociedade conhece<sup>(23)</sup>.

No que tange à expressão *machismo*, refere-se tanto às mulheres quanto aos homens. A visão das discentes de enfermagem sobre a mulher achar que o homem tem direito de bater é reforçada por um estudo realizado no Paquistão. Nesse, a maioria das entrevistadas afirma que justifica o marido bater se a esposa discute com ele<sup>(17)</sup>. Essas mulheres revelaram que suas mães também eram ou ainda continuavam sendo espancadas pelos maridos, assim, é transmitido um comportamento tolerante ao longo de gerações em sociedades em que as disparidades de gênero estão culturalmente enraizadas<sup>(17)</sup>.

Os papéis de gênero socialmente impostos foram considerados fonte de conflitos em uma pesquisa realizada com mulheres paquistanesas. Essas são forçadas ao casamento arranjado, uma prática cultural muito comum que resulta em homens mantendo relacionamentos extraconjugais por não gostarem de suas esposas<sup>(24)</sup>. Outra tradição cultural relatada é o dote, o qual a mulher não tem direito de reaver caso abandone a casa por conflitos ou violência. As vítimas relataram ainda que o marido tem o direito de agir violentamente caso elas não o satisfaçam sexualmente, não sigam suas instruções ou se engravidarem apenas de meninas<sup>(24)</sup>.

A segunda periferia é composta por elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, constitui a interface mais próxima da representação, com as práticas sociais<sup>(14)</sup>. Em comum as discentes de enfermagem evocaram *vergonha* e *violência-psicológica*. O primeiro termo é empregado para exemplificar o momento da ocorrência da violência, o segundo evidencia as formas de manifestações da VDCM no cotidiano. Ao verbalizar a violência psicológica, uma discente também citou a violência patrimonial, prevista na Lei Maria da Penha, mas pouco abordada em estudos.

Os demais termos evocados na segunda periferia da representação das discentes das séries iniciais são: *crime*, *machismo*, *submissão* e *dependência-financeira*. Destaca-se esse último, expresso como uma condição determinante para que a mulher permaneça no relacionamento violento.

*Eu creio que isso afeta muito o psicológico da pessoa, muito a saúde mental dela, porque o trauma físico passa, os roxões, marcas depois de um tempo acabam sumindo. Mas, na mente da pessoa que foi agredida, nunca vai passar, ela sempre vai lembrar daquele momento, de aflição, de não poder fazer muita coisa, de humilhação, de **vergonha**. (DEI-063)*

*Violência contra a mulher é quando a mulher sofre algum dano físico ou **psicológico**, ou que faça alguma coisa com algum patrimônio dela, alguma coisa que cause dano à mulher, dentro do ambiente doméstico, enfim, dentro das relações dela, da intimidade. (DEF-049)*

*Eu acredito que a **dependência financeira**, a dependência emocional são coisas que interferem muito na mulher sofrer violência. Eu vejo essa pessoa como uma pessoa sofrida, mas dependente e que muitas vezes deixa de lado coisas que seriam importantes para ela. [...] Ela continua sofrendo violência e a família sofre junto, os filhos sofrem, todo mundo sofre junto. Então por um lado isso é ruim para a família, mas ela, provavelmente, pela **dependência**, pensa nos filhos e por isso que ela não termina com essa violência, não se separa, pensa na família, pensa na estrutura como um todo. Tudo influencia a mulher a continuar sofrendo esse tipo de violência. (DEI-067)*

Dentre as diferentes formas de manifestação da violência psicológica, uma pesquisa realizada no Irã com mulheres casadas evidencia que seus companheiros determinam o emprego que podem assumir, restringem sua saída de casa trancando a porta, verificam as chamadas do telefone, mantem seus documentos de identificação e controlam as visitas dos familiares<sup>(19)</sup>. Outra pesquisa, realizada em Gâmbia, demonstra que os agressores impedem as

vítimas de procurar por cuidados de saúde, principalmente quando o atendimento for decorrente do ato violento<sup>(21)</sup>.

A estabilidade de uma representação é garantida pelo núcleo central e a modificação de uma representação inicia-se pelo sistema periférico através de mudanças introduzidas nas práticas sociais<sup>(11)</sup>. Assim, na segunda periferia da representação das discentes das séries finais é verificado o conhecimento reificado apreendido durante o curso de graduação em enfermagem, por meio dos termos *rede-apoio*, *punição*, *humilhação*, *omissão*, *opressão* e *prisão*.

*Violência doméstica contra a mulher eu acho que é todo o ato que a mulher se sente **humilhada**, tanto xingamentos, ofensas verbais, como violência física também, que aí entra violência psicológica, de todas as maneiras, eu acredito que é dessa forma. (DEF-036)*

*Penso que os agressores devem ser **punidos** pela agressão. (DEF-034)*

*Eu acho que o homem tinha que apanhar também. Sei que não é um pensamento de universitária, mas é o que eu acho justo, quem dá tem que levar. Ou ao menos que tivesse uma justiça, que a maioria deles não vai **preso**, eles são liberados em seguida. Tinha que pagar uns bandidinhos para pegar eles na esquina. (DEF-035)*

*Eu acho que o enfermeiro tem que dar todo **apoio** psicológico para a mulher. Não só psicológico, mas todo o **apoio** que ela precisa para chegar até os meios, delegacia, essas coisas, para **apoiar** e também depois para ela conseguir sair de casa. Precisa de todo um acompanhamento com essa família. [...] É bem complexo, o enfermeiro tem, eu acredito, até que é a profissão que mais tenha contato com a mulher e que consiga chegar e talvez tentar surtir algum efeito positivo com relação a isso. Com relação à mulher tomar alguma atitude, conseguir chegar mais na intimidade da mulher, consegue ter uma consulta, por exemplo, no posto de saúde, ficar um tempo mais falando com a mulher até conseguir tirar algumas informações. Então precisa de toda uma equipe multiprofissional, tem os psicólogos que tu podes fazer encaminhamentos e que vão ser muito importantes nesse processo. (DEF-051)*

A palavra *humilhação* representa como a vítima se sente frente a qualquer ato que possa significar uma violência. Uma pesquisa realizada na Nigéria, com vítimas de violência doméstica, identifica que a humilhação é uma das táticas utilizadas pelos agressores para exercer seu poder, bem como o isolamento, ameaças, intimidação, dominação, entre outras<sup>(23)</sup>.

Embora *omissão* não tenha sido verbalizada nas entrevistas, acredita-se que o termo esteja associado à ação profissional de intervir na situação, buscando prestar a assistência de

enfermagem necessária à vítima. Os termos *punição* e *prisão* podem ser associados a medidas efetivas no combate à VDCM, compreendidas como um ato de justiça pelo crime cometido. No entanto, as discentes das séries finais reconheceram que os agressores não permanecem presos por muito tempo.

O termo *rede-apoio* aparece implícito nas falas das participantes das séries finais, que, após cursarem as disciplinas profissionalizantes, reconheceram o acolhimento, ouvir atentamente, vínculo, orientação e encaminhamento da vítima aos órgãos competentes como parte do apoio e assistência profissional às vítimas de VDCM. Ainda, as discentes elencaram a delegacia, as unidades de saúde e as equipes multiprofissionais como rede de apoio.

Uma pesquisa realizada com enfermeiras, médicos, psicólogas e agentes comunitários evidencia a importância do acolhimento, vínculo, diálogo e orientação para o cuidado à vítima<sup>(25)</sup>. Esses profissionais enfatizaram os grupos criados nos serviços de saúde como uma forma de rede de apoio às mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero, tornando-as autônomas, por meio do compartilhamento de suas experiências de vida<sup>(25)</sup>.

Dentre os diferentes meios de apoio às vítimas, um estudo desenvolvido no Paquistão identifica que algumas mulheres tendem a compartilhar as experiências de violência com seus pais, amigos e pessoas próximas<sup>(24)</sup>. Outro estudo, realizado na Nigéria, com mulheres grávidas, evidencia que essas buscam apoio junto à própria família, família do marido, amigos, agentes da lei, profissionais de saúde e líderes religiosos<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÕES

A representação da VDCM tem conotação negativa, com discretas diferenciações entre os grupos estudados. Essas discretas diferenciações podem estar associadas à intensa veiculação da temática na mídia, bem como pelo fato da maioria das discentes não terem participado de eventos sobre a VDCM.

Uma dessas diferenciações é verificada entre as discentes das séries finais, por meio dos termos advindos do conhecimento reificado, enquanto que entre as discentes das séries iniciais predomina o conhecimento do senso comum. Outra diferenciação refere-se à presença das dimensões atitudinais, imagéticas e informativas que evidenciam uma representação estruturada entre as discentes das séries finais, ao passo que as das séries finais possuíam apenas as atitudinais e informativas.

Destaca-se o termo *medo* evocado com maior frequência por ambos os grupos. As discentes das séries iniciais o contextualizaram como um sentimento da vítima em relação ao agressor. As das séries finais associaram o termo *medo* ao seu futuro profissional e as represálias do agressor.

A pesquisa alcançou os objetivos e teve como principal limitação a restrição a um único contexto sociocultural. Para tanto, pode ser ampliada a outros cursos de graduação da área da saúde, inclusive em diferentes universidades. Espera-se que a representação da VDCM entre discentes de enfermagem possa contribuir para que as mesmas atuem na prevenção, identificação e intervenção dos casos de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. [Sociodemographic profile for women who faces the violence and get the support at specialized police stations]. Esc Anna Nery. 2012;16(3):435-42.
2. Prado D. Dados do Ligue 180 revelam que a violência contra mulheres acontece com frequência e na frente dos filhos. Compromisso e atitude. 2014. [citado 2015 fev 22]. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-do-ligue-180-revelam-que-a-violencia-contra-mulheres-acontece-com-frequencia-e-na-frente-dos-filhos/>
3. Brasil. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a Lei Maria da Penha. 2006.
4. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. São Paulo. 2011;20(1):124-35.
5. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LMC. Women in situations of violence: limits of assistance. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(1):249-58.

6. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001. [citado 2015 jun 17]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> 2001.
7. Pontes APM, Oliveira DC, Gomes AMT. The principles of the Brazilian Unified Health System, studied based on similitude analysis. *Rev LatinoAm Enfermagem*. 2014;22(1):59-67.
8. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):408-16.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições70, 2011.
10. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998.
11. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: Sá CP. *A identificação dos fenômenos de representação social*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 45-59.
12. Moscovici S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012.
13. Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(1):32-40.
14. Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among nursing technicians and community agents. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):22-9
15. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Social Representations of violence against rural women: unveiling senses in multiple views. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):214-22.
16. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. *Representações Sociais e Práticas Educativas*. Goiânia:UCG, 2003.
17. Aslam SK, Zaheer S, Shafique K. Is spousal Violence being “vertically transmitted” through victims? Findings from the Pakistan demographic and health survey 2012-13. *PLoS One*. 2015; [citado 2015 ago 13] 10(6). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470804/#pone.0129790.ref005>
18. Tiwari A, Cheung DST, Chan KL, Fong DYT, Yan ECW, Lam GLL et al. Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. *BMC Womens Health*. 2014;14: 70. [citado 2015 ago 08]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039065/>
19. Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women’s experiences with intimate partner Violence: a qualitative study. *Health Promot Perspect*. 2014; 4(2):230–9. [citado 2015 jul 17]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300450/>

20. Ashimi AO, Amole TG. Prevalence and predictors for domestic Violence among pregnant women in a rural community Northwest, Nigeria. *Niger Med J*. 2015 Mar-Apr; 56(2):118–121. [citado 2015 jun 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382601/>
21. Idoko P, Ogbe E, Jallow O, Ocheke A. Burden of intimate partner Violence in the Gambia – a cross sectional study of pregnant women. *Reprod Health*. 2015; 12:34. [citado 2015 jun 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405825/>
22. Soares MCS, Silva G, Medeiros CMR, Dias MD, Moura JP. Significados da lei maria da penha para mulheres vítimas de violência doméstica. *RBDC n. 21 - jan./jun. 2013 - ISSN: 1678-9547*
23. Chimah CU, Adogu POU, Odeyemi K, Llika AL. Comparative analysis of prevalence of intimate partner Violence against women in military and civilian communities in Abuja, Nigeria. *Int J Womens Health*. 2015;7:287–95. [citado 2015 ago 11]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376064/>
24. Ali TS, Krantz G, Mogren I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on Violence among women in Karachi, Pakistan. *Int J Womens Health*. 2012;4: 577–85. [citado 2015 jun 23]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496530/>
25. Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev esc enferm USP*. 2012;46(5):1088-95.

## 7.5 ARTIGO 2

**CONTEÚDOS REPRESENTACIONAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A  
MULHER ENTRE DISCENTES DE ENFERMAGEM<sup>2</sup>**

**REPRESENTATIONAL CONTENT OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST  
WOMEN AMONG NURSING STUDENTS**

**CONTENIDO REPRESENTACIONAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA  
LAS MUJERES ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

**RESUMO:** Objetivou-se analisar os conteúdos representacionais da violência doméstica contra a mulher entre discentes de enfermagem. Coletaram-se os dados, entre agosto e novembro/2014, por meio de entrevistas, tratadas pelo *software* Alceste. Das seis classes, selecionou-se aquela com 17% do *corpus*. Parecer nº 109/2014. Participaram 33 discentes, 16 das séries iniciais e 17 das finais. Os conteúdos permeiam o contato com a temática, no período pré e universitário. As séries iniciais elencaram o ensino médio, casos ocorridos com elas ou com familiares e colegas. Entre as séries finais, o conhecimento foi adquirido durante semanas acadêmicas, grupos de pesquisa, atividades práticas e estágios curriculares. O conhecimento do senso comum é constante, principalmente, entre as discentes das séries iniciais e o reificado, entre as das séries finais. As ações do cotidiano profissional podem ser pautadas nas vivências pessoais, no conhecimento do senso comum e reificado, bem como no saber prático gerado durante a graduação.

**DESCRITORES:** Violência Doméstica. Violência Contra a Mulher. Estudantes de Enfermagem. Prática Profissional.

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze the representational content of domestic violence against women among nursing students. Collected the data between August and November / 2014, through interviews, handled by Alceste software. Of the six classes, was selected the one with 17% of the corpus. Opinion No. 109/2014. 33 discentes participated, 16 of the

---

<sup>2</sup> Artigo a ser encaminhado a Revista Texto & Contexto Enfermagem. Derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada “representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Seguiram-se as normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>

original series and 17 of the final. The contents permeate contact with the subject, before and university period. The initial series elencaram high school, cases occurred with them or with family and colleagues. Among the final series, the knowledge was acquired during academic weeks, research groups, practical activities and internships. Knowledge of common sense is constant, especially among the students of the initial series and reified, between the final series. The actions of the daily work can be guided by the personal experiences, knowledge of common sense and reified, as well as practical knowledge generated during graduation.

**DESCRIPTORS:** Domestic violence. Violence against women. Students nursing. Professional practice.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar el contenido representacional de la violencia doméstica contra las mujeres entre los estudiantes de enfermería. Los datos recogidos entre agosto y noviembre / 2014, a través de entrevistas, manejados por el software Alceste. De las seis clases, se seleccionó el uno con el 17% del corpus. Opinión N° 109/2014. 33 discentes participaron, 16 de la serie original y 17 de la final. El contenido impregnan contacto con el sujeto, antes y etapa universitaria. la escuela secundaria de la serie inicial elencaram, los casos se produjo con ellos o con la familia y colegas. Entre la serie final, el conocimiento se adquiere durante semanas académicas, grupos de investigación, actividades prácticas y pasantías. El conocimiento de sentido común es constante, especialmente entre los estudiantes de la serie inicial y cosificada, entre la serie final. Las acciones del trabajo diario pueden ser guiados por las experiencias personales, el conocimiento de sentido común y cosificada, así como un conocimiento práctico generado durante la graduación.

**DESCRIPTORES:** Violencia doméstica. Violencia contra la mujer. Estudiantes de enfermería. Práctica profesional.

## INTRODUÇÃO

Considerada um problema de saúde pública, a violência doméstica contra a mulher (VDCM) acomete mulheres independentemente da classe social, cor da pele, religião, cultura ou escolaridade. Mundialmente, 35% das mulheres sofreram violência em algum momento de suas vidas e 38% foram assassinadas pelos seus parceiros.<sup>1</sup> Enfatiza-se que a violência cometida por parceiro íntimo “refere-se ao comportamento do parceiro ou ex-parceiro que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controle de comportamento”.<sup>1:1</sup>

O Mapa da Violência evidenciou que, em um grupo de 83 países, os Estados Unidos da América (EUA) ocupou o 19º e a França o 63º lugar no *ranking* internacional de feminicídios.<sup>2</sup> Nas primeiras posições encontram-se El Salvador, Colômbia, Guatemala, Federação Russa e o Brasil. Destaca-se que neste último vigora, desde 2006, a Lei nº 11.340, conhecida como Maria da Penha (LMP), que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.<sup>3</sup>

O Brasil conta ainda com o disque-denúncia, serviço gratuito, com capacidade para denunciar a vitimização de mulheres diretamente à Segurança Pública, com cópia para o Ministério Público de cada estado.<sup>4</sup> Esse serviço, originalmente conhecido como Ligue 180, somente em 2014 registrou 52.957 denúncias de violência contra a mulher, das quais 51,68% referiam-se à violência física, 31,81%, à psicológica, 9,68%, à moral, 1,94%, à patrimonial, 2,86%, à sexual, 1,76%, a cárcere privado e 0,26%, ao tráfico. Também evidenciou que a violência ocorreu no início ou nos primeiros cinco anos de relacionamento, e a maioria das vítimas possuía filhos, os quais presenciavam a violência.<sup>5</sup>

Frente a esses expressivos índices, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam as diversas formas de manifestação da VDCM. Muitas vezes tais profissionais constituem o primeiro contato das vítimas após a agressão sofrida, devendo prestar-lhes assistência integral e qualificada. No entanto, estudos apontam que os profissionais sentem-se despreparados para atuar em situações de violência, uma vez que a temática é abordada superficialmente durante a graduação ou nem mesmo é abordada, o que se configura uma grande preocupação.<sup>6-7</sup> Além de lacunas como essas, crenças, mitos e representações podem constituir entraves para uma assistência de enfermagem integral à vítima.

Nesse sentido, as universidades têm o dever social de formar profissionais capazes de atuar com responsabilidade e compromisso sobre os problemas e situações de saúde/doença prevalentes em nível nacional.<sup>8</sup> Assim, o curso de graduação em enfermagem pode oportunizar espaços de problematização e vivências relacionadas à temática da VDCM. Portanto, considerando que a representação social de indivíduos ou grupos reconstitui a realidade com a qual se confrontam e para a qual atribuem um significado específico<sup>9</sup>, optou-se por investigar: Quais os conteúdos representacionais da VDCM entre discentes das séries iniciais e finais de um curso de graduação em enfermagem? O estudo objetivou analisar tais conteúdos.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, o qual constitui um recorte da Tese de Doutorado intitulada “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

Acreditando-se que o conhecimento reificado, adquirido ao longo do curso de graduação em enfermagem, pode influenciar na representação das estudantes acerca da VDCM modificando-a, convidou-se discentes das três séries iniciais e das três finais desse curso para participarem do estudo. Excluíram-se as que rejeitaram o convite ou faltaram às aulas no período da coleta.

Entre agosto e novembro de 2014, realizou-se a coleta dos dados aplicando um questionário referente às informações pessoais, sociais e acadêmicas. Após, procedeu-se às entrevistas individuais, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade das discentes. Para tanto, elaborou-se um roteiro com questões abertas referentes às vivências pré-universitárias com a temática em estudo, bem como sua abordagem ao longo das disciplinas teórico-práticas.

Contou-se com uma sala reservada, localizada na área acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, para a gravação das entrevistas, as quais ocorreram mediante autorização das informantes. A duração média foi de meia hora. Há um consenso entre os *experts* da TRS que 30 entrevistas é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo.<sup>10</sup>

O tratamento dos dados foi efetuado por meio do *software* Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE). O *corpus* deste estudo, formado pelo total de entrevistas, foi dividido em seis classes de acordo com a relação existente entre as formas reduzidas. A classe apresentada contém 17% do *corpus*, o que corresponde a 138 do total de 800 Unidades de Contexto Elementar (UCEs). Uma UCE é formada por aproximadamente três linhas de texto, variando de acordo com o tamanho do *corpus* e a pontuação.<sup>11</sup>

Para garantir o anonimato, as falas foram identificadas pela linha estrelada de cada entrevista. Nessa linha estão representadas as variáveis investigadas no estudo, que foram assim codificadas: ind, número do indivíduo entrevistado; ser, série cursada, sendo codificada como 1 para séries iniciais e 2 para séries finais; sex, sexo do informante codificado como 1 para feminino e 2 para masculino; fil, existência de filhos, sendo 1 possui filhos e 2 não possui filhos; dis, abordagem da temática em disciplinas curriculares. A categorização dessa variável foi efetuada a posteriori, ficando definida como 1 não abordada, 2 abordada na

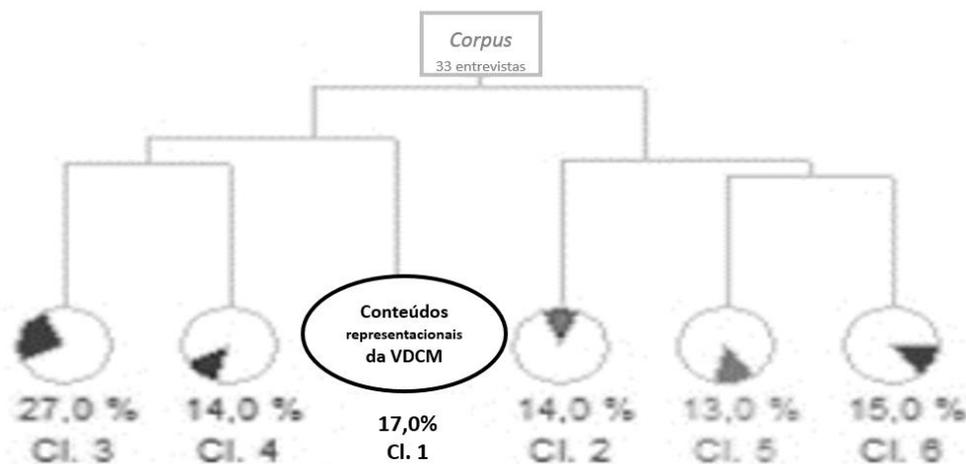
disciplina de saúde da mulher e 3, na disciplina de epidemiologia. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob o Parecer de nº 109/2014.

## RESULTADOS

Entre as 33 discentes de enfermagem que participaram da pesquisa, 16 eram das séries iniciais e 17, das finais. Quanto à faixa etária, 18 tinham entre 17 e 23 anos e 15 tinham a idade situada entre 24 a 50 anos. Apenas dois informantes eram do sexo masculino e quatro tinham filhos. No que se refere a ter cursado disciplina que abordou a temática VDCM durante a graduação, 25 responderam negativamente, quatro citaram a disciplina de saúde de mulher e quatro, a de epidemiologia.

A classe em estudo corresponde a 17% do *corpus* (figura 1) e é composta por 138 UCEs que possuem em média 29 palavras analisadas. A variável série inicial ou final não está associada estatisticamente a essa classe, no entanto das sete entrevistas relacionadas, cinco correspondem a discentes das séries finais. Esta constatação permite acreditar que o conhecimento reificado, construído ao longo do curso de graduação em enfermagem, predomina nos conteúdos representacionais da classe apresentada. A faixa etária dos 17 aos 23 anos, ou seja, as mais jovens, e a participação em atividades extracurriculares estão associadas à classe.

**Figura 1.** Classificação Hierárquica Descendente da classe “Conteúdos representacionais da VDCM”. Rio Grande/RS. 2014

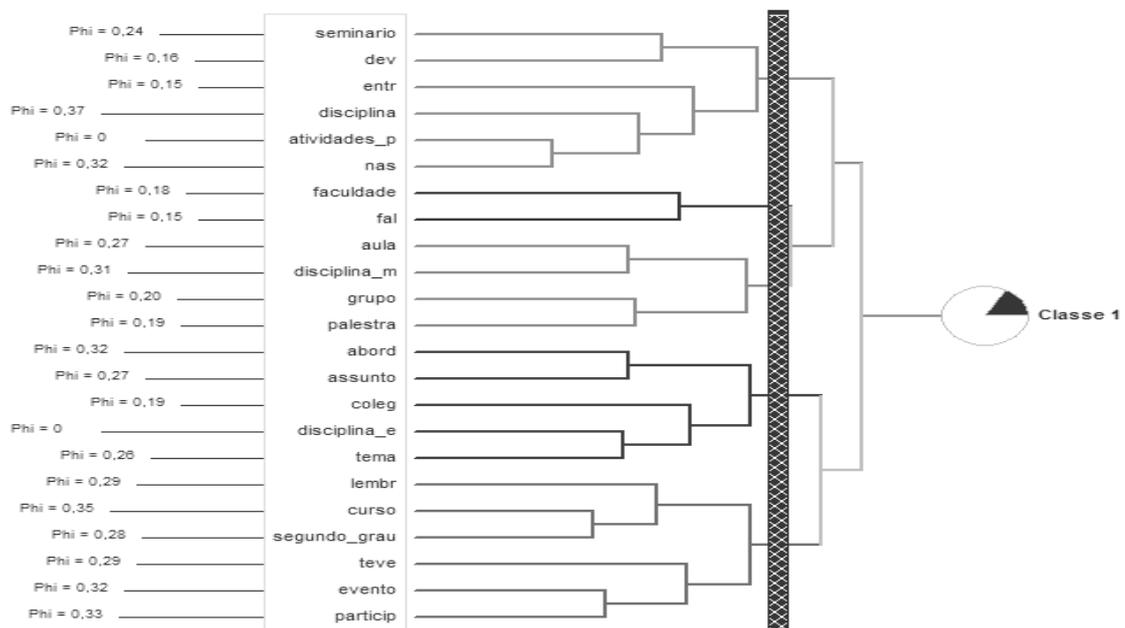


**Fonte:** Tese doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A classe em destaque possui 122 formas reduzidas principais com maior associação estatística à classe (Figura 2). Dentre as palavras com maiores valores de  $\chi^2$  destacam-se:

*disciplina* ( $khi^2=115$ ); *curso* ( $khi^2=99$ ); *atividades\_práticas* ( $khi^2=95$ ); *particip* ( $khi^2=90$ ); *evento* ( $khi^2=87$ ); *abord* ( $khi^2=86$ ); *disciplina\_mulher* ( $khi^2=81$ ); *lembr* ( $khi^2=72$ ); *segundo\_grau* (*ensino médio*) ( $khi^2=63$ ); *aula* ( $khi^2=61$ ); *assunto* ( $khi^2=60$ ); *tema* ( $khi^2=58$ ); *disciplina\_epidemio* ( $khi^2=52$ ); *seminário* ( $khi^2=47$ ); *grupo* ( $khi^2=33$ ) *coleg* ( $khi^2=30$ ); *palestra* ( $khi^2=29$ ); *semana* ( $khi^2=29$ ); *faculdade* ( $khi^2=28$ ).

**Figura 2.** Dendrograma Hierárquico Ascendente da classe “Conteúdos representacionais da VDCM”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Os conteúdos representacionais permeiam o contato das discentes de enfermagem com a temática da VDCM. As formas reduzidas evidenciam que tal contato ocorreu tanto no período pré-universitário, por meio de conversas com colegas, atividades durante o ensino médio, quanto no período universitário, sob forma de palestras, semanas acadêmicas, disciplinas, grupos de pesquisa e atividades práticas. Cada período foi apresentado em uma categoria.

### Conteúdos representacionais adquiridos no período pré-universitário

As discentes de enfermagem representaram a VDCM como um *assunto* ( $khi^2=60$ ) pertinente, mas difícil de ser abordado. Reconhecendo que requer maiores reflexões e aprendizado para a atuação profissional.

É realmente um assunto que é importante, hoje em dia a violência contra mulher está bem grande, se sabe que são muitas mulheres nessa situação e ninguém está livre de pegar um paciente assim, vamos muitas vezes sem saber o que fazer por não ter sido passado mais informações sobre isso. (\*ind\_063 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Vamos aprendendo aos pouquinhos a ver como é que as pessoas se relacionam dentro de casa, os casais. Complicado esse assunto. É bem difícil. (\*ind\_035 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

A dimensão da temática da VDCM foi enfatizada pelas discentes. Tanto nas séries iniciais quanto finais, a mídia foi citada como a primeira fonte de informação sobre a violência e sobre a lei protetiva, antes mesmo do ingresso no ensino superior.

Já ouvi muito, desde a escola, em palestras, já fiz trabalhos sobre isso durante a escola, na mídia e em todo lugar. (\*ind\_071 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_3)

Desde jornal, quando fala de notícias. Aprendi bastante sobre Maria da Penha. Antes mesmo de entrar na faculdade já tinha conhecimento. (\*ind\_092 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Outro contato com a temática da VDCM foi por meio de casos ocorridos no ambiente familiar com *colegas* ( $khi^2=30$ ) e conhecidos das informantes, bem como com as próprias discentes. Esses casos pautam o conhecimento do senso comum como verificado, principalmente, no depoimento das discentes das séries iniciais.

Eu acho que uma das primeiras vezes que eu ouvi foi quando ainda estava no primeiro grau, de histórias de colegas, na família que tem ou de vizinhos, dos meus colegas. (\*ind\_067 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Na situação que eu vivencio no ambiente familiar [ ] a maior parte da minha infância foi difícil porque eu não conseguia nem sair de casa, tinha medo de sair de casa e eu não conseguia salvar minha mãe dele. Porque eu peguei cenas terríveis e eu me via como protetora da minha mãe, porque era sempre eu que chegava no ápice do momento e conseguia tirar ele dela. (\*ind\_023 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Eu sofro em casa a violência, a parte emocional. Da parte do meu marido, ele não quer que eu estude, mas eu estou estudando. Então de alguma forma eu sou impedida com chantagem, mas eu não cedo mais à chantagem, já cedi muitos anos da minha vida. (\*ind\_024 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)

Da minha colega [ ] as primeiras vezes que eles brigaram ela acreditava que tinha provocado, pela questão da vítima se culpar, por questão de ciúmes tinha discutido, ele perdeu a cabeça e acabou cometendo uma agressão. Interessante, até que ponto os fatores culturais são envolvidos? (\*ind\_010 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Durante o ensino médio, a VDCM foi um dos *temas* ( $khi^2=58$ ), enfocados nas redações, panfletagens, trabalhos escolares e campanhas, além de ser debatida em datas comemorativas, como o “8 de março”. Conforme as discentes, no *ensino médio* ( $khi^2=63$ )

violência foi um *assunto* ( $khi^2=60$ ), *abordado* ( $khi^2=86$ ) por profissionais da saúde e universitários. As discentes reconheceram ser insuficiente o conhecimento adquirido no período pré-universitário, pois muitas *lembraram* ( $khi^2=72$ ) apenas vagamente o tema exposto.

No ensino médio, não me lembro bem, mas geralmente era trabalho de escola, relacionado ao português, que eram temas estudados para se fazer uma redação. (\*ind\_071 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_3)

Tinha alguma coisa quando era 8 de março, quando falavam daquele assunto mulher, que era Dia da Mulher, falavam vários temas relacionados à mulher e esse era um dos temas, falavam de violência, falavam de câncer, várias coisas, mas muito pouco no ensino médio, muito pouco. (\*ind\_063 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Eu estava no primeiro ano e teve uma campanha, se não me engano, eram uns universitários que passavam, distribuindo folhetos, explicando. Eu acho que teve, só que era mais violência física, até a imagem do panfleto era uma mulher com o olho roxo. Não me lembro exatamente. (\*ind\_126 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Estudei em colégio católico e tem aqueles negócios da Campanha da Fraternidade. Teve um ano que o tema foi violência contra mulher e passamos o ano inteiro trabalhando em cima disso. O colégio onde eu estudei sempre foi muito de trazer enfermeira, médicos e conversar sobre temas diversos e a violência era bastante abordada, não só violência contra mulher, mas todas. (\*ind\_039 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

### **Conteúdos representacionais adquiridos no período universitário**

As discentes distinguiram o conhecimento do senso comum do reificado. Nesse sentido, lembravam ter adquirido conhecimentos tanto por meio da mídia, quanto durante a *faculdade* ( $khi^2=28$ ). As discentes das séries iniciais buscaram elencar, mesmo que superficialmente, o que aprenderam até o momento no curso de graduação.

Não, no ensino médio não, tudo o que eu ouvi falar foi em relação à mídia ou quando eu entrei na faculdade que comecei a escutar sobre esse tema, mas a escola não, não que eu me recorde agora. (\*ind\_065 \*ser\_1 \*sex\_2 \*fil\_2 \*dis\_1)

Que eu lembro mesmo, foi aqui na faculdade [ ] não era um tema somente de mulheres, era violência em geral de idosos, de crianças [ ], até mesmo na parte que tem muitas mulheres que não sofrem somente a violência física, mas sim violência verbal, que as vezes dói mais ser xingada e humilhada, dependendo da situação, às vezes, em público. (\*ind\_124 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)

Por outro lado, as discentes das séries finais reconheceram a faculdade como o local para debater a temática, no entanto afirmaram ser insuficiente para a futura atuação profissional. Para suprir, sugeriram alternativas como simulações realísticas, mais eventos científicos e temáticos, bem como o envolvimento de diferentes disciplinas com a temática. Destaca-se o depoimento de uma discente que, apesar do sentimento de despreparo para atuar

nas situações de VDCM e do papel social da *faculdade* na formação profissional, admitiu a necessidade de individualmente estudantes e profissionais assumirem a responsabilidade e se comprometerem com a própria capacitação para o enfrentamento do problema.

Eu acredito que precisamos de muito mais preparo para isso durante a faculdade. Não só para essa área, para outras também, mas já que teu trabalho é sobre isso, precisamos de mais eventos que falem disso, mais disciplinas que tratem disso, porque, como eu te disse, eu sou insegura. [ ]. Nas aulas mesmo, tem tanta simulação realística, fazer uma simulação realística sobre isso, tentar trazer, didaticamente para as aulas. (\*ind\_036 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Acho que não saímos totalmente preparadas para agir em situações meio inesperadas. Tem coisas que também não tem como se preparar na faculdade. Se preparar para receber uma mulher que apanha do marido, não é uma coisa que se prepara. Também é uma coisa que vem desde sempre, o jeito que tu vai falar com a pessoa, como que tu vai abordar o assunto. Acho que é um processo de amadurecimento que temos que ter por conta, não depender da faculdade. (\*ind\_092 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Buscando ir além do senso comum, algumas discentes lembraram de *cursos* ( $khi^2=99$ ) e *eventos* ( $khi^2=87$ ) promovidos durante o curso de graduação em enfermagem. No entanto, relataram não ter participado por opção ou por incompatibilidade com o horário das atividades curriculares. Nesses casos, as discentes afirmaram ter interesse em participar de futuros eventos. Observa-se o reconhecimento de que há espaços para a construção do conhecimento reificado acerca da VDCM, porém eles nem sempre são aproveitados.

Algum evento sobre, na verdade a semana acadêmica de enfermagem trouxe uma palestra sobre, mas eu não participei. Mas eu soube que teve. (\*ind\_078 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Eu ouvi falar de um evento que teve [ ] eu até fiquei interessada em participar só que eu estava na rede básica e era importante porque eu iria fazer uma ação lá e eu não pude participar. (\*ind\_132 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Se não me engano acho que teve um evento no início do ano, não sei se era da prefeitura ou na universidade ou era parceria das duas. Só que eu não pude, por causa da aula, não pude ver, mas eu sempre me interessei por esses temas relacionados à violência, gosto dessa área. (\*ind\_065 \*ser\_1 \*sex\_2 \*fil\_2 \*dis\_1)

O conhecimento reificado acerca da VDCM foi construído a partir de *seminários* ( $khi^2=47$ ) e *palestras* ( $khi^2=29$ ) desenvolvidos na *semana acadêmica* ( $khi^2=29$ ) de enfermagem. Destaca-se a importância dos *Grupos* ( $khi^2=33$ ) de Pesquisa, bem como a iniciativa do discente em se inserir neles, aproveitando as oportunidades de complementar o conhecimento reificado e transmiti-lo às clientes.

Teve uma palestra na semana acadêmica deste ano que eu participei. O tema era esse, violência contra mulher. (\*ind\_054 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Para não te dizer que eu nunca ouvi nada sobre violência contra mulher, no grupo pesquisa, o viver mulher, fizemos uma palestra pequena no grupo de gestantes e no grupo de puérperas, quarta e sexta-feira na maternidade. Abordamos um pouco de violência contra mulher. (\*ind\_039 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Algumas *disciplinas* ( $khi^2=115$ ) foram elencadas pelas discentes de enfermagem por terem abordado a temática da VDCM, evidenciando a construção do conhecimento reificado. As estudantes das séries iniciais citaram a *disciplina de epidemiologia* ( $khi^2=52$ ) que discutiu em *aula* ( $khi^2=61$ ) de forma ampla. As discentes que ainda não haviam cursado uma disciplina que tivesse abordado o tema demonstraram ter expectativas em relação ao desenvolvimento do curso, referindo-se principalmente à *disciplina de saúde da mulher* ( $khi^2=81$ ).

Já teve disciplinas, teve uma disciplina de epidemio onde trouxeram como assunto um dia para a discussão a violência, não somente em mulheres, mas em idosos, enfim... (\*ind\_124 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)

Eu tenho a expectativa que tenha uma abordagem a mais sobre esse assunto, principalmente na disciplina de mulher e o que poderia fazer nesses casos para ficar mais preparada, porque com certeza vai aparecer durante a nossa vida profissional. (\*ind\_033 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_3)

Hoje ainda não me sinto preparada para atender, com o que eu tenho de estudo, ainda não, mas eu vou me preparar, eu espero aprender bastante na disciplina de mulher, criança, disciplina de saúde do trabalhador para poder atender esse paciente e ver os problemas reais da comunidade. (\*ind\_032 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_3)

Por outro lado, as estudantes das séries finais elencaram as disciplinas de saúde da criança e da *mulher* ( $khi^2=81$ ), que abordaram a temática por meio de *seminários* ( $khi^2=47$ ) ou trazendo convidados especiais. Algumas afirmaram lembrar vagamente a abordagem da violência, necessitando de uma problematização mais específica e profunda.

Tivemos um seminário agora na disciplina de criança, a respeito de adolescência e violência em geral e mais outros itens, mas violência foi um dos itens abordado. Em disciplina da mulher, que tivemos, eu não lembro de ter tido uma abordagem específica para isso também. (\*ind\_078 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Em disciplina da mulher. Foram convidados, acho que eram dois advogados que falaram bastante da Lei Maria da Penha, como que as mulheres devem procurar, o que elas devem fazer. Mas acho que foi só essa palestra mesmo, não teve mais nenhuma outra aula falando. (\*ind\_092 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Quando teve a disciplina da mulher eu acho que teve alguma coisa sobre isso, mas também muito superficial, eu não lembro de ter uma aula sobre isso de direitos da mulher, por exemplo. Eu me lembro que teve alguma coisa em disciplina da mulher, mas não me lembro exatamente o que foi. (\*ind\_036 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

As discentes elencaram o conhecimento reificado construído por meio das atividades práticas e estágios curriculares. As das séries iniciais realizaram visitas ao hospital, mas admitiram não lembrar se houve alguma situação relacionada à VDCM. Por outro lado, aquelas que se envolveram desde o início da graduação em atividades extraclasse e projetos disponibilizados pelo curso demonstraram maior sensibilidade para a temática, embora pouco instrumentalizadas para o atendimento.

Nas atividades práticas nunca vi, eu fiz umas quatro visitas técnicas no hospital, se eu vi, eu não sabia que era violência contra mulher. Não foi passado para mim isso. Mas, não, acho que não. (\*ind\_126 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Atividades práticas não[ ], mas com essas coletas de pesquisas que eu faço no projeto, teve uma situação que uma mulher não quis nos responder as questões. Ela respondeu, mas tudo com sim e não, aquela coisa muito sucinta e ela estava cheia de hematomas. Não nos deixou entrar na casa dela, não nos deixou falar com ninguém, foi na rua. Normalmente entramos, falamos, mas ela não nos permitiu. Ela estava com o rosto cheio de hematomas. Não podemos julgar, só que pela situação vemos em volta, acredito que seja. Oferecemos auxílio, se ela precisasse de alguma coisa, mas como ela não quis nos responder nem as perguntas do projeto, seria muito difícil atingir ela com perguntas mais pessoais, então oferecemos auxílio se ela precisasse de algum suporte, deixamos telefone. (\*ind\_128 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

As discentes das séries finais referiram as atividades extracurriculares e os estágios das disciplinas como oportunidades de contato com situações de VDCM, possibilitando a construção do conhecimento reificado. Nesses espaços as discentes acompanharam os profissionais de saúde durante o atendimento à vítima, observando suas reações, ações e providências tomadas em relação à violência.

Nas atividades práticas já. Foi mais de uma vez, mas teve uma vez que me chamou muito a atenção. [ ] Chegou uma mulher com a cara toda deformada e o marido foi junto, o que agrediu [ ] Ele ficou esperando ela ali. [ ] Eu estava participando do atendimento médico, só acompanhando. Eu vi que eles não conseguiram esconder que estavam chocados, [ ] porque o marido prestou socorro para ela. Eles não procuraram entender. [ ] Eu participo da liga do trauma e fazemos dois plantões. [ ] Senti pena no pior sentido por ver que ela iria continuar passando por aquilo porque ele levou ela e depois ele foi embora com ela. (\*ind\_132 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)

Quanto eu estava no estágio da disciplina de mulher chegou uma paciente, [ ] ela contou para o parceiro que estava grávida e ele tentou jogar ela do cais. [ ] Ficamos bem surpreendidas e conversamos com a professora [ ] e com o pessoal e fomos orientadas a não fazer nada naquele momento porque eles achavam que podia ser prejudicial e ela não seguir o pré-natal. Tanto é que não tínhamos o nome dele, não tinha número, não tinha nenhuma informação dele. Só o relato dela. Só que o que ficou combinado com a equipe é que, quando ela viesse novamente para uma consulta, eles próprios porque não estaríamos mais lá em estágio, iriam investigar essa história melhor. (\*ind\_054 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

A atenção básica é campo de atuação das discentes de enfermagem, principalmente durante os estágios curriculares. Esse espaço é fundamental para a construção profissional. As discentes relataram acompanhar a atuação da enfermeira, percebendo sua importância no estabelecimento de vínculo e confiança com as vítimas, bem como no aconselhamento e orientações. Reconheceram o quão difícil é atuar nas situações de VDCM, principalmente com a emissão de opiniões e pré-julgamentos em relação à vítima ou ao agressor. Próximas da conclusão do curso de graduação e pautadas no conhecimento reificado, as discentes consideraram alguns pontos que deveriam ter sido aprofundados em disciplinas básicas como psicologia.

Atividades práticas aqui na rede básica mesmo tivemos o caso, era filho e mãe [ ] Atendemos junto com a enfermeira.[ ] Aqui os pacientes confiam muito nas enfermeiras, nas médicas também, mas nas enfermeiras eles confiam muito, então eu vi que tudo que a enfermeira falava para ela, ela acolhia, ela dizia que iria fazer. Eu me senti confiante com a situação dela. Porque parece que a situação foi resolvida ali, naquele momento. [ ] eu fiquei muito triste com a situação, o que eu te falei, dois sentimentos, tristeza e impotência, sem saber o que fazer, mas a enfermeira foi conduzindo, foi levando e foi. [ ] Encaminhamos para o NASF, fizemos visita com a agente para ver como é que está a situação e ela está super bem agora. (\*ind\_036 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Quando a mulher chega, o laudo é no centro obstétrico e eu fiz meu estágio final lá. É bem difícil, principalmente da vítima de estupro, porque ninguém acreditava muito na guria, mas ela foi estuprada pelo próprio marido e foi realmente. É uma situação difícil porque tu não sabe como lidar, porque nunca passou por aquela situação, não sabe qual é o sentimento da pessoa. Não temos nenhuma preparação, porque a nossa disciplina de psicologia dentro da universidade é muito falha, é ínfima, [ ] não abordamos uma depressão pós-parto, como chegar, como abordar um paciente que foi violentado. [ ] Acompanhei a enfermeira, porque eu nunca tinha lidado com aquele tipo de situação. Foi realizado o acolhimento da paciente, perguntada a história prévia, se já tinha acontecido antes, foi realizado o exame físico [ ] foi conversado se pretendia voltar para casa depois da violência, explicado que existe aquela casa abrigo das mulheres que elas podem ficar, se ela tinha filhos eles podiam ficar junto, que ela poderia denunciar ou não o marido. Ninguém iria obrigar ela a denunciar, ninguém iria julgar caso ela quisesse voltar para casa, a conduta eu achei bem correta. (\*ind\_039 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)

Apesar da falha identificada na disciplina pela discente, foi possível suprir esse conhecimento durante a realização do estágio curricular. Momento propício para as discentes aprofundarem seus conhecimentos teóricos, sanar dúvidas e preencherem as lacunas ainda existentes.

## **DISCUSSÃO**

Considera-se que as “representações sociais têm suas raízes nos conceitos elaborados pelos grupos humanos como produto das interações contínuas e das visões de mundo de seus

membros”.<sup>10:413</sup> Os conhecimentos do senso comum e reificado permeiam a construção da representação social da VDCM. Nesse sentido, os conteúdos representacionais evidenciaram o contato das discentes de enfermagem com a temática da VDCM, no ambiente pessoal, pré-universitário e durante a graduação.

As discentes das séries iniciais e finais reconheceram a importância da temática da VDCM, bem como a dificuldade de abordá-la e a necessidade de maiores reflexões. Sabe-se que a violência é um problema de saúde pública que acarreta severas consequências para as mulheres, nas esferas física, mental e reprodutiva.<sup>12</sup> Ainda, as discentes elencaram a mídia escrita e televisiva como fontes de informação sobre a temática. Em 2014, a mídia televisiva contribuiu para que a Central de Atendimento à Mulher chegasse ao conhecimento das vítimas, responsabilizando-se por 47% da procura pelo serviço.<sup>5</sup>

Enfatiza-se que, para produzir representações sociais, o fenômeno deve ter pertinência cultural e social, estar em todos os lugares a todo o momento, tanto no espaço coletivo quanto no individual.<sup>13</sup> Nesse sentido, principalmente as discentes das séries iniciais relataram o primeiro contato com o fenômeno por meio de casos ocorridos na vida pessoal, com amigos, colegas e familiares. As experiências pessoais com situações de violência podem ancorar a representação social, influenciando na atuação profissional da futura enfermeira.

Uma pesquisa realizada com universitários japoneses, dentre eles da área da saúde, identificou que 234 participantes ouviram falar na mídia sobre a violência no namoro, 152, em palestras na escola/universidade, 29, de amigos, 16, em seminário fora da escola/universidade, 13, de familiares e nove, de amigos.<sup>14</sup> Da mesma forma, amigos e familiares foram citados pelas discentes de enfermagem como fontes de informação sobre violência. Ainda, as discentes citaram a abordagem da temática durante o ensino médio, por meio de palestras, trabalhos escolares e campanhas. Evidencia-se o conhecimento do senso comum, constante nos conteúdos representacionais da VDCM.

Reforçando esse conhecimento, algumas discentes relataram a ocorrência da violência no âmbito pessoal, como a proibição de estudar e as consequências para os filhos. Também os fatores culturais e sociais que permeiam a questões da VCDM. Uma pesquisa realizada no Paquistão identificou que as vítimas revelaram que suas mães também foram espancadas pelos maridos, assim, é transmitido um comportamento tolerante ao longo de gerações em sociedades em que as disparidades de gênero estão culturalmente enraizadas.<sup>15</sup> Tais vítimas reconheceram sua submissão por serem forçadas ao casamento arranjado e a suportarem a violência do esposo, o qual é detentor do dote mesmo que a mulher desista do casamento.<sup>15</sup>

Evidenciando o conhecimento reificado da VDCM, as discentes reconheceram a abordagem durante graduação, por meio de seminários, palestras e semanas acadêmicas. No entanto, algumas priorizaram outras atividades acadêmicas no mesmo horário. Destaca-se a abordagem da temática em disciplinas como epidemiologia, saúde da criança e saúde da mulher. Essa também foi identificada em uma pesquisa realizada com estudantes do último ano de enfermagem de uma universidade localizada no Estado do Rio Grande do Sul.<sup>16</sup> Os estágios curriculares na rede básica, atividades práticas das disciplinas e trabalhos extracurriculares foram elencados como oportunidades de contato com a temática, possibilitando à discente construir o conhecimento reificado. Nesses espaços as discentes puderam acompanhar e observar a atuação de enfermeiras junto às vítimas. Outros espaços de discussão foram os Grupos de Pesquisa e as atividades desenvolvidas com a comunidade.

Estudo realizado com o objetivo de analisar a experiência de estudantes no desenvolvimento das atividades do Estágio Curricular Supervisionado identificou que o enfermeiro supervisor é visualizado como um modelo a ser seguido após a graduação. Por isso, o enfermeiro deve estar ciente de sua responsabilidade como referência para o graduando. Os autores destacaram que o estágio é uma oportunidade ímpar na formação do acadêmico, período em que poderá sofrer influências na identidade e perfil como futuro profissional.<sup>17</sup>

Apesar de abordada durante a graduação, a temática ainda precisa ser aprofundada pelas disciplinas. As discentes das séries finais destacaram a necessidade de simulações realísticas, mais eventos e o envolvimento de diferentes disciplinas com a temática. Nesse sentido, pesquisa realizada com estudantes de enfermagem identificou que a temática não deveria ser abordada apenas na disciplina da mulher, mas debatida durante todo o curso e com maior carga horária.<sup>16</sup>

O sentimento de despreparo para atuar em situações de VDCM é uma constante entre as discentes das séries finais. Estudo realizado com estudantes de universidades espanholas, em 2013, identificou que, apesar de se sentirem sensibilizados, os participantes não estavam preparados para atuar. Identificou também que as intervenções propostas pelos universitários se fundamentavam mais em conhecimento popular do que na formação específica.<sup>18</sup>

Próximas da conclusão do curso de graduação e pautadas no conhecimento reificado, as discentes avaliaram as disciplinas básicas como a de psicologia, apontando pontos fracos que deveriam ter sido aprofundados pela perspectiva da enfermagem. De maneira semelhante, uma pesquisa com estudantes do último ano de enfermagem, de uma universidade do Estado do Rio Grande do Sul, em 2013, evidenciou que a temática violência deveria ser trabalhada

desde o início da graduação, como também abordada de maneira contínua ao longo dos semestres, mas principalmente no sétimo e oitavo, pela proximidade da conclusão.<sup>16</sup>

Verificou-se que as discentes das séries finais enfatizaram suas responsabilidades e maturidade para aprofundar os conhecimentos e não apenas esperar pela faculdade. Maturidade também foi elencada em outro estudo com estudantes de enfermagem, como algo necessário para relacionar a teoria com prática no que tange à VDCM.<sup>16</sup>

Apesar de abordada durante a graduação, as discentes afirmaram que a temática foi pouco discutida, sem especificidade para a atuação da enfermeira. Verificou-se que as discentes estavam sensibilizadas, mas que ainda necessitavam de maior aprofundamento sobre a temática. Visualizam-se as disciplinas básicas e profissionalizantes como geradoras do conhecimento reificado, principalmente nos diversos campos de atuação das discentes. Cada discente poderá fundamentar suas ações do cotidiano profissional a partir de suas vivências pessoais, do conhecimento do senso comum e reificado, bem como do saber prático gerado durante o curso de graduação em enfermagem. Assim, acredita-se que o saber técnico profissional<sup>19</sup>, uma nova forma de construção do conhecimento recentemente proposta na Teoria das Representações Sociais, e as representações podem contribuir para atuação das discentes de enfermagem em situações de VDCM.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os conteúdos representacionais da VDCM permeiam o contato das discentes de enfermagem com a temática. Assim, o conhecimento do senso comum é constante na representação da VDCM. As discentes das séries iniciais elencaram a mídia, palestras durante o ensino médio, casos ocorridos com elas ou com familiares e colegas como formadores de suas representações.

As discentes das séries finais evidenciaram que o conhecimento reificado adquirido ao longo do curso de graduação em enfermagem permeia suas representações. Assim, citaram as semanas acadêmicas, grupos de pesquisa, atividades práticas, estágios curriculares e trabalhos extracurriculares. Destaca-se que as disciplinas de epidemiologia, saúde da criança e saúde da mulher foram elencadas como fontes de conhecimento. No entanto, as discentes afirmaram haver uma abordagem insuficiente, necessitando de maior problematização da temática nas diferentes disciplinas do curso e a adoção de estratégias como simulações realísticas.

Ainda, pautadas no conhecimento reificado, as discentes das séries finais enfatizaram a importância das disciplinas básicas, como psicologia, para o aprofundamento da VDCM sob a perspectiva da enfermagem.

As discentes de enfermagem identificaram espaços e oportunidades que o curso de graduação de enfermagem disponibiliza para a construção do conhecimento reificado. No entanto, as discentes priorizaram outras atividades acadêmicas desenvolvidas no mesmo horário. Ainda, o conhecimento reificado adquirido por meio de atividades práticas e estágios curriculares parece ter sido mais bem assimilado, pois as discentes descreveram situações com a riqueza dos detalhes. Por outro lado, lembraram vagamente que participaram de palestras, seminários e de debates em sala de aula.

Verifica-se que o estudo alcançou o objetivo de analisar os conteúdos representacionais da VDCM entre discentes de enfermagem. No entanto, os resultados constituem uma primeira análise da representação social de um grupo específico. Para superar tais limitações, evidencia-se a necessidade de ampliar a outras áreas da saúde, em diferentes contextos e universidades.

## Referências

1. Who. Violencia contra la mujer, violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. 2014. [Cited 2015 nov 14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
2. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015 homicídio de mulheres no Brasil. Flacso Brasil, 2015.
3. Brasil. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a Lei Maria da Penha. 2006.
4. Brasil. Central de Atendimento a Mulher. Secretaria de Políticas para as mulheres. 2013. [Cited 2016 jan 06]. Available from: <http://www.spm.gov.br/ligue-180>.
5. Brasil. Balanço 2014 da Central de Atendimento à mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. 2015.
6. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc São Paulo. 2011; Vol.20, n.1, p.124-35. 2011.
7. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. Rev Gaúcha Enferm. 2009; Vol.30, n.4, p.609-16.
8. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001a. [Cited 2015 apr 07]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> 2001
9. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. [Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients]. Esc Anna Nery. 2011;15(1):124-31.

10.Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto contexto enferm.* 2014; 23(2):408-16.

11.Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* João Pessoa: UFPE Editora Universitária; 2005.

12.Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian Women's experiences with intimate partner violence: a qualitative study. *Health Promot Perspect.* 2014; 4(2): 230–239. [Cited 2015 dec 02]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25649136>

13. Sá CP. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.* Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 45-59.

14. Ohnishi M, Nakao R, Shibayama S, Matsuyama Y, Oishi K, Miyahara H. Knowledge, experience, and potential risks of dating violence among Japanese university students: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011; 11: 339. [cited 2015 dec 03]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111581/>

15.Ali TS, Krantz G, Mogren I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on Violence among women in Karachi, Pakistan. *Int J Womens Health.* 2012;4: 577–85. [cited 2015 jun 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496530/>

16.Rocha BD, Landerdahl MC, Cortes LF, Vieira LB, Padoin SMM. Violence against women: perceptions of nursing students about the focus on the formation. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2015; 33(2):206-68

17.LIMA, T.C. et al. Supervised curricular internship: analysis of the student's experience. *Rev Bras Enferm.* 2014; vol.67, n.1, p.133-40.

18.Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Perception of nursing students about couples violence: knowledge, beliefs and professional role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(3): 527-34.

19.Oliveira DC. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA. *Teoria das representações sociais: 50 anos.* Brasília, DF: Technopolitik, 2011.

## 7.6 ARTIGO 3

**(Des)preparo profissional para o cuidado às vítimas de violência doméstica: estudo fundamentado nas representações sociais<sup>3</sup>**

**Professional (un)preparedness to care for victims of domestic violence: study based on social representations**

**Falta de preparación profesional para la atención de víctimas de violencia doméstica: estudio basado en las representaciones sociales**

### RESUMO

**Objetivo:** descrever os conteúdos da representação social da violência doméstica contra a mulher de discentes das séries iniciais e finais do curso de graduação em enfermagem.

**Método:** colheram-se os dados entre agosto e novembro de 2014, por meio de entrevistas tratadas pelo *software* Alceste. Das seis classes obtidas, selecionou-se a maior, com aproveitamento de 27% do *corpus* e 212 unidades de contexto elementar. Parecer nº 109/2014. **Resultados:** os conteúdos representacionais evidenciam que nas séries iniciais o cuidado às vítimas fundamenta-se no conhecimento do senso comum, predominando conversa informal e conselhos pessoais. Nas séries finais predomina o reificado, descrito sob forma de acolhimento, vínculo, trabalho em equipe e encaminhamentos. **Conclusão:** o conhecimento do senso comum é evidenciado principalmente entre as discentes das séries iniciais e o reificado, entre as das séries finais.

**DESCRITORES:** Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Estudantes de Enfermagem; Capacitação Profissional; Cuidados de Enfermagem.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la representación social de la violencia doméstica contra las mujeres estudiantes de la serie inicial y final de la carrera de enfermería en el contenido. **Método:** Se recogieron los datos entre agosto y noviembre de 2014, a través de entrevistas manejados por

---

<sup>3</sup> Artigo a ser encaminhado à Revista da Escola de Enfermagem da USP. Derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada “representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Seguiram-se as normas presentes em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

el software Alceste. De las seis clases obtenidos, se seleccionaron los más grandes, con una utilización del 27% del corpus y 212 unidades de contexto elementales. Opinión N° 109/2014.

**Resultados:** los contenidos de representación muestran que en los primeros grados atención a las víctimas se basa en el conocimiento de sentido común, la conversación predominantemente informal y asesoramiento personal. En la serie final predomina cosificado, que se describe en la forma de alojamiento, enlace, trabajo en equipo y referencias. **Conclusión:** El conocimiento de sentido común es particularmente evidente entre los estudiantes de la serie inicial y cosificada, entre la serie final.

**DESCRIPTORES:** Violencia Doméstica; Violencia Contra la Mujer; Estudiantes de Enfermería; Capacitación Profesional; Atención de Enfermería.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the social representation of domestic violence against women students of the initial series and end of the degree course in nursing content. **Method:** the data were collected between August and November 2014, through interviews handled by Alceste software. Of the six classes obtained, we selected the largest, with utilization of 27% of the corpus and 212 elementary context units. Opinion No. 109/2014. **Results:** representational contents show that in the early grades care to victims is based on common sense knowledge, predominantly informal conversation and personal advice. In the final series predominates reified, described in the form of hosting, link, teamwork and referrals. **Conclusion:** Knowledge of common sense is particularly evident among the students of the initial series and reified, between the final series.

**DESCRIPTORS:** Domestic Violence; Violence Against Women; Students Nursing; Professional Training; Nursing Care.

## INTRODUÇÃO

A violência é compreendida como um fenômeno universal que acomete a população das mais diversas culturas, religiões e níveis socioeconômicos. Mundialmente, cerca de 30% das mulheres sofrem violência pelo parceiro íntimo<sup>(1)</sup>. No Brasil, desde 2006, vigora a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, a qual conceitua 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”<sup>(2:5)</sup>.

A lei também define que a violência pode ser cometida nas formas física, psicológica, moral, sexual e patrimonial<sup>(2)</sup>. Baseada nessa classificação, em 2014, a Central de

Atendimento à Mulher (ligue 180) registrou 31.432 relatos de violência física, 19.182 de psicológica, 4.627 de moral, 3.064 de sexual e 1.382 de patrimonial<sup>(3)</sup>.

A fim de ampliar o alcance do Ligue 180, o atendimento foi estendido às brasileiras que vivem na Espanha, Portugal e Itália. Também, em 2014, a Secretaria de Políticas para as Mulheres lançou a campanha “violência contra as mulheres – eu ligo” e o aplicativo para celular “clique 180”. Com essa nova opção houve um aumento de 52% nos registros de violência. Nesse mesmo ano a mídia, principalmente televisiva, contribuiu para que a central chegasse ao conhecimento das vítimas, sendo responsável por 47% da procura pelo serviço<sup>(3)</sup>.

Entre 2013 e 2014, a central teve um aumento de 50% nos registros de cárcere privado e 20% de violência sexual, dentre eles o estupro, assédio e a exploração sexual, atingindo uma média de quatro registros por dia<sup>(3)</sup>. Em 82,53% deles, os agressores possuíam vínculo afetivo com as vítimas, eram atuais ou ex-companheiros, cônjuges, namorados ou amantes<sup>(3)</sup>.

Esse vínculo, o medo, a vergonha e outros fatores podem ser inibidores da denúncia. Por vezes a mulher se encontra em uma situação de desamparo familiar, solidão e sem coragem para romper com os atos violentos. Até mesmo por desconhecimento ou desinformação sobre seus direitos, acaba suportando a condição de vítima. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar atentos para os sinais da possível ocorrência da violência doméstica contra a mulher (VDCM) e fundamentados cientificamente para prestar-lhes cuidado.

No entanto, para atuar em situações de VDCM os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, se dizem despreparados. Esse sentimento é justificado pela abordagem superficial ou ausência de debates acerca da temática durante a graduação, bem como pela pequena oferta de cursos, seminários e conferências<sup>(4-5)</sup>. Outros fatores como a crença na superioridade masculina, cultura, religião e representações também podem constituir entraves no estabelecimento de políticas públicas, desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais à vítima.

As instituições de ensino superior tem o compromisso social de formar profissionais capazes de atuar com responsabilidade e compromisso sobre os problemas e situações de saúde/doença prevalentes em nível nacional<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, acredita-se que o curso de graduação em enfermagem, ao longo do seu desenvolvimento, possibilita às discentes a construção do conhecimento reificado, o qual se agrega ao conhecimento do senso comum e pode modificar a representação social acerca da VDCM. Portanto, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de descrever os conteúdos da representação social da violência doméstica

contra a mulher de discentes das séries iniciais e finais do curso de graduação em enfermagem.

## MÉTODO

Pesquisa descritiva, qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Constitui um recorte da Tese de Doutorado intitulada “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Convidaram-se as discentes de enfermagem das três séries iniciais e três finais por acreditar que o conhecimento reificado, adquirido ao longo do curso de graduação em enfermagem, possa modificar a representação da VDCM, uma vez que as discentes das séries iniciais fundamentam-se principalmente no conhecimento do senso comum. Foram excluídas as que rejeitaram ao convite ou faltaram às aulas no período da coleta.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2014. Primeiro, aplicou-se um questionário contendo informações pessoais, sociais e acadêmicas. Após, realizaram-se as entrevistas individuais, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade das discentes. Para tanto, elaborou-se um roteiro com questões abertas referentes às vivências pré-universitárias com a temática em estudo, bem como sua abordagem ao longo das disciplinas teórico-práticas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na área acadêmica da Escola de Enfermagem, e gravadas mediante autorização das informantes. A duração média foi de 30 minutos. Enfatiza-se que entre os *experts* da TRS há um consenso de que 30 entrevistas é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo<sup>(7)</sup>.

Para o tratamento dos dados foi utilizado *software* Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE), proposto por Max Reinert em 1979, que permite uma análise lexical de conteúdo. Este *software* identifica os conteúdos presentes em um conjunto de textos a partir de técnicas estatísticas. Para tanto, divide o *corpus*, formado pelo total de entrevistas, em classes conforme a relação entre as formas reduzidas. Tal relação é verificada pelo valor de  $\chi^2$ , calculado a partir do cruzamento entre presença e ausência da palavra em uma Unidade de Contexto Elementar (UCE). Essa consiste em segmentos do *corpus* com tamanhos variados<sup>(8)</sup>. Para este estudo, selecionou-se a classe que comporta a maior porcentagem do *corpus* analisado.

Para garantir o anonimato das participantes, utilizaram-se as linhas estreladas que identificam as UCES selecionadas. As abreviaturas nelas contidas têm o seguinte significado:

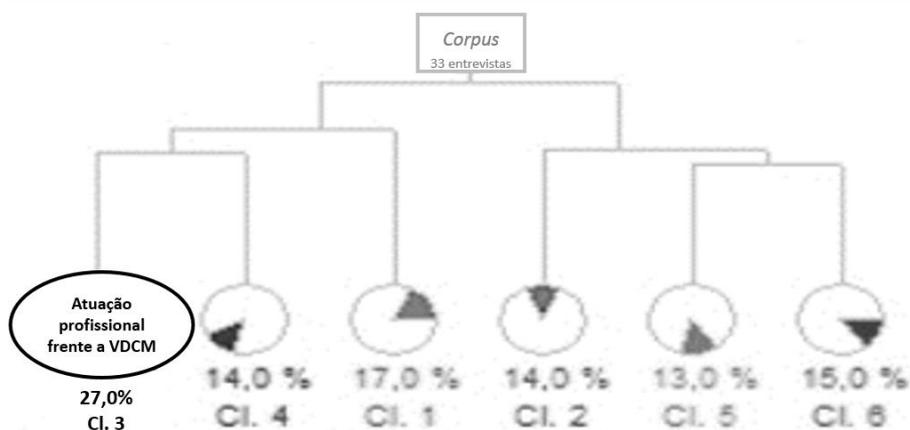
*ind*, número de entrevista de cada indivíduo; *ser*, 1 para série inicial e 2 para série final; *sex*, 1 para feminino e 2 para masculino; *fil*, 1 com filhos e 2 sem filhos; *dis*, 1 para temática não abordada em disciplinas, 2 para temática abordada na disciplina de saúde da mulher e 3, na disciplina de epidemiologia. A pesquisa respeitou a Resolução 466/2012, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob o Parecer de nº 109/2014.

## RESULTADOS

Participaram 33 discentes de enfermagem, sendo 16 das séries iniciais e 17 das finais. Apenas dois informantes eram do sexo masculino e quatro tinham filhos. Quanto à idade, 18 tinham entre 17 e 23 anos e 15 tinham de 24 a 50 anos. No que se refere ao fato de ter cursado alguma disciplina que abordou a temática VDCM durante a graduação, 25 responderam negativamente, quatro citaram a disciplina de saúde de mulher e quatro, a de epidemiologia.

A classe em análise corresponde a 27% do *corpus* (figura 1), é composta por 212 UCEs, as quais têm em média 29 palavras analisadas. As variáveis faixa etária de 24 a 50 anos ( $khi^2=2$ ) e presença de filhos ( $khi^2=2$ ) estão estatisticamente associadas a essa classe. Confirmando o pressuposto de que o curso de graduação em enfermagem possibilita às discentes a construção do conhecimento reificado, a variável referente à disciplina de saúde da mulher ( $khi^2=8$ ), que abordou a temática, está estatisticamente associada à classe. Da mesma forma, a variável série final ( $khi^2=6$ ) contempla cinco das seis entrevistas que compõem a classe.

**Figura 1.** Classificação Hierárquica Descendente da classe “Atuação profissional frente à VDCM”. Rio Grande/RS. 2014

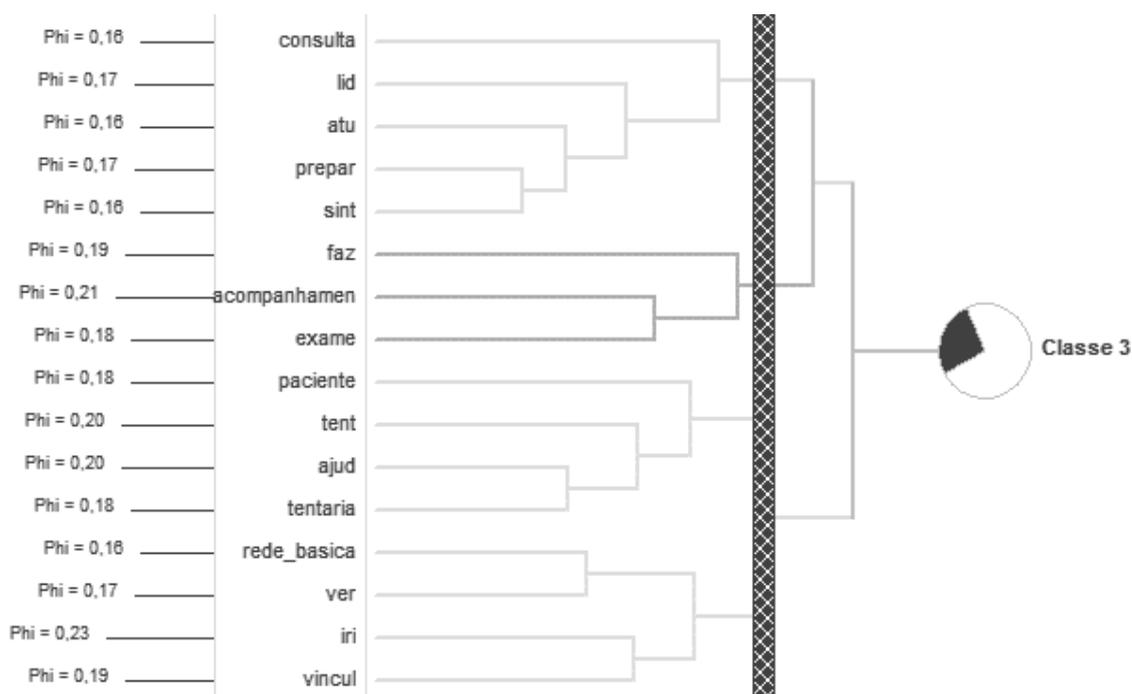


**Fonte:** Tese doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

A classe tem 168 formas reduzidas principais as quais possuem maior associação estatística. Dessas, as que possuem maiores valores de  $Khi^2$  e que indicam significados presentes na classe são: *acompanhamento* ( $khi^2=38$ ), *ajud* ( $khi^2=32$ ), *vincul* ( $khi^2=29$ ), *paciente* ( $khi^2=27$ ), *prepar* ( $khi^2=25$ ), *atu* ( $khi^2=23$ ), *consulta* ( $khi^2=22$ ), *sint* ( $khi^2=22$ ), *rede\_básica* ( $khi^2=21$ ), *convers* ( $khi^2=19$ ), *encaminh* ( $khi^2=18$ ), *difícil* ( $khi^2=16$ ), *enfermeir* ( $khi^2=16$ ), *profission* ( $khi^2=16$ ).

Analisando as formas reduzidas, evidencia-se que os conteúdos representacionais se relacionam à atuação profissional junto à vítima, caracterizando-a como uma tarefa difícil, que requer preparo profissional. Também se relacionam aos cuidados à vítima, por meio do estabelecimento de vínculo, acompanhamento, consulta principalmente na rede básica, ajuda e encaminhamento a outros serviços. Esses conteúdos podem ser observados a partir dos resultados da análise hierárquica ascendente, conforme a Figura 2.

**Figura 2.** Dendrograma Hierárquico Ascendente da classe da pesquisa “Atuação profissional frente à VDCM”. Rio Grande/RS. 2014



**Fonte:** Tese doutorado “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Rio Grande/RS. 2016.

Dessa forma, a classe é formada por duas categorias, construídas a partir da análise do conjunto de contextos semânticos. A primeira refere-se ao cuidado à vítima fundamentado no conhecimento do senso comum e a segunda aborda o cuidado pautado no conhecimento reificado.

### **O cuidado à vítima da VDCM pautado no conhecimento do senso comum**

A representação social acerca da VDCM, como uma questão *difícil* ( $khi^2=16$ ) de ser trabalhada no cotidiano profissional, evidencia que as discentes de enfermagem reconheciam a dimensão e gravidade do problema. As discentes das séries iniciais relacionaram essa dificuldade ao desejo de emitirem suas opiniões pessoais sobre a situação durante a prestação de cuidados à vítima.

*Eu não sei, porque, se eu tivesse que lidar com essa situação, para mim seria difícil de não comentar algo. Claro, no caminhar do curso vamos amadurecendo, talvez no final esteja diferente, de conseguir me portar diferente nessas situações e tentar ajudar para que outras mulheres e crianças não passem por isso. (\*ind\_023 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

Verifica-se que a representação da VDCM entre as discentes das séries iniciais é pautada no senso comum, pois, embora reconhecessem a necessidade de *preparo* ( $khi^2=25$ ) profissional e conhecimento sobre quais providências devem ser tomadas, ainda lhes faltavam argumentos que orientem a *atuação* ( $khi^2=23$ ) no cuidado às vítimas.

*Não me sinto bem preparada, tem algumas coisas que eu preciso ainda aperfeiçoar bastante, eu acho que só no dia a dia mesmo para aprender, porque chegar e pegar um caso assim e resolver... Acho que primeiro temos que tentar fazer as coisas, pedir ajuda para o colega. (\*ind\_024 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

Por outro lado, essas discentes tinham a expectativa de que o despreparo para atuar possa ser superado ao longo do curso de graduação. Dessa forma, reconheceram a construção do conhecimento por meio do desenvolvimento de estágios e disciplinas profissionalizantes, bem como de professores qualificados. Apesar disso, ainda não conseguiam perceber a aplicabilidade de instrumentos básicos de enfermagem até então aprendidos. Nesse sentido uma discente relatou utilizar o histórico de enfermagem, mas não o percebeu como uma ferramenta adequada para investigar a ocorrência de VDCM. Observa-se, ainda, que outra discente das séries iniciais restringiu a atuação de enfermagem ao ambiente hospitalar, desconhecendo, como a população em geral, que a enfermagem pode e deve atuar na atenção primária, visando tanto à prevenção quanto ao combate da VDCM.

*Hoje eu não me sinto preparado, não saberia muito bem o que fazer, como lidar com isso, eu espero que futuramente eu saiba, daqui quatro anos. (\*ind\_065 \*ser\_1 \*sex\_2 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Me sinto despreparada. Tu não é preparada para isso porque, como eu estou no terceiro semestre e para nós é muito recente, não temos muito contato com o*

*hospital, eu não sei se é comum vermos. (\*ind\_124 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

*Eu tenho esperança, eu acho que temos bastante profissionais aqui, professores que são bem embasados, que têm muito para nos dar. Como eu estou recém começando a parte do colocar a mão na massa, de ir para os estágios, porque os primeiros estágios que fazemos são mais parte de histórico. Tu não faz, tu não chega lá, agora que começamos a interagir. (\*ind\_024 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

Pautadas no conhecimento do senso comum, as discentes de enfermagem expressaram a necessidade de prestar cuidados às vítimas. As das séries iniciais, com pouco embasamento científico, focaram o cuidado na *conversa* ( $khi^2=19$ ) informal com a vítima e no *acompanhamento* ( $khi^2=38$ ), julgando ser desnecessária a intervenção do enfermeiro junto à *paciente* ( $khi^2=27$ ) em um primeiro contato.

*Conversar com calma, falar que tentaríamos resolver a situação dela da melhor maneira, até mesmo para ela conversar, falar o que está acontecendo. [ ] até mesmo para ter um acompanhamento maior e conversar. Eu acho que o que o enfermeiro pode fazer é, nesse momento não interferir, não tem como. Porque a partir do momento até mesmo as pessoas não vão deixar e tem gente que se submete a isso até mesmo porque não tem condições de sair do local, mas iria conversar, diria que poderia me procurar para conversar, para tentar esclarecer. (\*ind\_124 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

Dentre os cuidados prestados à vítima, as discentes das séries iniciais indicaram a busca por *ajuda* ( $khi^2=32$ ) de familiares e pessoas próximas. Algumas indicaram, equivocadamente, para procurar a polícia somente se tiver provas da ocorrência da violência. O cuidado referente aos danos psicológicos gerados pela violência foi elencado por uma discente. Observa-se que é associada, inadequadamente, à enfermeira a atribuição de dar conselhos pessoais para a vítima.

*Diria para ela... para ela conversar com o acompanhante dela, tentar amenizar a situação e, se não fosse possível, então que procurasse alguém, algum familiar dela que pudesse ajudar ela e pudesse acolher ela. (\*ind\_127 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Tem várias coisas envolvidas. É muito complicado. Mas eu tentaria falar para ela buscar ajuda, buscar ajuda com o pai, familiares e procurar a polícia se realmente estiver sofrendo agressão, se for comprovado com testemunha que ela estava sendo agredida. (\*ind\_063 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*O físico, todo mundo sabe como lidar... com machucado, mas agora o psicológico, orientar, procurar o psicólogo do hospital, fazer terapia, alguma situação, mas dar conselho de separar do marido, de separar de quem está agredindo ela. (\*ind\_126 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

Destaca-se o depoimento de um discente da série inicial, que presenciou uma situação de violência no seu ambiente familiar. Ele mencionou a notificação compulsória como uma atribuição do enfermeiro e complementou referindo que essa informação pode subsidiar políticas públicas de atendimento às vítimas. Esse fato causou estranheza, pois tal conhecimento costuma ser adquirido durante as séries finais do curso, pois se constitui em um conhecimento reificado.

*Eu acho que o enfermeiro de início precisa acolher. Ouvir aquela pessoa porque às vezes ela chega tão desesperada, não sabe o que fazer, não sabe que atitude tomar. Acho que a primeira coisa é a conversa, com a família, orientar, fazer a notificação compulsória dos casos para que possa se desenvolver alguma política pública voltada para aquilo, devido à subnotificação dos casos. [ ] Como foi o caso da minha tia, que não tinha ninguém, mas se ela tivesse ajuda de um profissional de saúde... (\*ind\_065 \*ser\_1 \*sex\_2 \*fil\_2 \*dis\_1)*

No cuidado à vítima, o sigilo profissional foi referenciado por uma discente da série inicial, embora de maneira informal.

*Primeiramente diria que ela poderia se abrir comigo, porque eu não iria contar nada a ninguém. Desabafar com tranquilidade, depois tomar uma atitude, orientar ela, dizer que ela teria que denunciar, o porquê ela estava passando por aquilo. (\*ind\_072 \*ser\_1 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_3)*

### **O cuidado à vítima da VDCM pautado no conhecimento reificado**

As discentes das séries finais também representam a VDCM como uma questão *difícil* ( $\chi^2=16$ ) de ser trabalhada no cotidiano profissional. Fundamentadas no conhecimento reificado, referiram a dificuldade para prestarem cuidados à vítima, principalmente para romper com o ciclo da violência.

*Muitas vezes ela se abre para ti, chora, fica desesperada e, no outro dia, ela volta, e nada aconteceu. É muito difícil fazer ela ter coragem de denunciar, é uma situação difícil de lidar, para o enfermeiro também não é fácil. (\*ind\_051 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

Algumas discentes das séries finais afirmaram estarem preparadas para prestar o cuidado às vítimas de VDCM. No entanto, pela proximidade da conclusão do curso, confessaram uma sensação de insegurança, a qual é recorrente entre formandos. Assim, buscavam aproveitar as últimas vivências acadêmicas e participavam junto à enfermeira, supervisora de estágio curricular na rede básica, do atendimento à vítima de violência. Contar com colegas mais experientes é identificado como uma alternativa para diminuir a insegurança de atuar nos casos de VDCM.

*Estar com o professor te apoiando, depois tu está sozinho e tem que tomar as*

*decisões. Ficamos com medo de tomar uma decisão errada. Porque uma mulher chega na rede básica, tu não vai denunciar direto, tem que conversar com essa pessoa primeiro para ela criar uma confiança em ti e poder atuar junto, eu me sinto preparada, mas com um pouco de receio, um pezinho atrás. (\*ind\_013 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

*No estágio aqui na rede básica tivemos o caso de filho e mãe, que o filho usa droga, é usuário de álcool e ficava muito agressivo quando estava em abstinência. Ele botou tudo de casa para rua, agrediu a mãe. Atendemos ela aqui, bem nervosa, e ele foi encaminhado para o hospital psiquiátrico. [ ] Atendemos junto com a enfermeira, foi nos meus primeiros dias, eu estava me ambientando e ela [enfermeira] foi e eu fui com ela. Aqui os pacientes confiam muito nas enfermeiras, nas médicas também, mas nas enfermeiras eles confiam muito. Eu vi que tudo que a enfermeira falava ela acolhia, dizia que iria fazer. Eu me senti confiante com a situação. (\*ind\_036 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Não sei como me sinto para atuar. É bem complicado isso, é muito difícil. Eu acho que eu iria me sentir bem insegura, pediria ajuda a alguém mais experiente também, que tivesse mais experiência, que não sabemos no início como lidar com a maioria das coisas e um caso de violência contra a mulher é bem complicado. (\*ind\_035 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

A representação da VDCM como uma situação geradora de medo pode levar a discente a se sentir despreparada para prestar o cuidado à vítima. Outro fator elencado pelas discentes que desencadeia a sensação de despreparo é a falta de abordagem da temática durante a graduação. Algumas referiram que as discussões proporcionadas nas disciplinas profissionalizantes, em atividades extraclasse, ou sob forma de cursos e em grupos de pesquisa foram insuficientes. Ainda elencaram a necessidade de debates, por meio de simulação realística para tornar o aprendizado mais concreto.

*Eu me sinto completamente despreparada para atuar, com muito medo, como aquela situação da senhora que tem trinta e oito anos, ela foi estuprada, eu não esperava nunca ouvir aquilo. (\*ind\_119 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Eu não me sinto nem um pouco preparada, porque não temos contato, não somos preparadas para isso na faculdade. Eu acho que ainda é uma coisa muito nova, diferente, ainda não me sinto preparada. Acho que nas disciplinas da graduação poderiam ser abordados. (\*ind\_034 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Já ouvi falar em violência contra a mulher, bastante. Durante a faculdade escutamos bastante, na disciplina de saúde da mulher, praticamente em todas as disciplinas. Nas básicas não, mas depois sim. (\*ind\_051 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

*Nas disciplinas não lembro se foi abordado, mas nos cursos fora das disciplinas sim, durante a graduação tivemos alguns cursos. (\*ind\_008 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Eu ficaria bem apreensiva, porque não somos preparadas na graduação para esse tipo de conduta, em relação à violência [ ]. Nos preparar de alguma maneira, até porque essas coisas de notificação compulsória, do que é do nosso código de ética, isso eu tenho alguma noção não pela graduação, mas por participar de um grupo de pesquisa que trabalha com violência contra a mulher. Não temos nenhuma base dentro da graduação, teríamos que ter pelo menos um preparo, pelo menos viver hipoteticamente essas situações em simulações para ver como é que agiríamos. Até trazer profissionais para falar como devemos agir, porque é uma situação muito difícil. Que nem fazemos em outros casos, simulação realística que fazem bastante nas disciplinas. É uma coisa muito difícil, porque sabemos que aquela mulher está sofrendo. (\*ind\_049 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

As discentes das séries finais reconheceram a importância da experiência profissional para prestar o cuidado às vítimas de VDCM. Frente às escassas oportunidades de vivenciarem o atendimento à vítima e a falta de conhecimento específico da temática, salientaram a aplicabilidade dos instrumentos básicos da enfermagem na atuação junto à vítima.

*Para atuar eu acho que só se sente preparada quanto mais experiências temos na área, por exemplo, uma situação eu tive. Eu conto nos dedos as situações que eu presenciei, que eu vi como que um profissional manejou. Então eu não vi muitas vezes, não me sinto muito preparada. Eu uso os princípios básicos da graduação e que fazem parte do enfermeiro, saber ouvir, o que perguntar, como que se colocar e tentar me colocar da melhor forma possível. Mas me sinto despreparada, tentaria escrever o máximo de coisas possíveis que ela [a vítima] fosse me colocando para que nada fosse perdido e que ficasse registrado. (\*ind\_132 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

O conhecimento reificado é também evidenciado pelo sigilo profissional, referido pela discente da série final no que tange à atuação em equipe. Tal discente relatou a abordagem da VDCM na disciplina de saúde da mulher.

*Manter tudo só entre enfermeiro e a pessoa. Tentar dizer só para as pessoas que forem ficar envolvidas, quem vai cuidar. Acho que também os detalhes que vai falar para outros profissionais, acho que tem alguns detalhes que o enfermeiro deve tentar não dizer, senão vai afetar em mais. (\*ind\_092 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

A representação das discentes das séries finais é pautada no conhecimento reificado, pois, diferente das séries iniciais, o cuidado é associado a orientações acerca dos direitos da vítima, bem como ao encaminhamento ( $khi^2=18$ ) da paciente ( $khi^2=27$ ) a outros serviços de atendimento. Exemplo deles são o serviço de psicologia, a delegacia, rede básica ( $khi^2=21$ ) e o núcleo de apoio à saúde da família.

*Amparar e fazer com que ela saia de dentro do hospital o mais orientada possível, sabendo de tudo que ela pode e o que ela não pode fazer, com todos os*

*protocolos e exames, e coisas a serem realizadas. (\*ind\_039 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Eu acho que deveria investigar bem, conversar com ela e às vezes até encaminhar para fazer os exames. Encaminhar para um acompanhamento psicológico, no caso aqui na rede básica tem as consultas do NASF. (\*ind\_035 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Eu acho que o enfermeiro tem que dar todo apoio psicológico para a mulher e também não só psicológico, todo o apoio que ela precisa para chegar até os meios, delegacia, essas coisas, para apoiar, e também depois, para conseguir sair de casa. (\*ind\_051 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

No cuidado às vítimas de violência, as discentes das séries finais elencaram o *vínculo* ( $khi^2=29$ ) como fator essencial entre *paciente* ( $khi^2=27$ ) e *profissional* ( $khi^2=16$ ). Aproximar-se da vítima facilita a obtenção de informações e a abordagem do assunto. Destaca-se que uma discente da série final afirmou, equivocadamente, que a enfermeira deverá atuar junto à vítima apenas na segunda ocorrência da violência, sendo esse o momento de realizar a denúncia e não a notificação compulsória.

*Já tentaria fazer uma visita em casa, para ela ver que estamos dando atenção, criar o vínculo, porque aqui as pessoas só falam quando criam o vínculo, não adianta. (\*ind\_036 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_1)*

*Uma coisa que não acontecia antes, tu começa a tentar incentivar o vínculo. Através do vínculo para ter mais intimidade, conseguir chegar mais na mulher e obter todas as informações. (\*ind\_051 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

*Nessa primeira vez tu não faria a notificação compulsória, tu faria numa segunda a denúncia, [ ] eu acho que eu iria primeiro nesse dia tentar pegar o máximo de informações, até porque ela não me conhece ainda, tentaria criar um vínculo, que ela pudesse conversar comigo, que não teria problema nenhum. (\*ind\_013 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_1 \*dis\_1)*

As discentes das séries finais reconheceram a importância da atuação da enfermeira no cuidado prestado às vítimas, bem como de outros profissionais de saúde, principalmente para a realização de um trabalho em equipe.

*Precisa de uma intimidade, tu estás invadindo. Então é bem complexo, o enfermeiro tem, eu acredito, até que é a profissão que mais tenha contato com a mulher, que consiga chegar e talvez tentar surtir algum efeito positivo com relação à mulher tomar alguma atitude, chegar mais na intimidade, ter uma consulta, por exemplo, na rede básica, ficar um tempo a mais falando até tu conseguir tirar algumas informações. Então precisa de toda uma equipe multiprofissional, tem os psicólogos que tu podes fazer encaminhamentos e que vão ser muito importantes nesse processo. (\*ind\_051 \*ser\_2 \*sex\_1 \*fil\_2 \*dis\_2)*

## DISCUSSÃO

A representação social pode ser compreendida como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”<sup>(9:22)</sup>. É por meio da representação que se “torna possível captar a realidade simbólica existente, que [...] possui forte poder de mobilizar e explicar a realidade, orientando as ações dos grupos sociais”<sup>(8:393)</sup>.

Ao representarem a VDCM, as discentes de enfermagem reconheceram a dimensão desse fenômeno. Autores evidenciam a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública, pois acomete vítimas independente da cultura, religião, escolaridade e situação financeira<sup>(10-11)</sup>.

As discentes argumentaram que a VDCM é uma questão difícil de ser abordada. Destaca-se o conhecimento reificado entre as discentes das séries finais, que enfocaram a complexidade do processo de cuidar das vítimas, qualificando-o como difícil. Uma pesquisa realizada no Canadá com profissionais de saúde verificou que, considerando a tendência abusiva do agressor, uma dificuldade na atuação é a permanência dele junto à mulher durante o desenvolvimento da consulta. Outra dificuldade é a reconciliação da vítima com o agressor após a ocorrência da violência, percebida pelos profissionais como falta de ação das vítimas<sup>(12)</sup>.

Discentes das séries iniciais relataram o sentimento de despreparo para atuar nos casos de VDCM. No entanto, tinham a expectativa de que essa realidade possa ser modificada ao longo do curso de graduação em enfermagem. Algumas discentes das séries finais também elencaram o sentimento de despreparo, justificando a pequena experiência na área, o medo gerado pela situação e a escassa abordagem ao longo do curso.

Quanto ao medo, uma pesquisa realizada em São Paulo, com profissionais de saúde, evidenciou que é um sentimento comum entre os trabalhadores, possivelmente associado à sensação de impotência diante dos agressores<sup>(13)</sup>. A falta de abordagem de questões relacionadas à violência doméstica durante a graduação também foi identificada em outra pesquisa realizada com enfermeiros e médicos em 2010, no Estado de São Paulo<sup>(14)</sup>.

Um estudo realizado, em 2009, com enfermeiros, evidenciou que esses profissionais demonstram interesse em aprender sobre a violência, indicando o desenvolvimento de abordagens atrativas, como a utilização de cenários da vida real, jogos de papel, conversas com colegas, discussões com mulheres sobreviventes, visitas a abrigos para mulheres, bem como trabalhar com colegas mais experientes<sup>(12)</sup>. A educação permanente pode ser utilizada

como estratégia para que o enfermeiro desenvolva habilidades e se sinta preparado para identificar e atuar nas situações de VDCM.

Pela proximidade da formatura, as discentes das séries finais referiram a sensação de insegurança por não terem mais a presença do professor ou do enfermeiro. Um estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de analisar a experiência de estudantes no desenvolvimento das atividades do Estágio Curricular Supervisionado, identificou que o enfermeiro é visualizado como um modelo a seguir. Assim, o enfermeiro deve estar ciente de sua responsabilidade como referência para o graduando. O estágio é uma oportunidade ímpar na formação do acadêmico, período em que poderá sofrer influências na identidade e perfil do futuro profissional<sup>(15)</sup>.

As discentes das séries iniciais fundamentaram o cuidado à vítima no senso comum, pois enfatizaram a importância da conversa informal, acompanhamento, busca de ajuda de familiares e a denúncia policial somente se existirem provas da ocorrência da violência. Por outro lado as discentes das séries finais referiram o cuidado por meio de orientações acerca dos direitos da vítima, bem como do encaminhamento da paciente a outros serviços de atendimento.

Nesse sentido, um estudo realizado na Bahia, com enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários, apontou que os profissionais frente a uma situação de VDCM recorrem ao apoio dos colegas de equipe, contam com o encaminhamento à Delegacia da Mulher e a Assistência Social. No entanto, os autores enfatizam a importância de a equipe priorizar a escuta e o diálogo e, somente depois de esgotadas todas as possibilidades, encaminhar a vítima a outros serviços. Isso impede situações em que os profissionais deleguem a responsabilidade para outros serviços apenas para se verem livres do problema<sup>(16)</sup>.

Outro cuidado indispensável é o sigilo profissional, enfatizado pelas discentes de ambos os grupos. Nas séries finais, as discentes enfatizaram a troca de informações sobre as pacientes entre a equipe de saúde. Por outro lado, equivocadamente, referiram que a violência precisa ocorrer mais de uma vez para que a enfermeira faça a denúncia policial. Observa-se a confusão entre o conceito de denúncia policial e de notificação compulsória. Tal confusão também é identificada em um estudo, em Minas Gerais, com profissionais de saúde da atenção básica, que as citam como sinônimos<sup>(17)</sup>.

Cabe esclarecer que a notificação compulsória consiste no registro organizado e sistemático, em formulário próprio, dos casos conhecidos, suspeitos ou comprovados de violência contra a mulher<sup>(18)</sup>. Para a realização desse registro, o profissional de saúde não precisa conhecer o agressor. O descumprimento das recomendações previstas para a

notificação compulsória caracteriza infração da legislação de saúde pública, estando os profissionais de saúde sujeitos às penalidades relativas ao seu Código de Ética Profissional<sup>(18)</sup>.

## **CONCLUSÃO**

A representação pode ser orientadora das ações de grupos sociais, assim, diante dos conteúdos representacionais, pode-se concluir que o cuidado à vítima fundamentado no conhecimento do senso comum ocorre nos dois grupos, porém com predominância na representação das discentes das séries iniciais. Por outro lado, o conhecimento reificado fundamenta o cuidado às vítimas entre as discentes das séries finais.

As discentes das séries iniciais apresentaram conteúdos representacionais da VDCM relacionados à atuação do enfermeiro restrita ao ambiente hospitalar, recursos familiares, conversas informais, emissão de opiniões e conselhos pessoais, busca de apoio policial somente se existirem provas concretas. Faltavam-lhes argumentos para direcionar as ações frente à VDCM, no entanto as discentes tinham a expectativa de que o conhecimento reificado possa ser adquirido ao longo do curso de graduação.

As discentes das séries finais revelaram conteúdos representacionais fundamentados no acolhimento, vínculo, sigilo, trabalho em equipe, direitos da mulher, encaminhamento a outros serviços para o cuidado à vítima. Verifica-se que, embora existam lacunas de conhecimento, as discentes buscaram superá-las apoiando-se em modelos assistenciais dos enfermeiros da rede básica. O preparo profissional foi evidenciado no depoimento das discentes que elencaram disciplinas da graduação que abordaram a temática. No entanto ainda reforçaram a necessidade de abordagens mais diversificadas e aprofundadas durante a graduação, principalmente por meio da simulação realística.

Apesar de o objetivo da pesquisa ter sido alcançado, os resultados constituem uma primeira análise de um grupo específico, necessitando que outras pesquisas sejam realizadas, ampliando-se a outras áreas da saúde e contextos sociais. Espera-se com a pesquisa que os conteúdos representacionais da VDCM orientem a atuação acadêmica e profissional na prevenção, identificação e intervenção dos casos de violência. Ainda, espera-se que a pesquisa possa alertar os responsáveis pelos cursos de graduação da área da saúde, sensibilizando os responsáveis pelas disciplinas afins para a inclusão da temática nos conteúdos programáticos, de maneira atrativa e problematizando questões éticas, políticas e legislativas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Who. WHO report highlights violence against women as a ‘global health problem of epidemic proportions’. 2013. [cited 2015 Ago 14]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html)
2. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, 07 ago. 2006.
3. Brasil. Balanço 2014 da Central de Atendimento à mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. 2015.
4. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LMC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(1):249-58.
5. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 20(1):124-35.
6. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001a. [cited 2015 Jun 05]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> 2001.
7. Santos EL, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto & contexto enferm (Online)*. 2014; 23(2):408-16.
8. Formozo GA, Oliveira DC. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):392-8.
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001. p.17-44.
10. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. [Sociodemographic profile for women who faces the violence and get the support at specialized police stations]. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):435-42.
11. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. [Intentionalities of women who decide to denounce situations of violence]. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):423-9.
12. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12(473). [cited 2015 Mar 05]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444396/>
13. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Social Representations Of Violence Against Rural Women: Unveiling Senses In Multiple Views. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):214-22.
14. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic Violence? *Rev latinoam enferm*. 2014;22(3):448-53. [cited 2015 Apr 08]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292616/>
15. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Supervised curricular internship: analysis of the student's experience. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):133-40.
16. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMMM, Paiva MS, Diniz NMF. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):735-43.
17. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in) visibility of violence against women. *Cad. saúde pública*. 2013;29(9):1805-15.
18. Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação obrigatória e outros instrumentos jurídicos de uso dos profissionais de saúde. *Revista Âmbito Jurídico*. 2010;XIII(74). [cited 2015 Ago 02]. Available from: <http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/7499.pdf>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados e discussões foi possível confirmar a tese de que “o conhecimento reificado, adquirido ao longo do curso de graduação em enfermagem, pode fazer com que a representação social da violência doméstica contra a mulher das discentes das séries finais seja diferente da representação das discentes das séries iniciais, pois essas se fundamentam apenas no conhecimento do senso comum”.

Dessa forma, ao comparar a representação dos dois grupos, verificou-se uma conotação negativa e discretas diferenciações. Na representação das discentes das séries iniciais verifica-se a presença das dimensões atitudinais e informativas, ao passo que nas finais há também a dimensão imagética, caracterizando uma representação estruturada.

Ao analisar o quadro de quatro casas da totalidade das discentes, constatou-se que o único termo designado como positivo foi *maria-penha*, indicando a possível existência de um subgrupo que reconhece o respaldo legal que as vítimas possuem para romper com ciclo da violência. Destaca-se o termo *medo*, com maior frequência de evocação, verbalizado por discentes de ambos os grupos. No entanto, enquanto que as discentes das séries iniciais o contextualizaram como um sentimento da vítima em relação ao agressor, as das séries finais o associaram às possíveis represálias do agressor aos profissionais de saúde que prestam atendimento às vítimas. Pela análise de similitude, verificou-se o termo *medo* como um possível elemento central da representação.

Ao analisar os conteúdos representacionais, verificou-se que ambos os grupos conheciam a temática. As discentes das séries iniciais demonstraram o conhecimento do senso comum, obtido por meio da mídia, palestras no ensino médio, casos ocorridos com elas, com familiares ou colegas. Por outro lado, as das séries finais, que possuíam o conhecimento reificado, referiram tê-lo obtido nas semanas acadêmicas, grupos de pesquisa, atividades práticas, estágios curriculares e trabalhos extracurriculares. Referiram ainda que as disciplinas de epidemiologia, saúde da criança e saúde da mulher abordaram essa temática durante o curso, servindo como fontes de conhecimento, e complementam afirmando que essa abordagem foi insuficiente, necessitando de maior problematização nas diferentes disciplinas e a adoção de estratégias como simulações realísticas.

Ainda, os conteúdos representacionais centram-se no cuidado à vítima. Identificou-se que o conhecimento do senso comum estava presente nos dois grupos, porém com predominância na representação das discentes das séries iniciais. Os recursos listados para o atendimento se referiram aos familiares, conversas informais, emissão de opiniões e conselhos

peçoais, restringiram a atuação do enfermeiro ao ambiente hospitalar e, equivocadamente, referiram que a busca de apoio policial deve ocorrer apenas se existirem provas concretas. Por outro lado, o conhecimento reificado fundamentou o cuidado às vítimas entre as discentes das séries finais, as quais elencaram o acolhimento, vínculo, sigilo, trabalho em equipe, direitos da mulher e encaminhamento a outros serviços.

Tendo em vista a repercussão mundial da VDCM e considerando que os fenômenos de representação são aqueles que despertam o desejo de compreender e de falar a respeito, confirma-se a necessidade do estudo dessa temática por meio da Teoria das Representações Sociais. Assim, esse suporte teórico mostrou-se adequado para o alcance dos objetivos propostos, além disso, em 2015, no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, foi recomendada a realização de pesquisas com temas emergentes como a violência. Isso reitera a relevância do desenvolvimento deste estudo.

Dentre as repercussões deste trabalho, destaca-se a articulação entre ensino e pesquisa. Essa ocorreu a partir do convite para problematizar a temática da VDCM na disciplina de Saúde da Mulher. Neste espaço foram abordados os aspectos éticos do atendimento às vítimas, buscando contribuir com a atuação do futuro profissional. Enfatiza-se a necessidade do desenvolvimento de projetos de extensão acerca da VDCM, para que as discentes tenham maiores oportunidades de atuar junto a enfermeiros no atendimento à vítima.

No desenvolvimento da pesquisa, encontraram-se algumas limitações, como as entrevistas com as discentes das séries finais, pois realizavam estágio curricular em unidades de saúde de difícil acesso e com grande demanda, necessitando de retornos ao local. Destacam-se, ainda, as questões emocionais que envolveram a disponibilidade para ouvir atentamente o depoimento acerca de vivências da VDCM no âmbito familiar. Ressalta-se que, ao finalizar cada entrevista, eram feitos esclarecimentos sobre aspectos éticos e legais da VDCM, principalmente no que tange à notificação compulsória.

Futuras investigações em diferentes contextos sociais, outras áreas da saúde e até mesmo com essas discentes das séries iniciais, ao chegarem no final do curso de enfermagem, são importantes para verificar possíveis modificações da representação da VDCM. Espera-se que a representação de discentes de enfermagem acerca da VDCM oriente a ação profissional, principalmente no que se refere à prevenção, identificação e intervenção dos casos de violência. No que tange às instituições formadoras, espera-se que a pesquisa possa alertar os responsáveis pelos cursos de graduação em enfermagem e de outras áreas da saúde, sensibilizando-os para a inclusão da temática nos conteúdos programáticos, de maneira atrativa e problematizando questões éticas, políticas e legislativas.



## REFERÊNCIAS

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

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

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

ALVES, E.S.; OLIVEIRA, D.L.L.; MAFFACCIOLLI, R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; Vol.33, n.3, p.141-7.

ARRUDA, A. **Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados**. Curitiba: champagnat; São Paulo: 2014.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARLEM, J.G.T. et al. Opção e evasão de um curso de graduação em enfermagem: percepções de estudantes evadidos. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; Vol.33, n.2, p.132-8.

BRASIL. **Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D20109.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20109.htm) 1931 Acesso em: 05 mar 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Disponível:** [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L775.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm). Acesso em: 05 mar 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4024.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm). Acesso em: 06 mar 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994**. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc\\_11078549\\_portaria\\_n\\_1721\\_de\\_15\\_de\\_dezembro\\_de\\_19](http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19). Acesso em: 16 mar 2015.

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

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> 2001 Acesso em: 07 março 2015.

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização, a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Brasília, 2013

BEYNON, C.E. et al. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. **BMC Public Health.** 2012; vol.12, n.473. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444396/>. Acesso em: 05 março 2015.

CAMARGO, B.V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.** João Pessoa: UFPE Editora Universitária; 2005.

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

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M; SOARES, J.S.F. Social Representations Of Violence Against Rural Women: Unveiling Senses In Multiple Views. **Rev Esc Enferm USP.** 2014; vol.48, n.2, p.214-22.

FARCHI, S. et al. Use of emergency department services by women victims of Violence in Lazio region, Italy. **BMC Womens Health**. 2013; Vol.13, n.31. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729365/>. Acesso em: 05 março 2015.

FERNANDES, J.D. **Uma década de diretrizes curriculares nacionais: Avanços e Desafios na Enfermagem**. 2012. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/13senaden/arquivo/CONFERENCIA-ABERTURA\\_13-SENADEn.pdf](http://www.abeneventos.com.br/13senaden/arquivo/CONFERENCIA-ABERTURA_13-SENADEn.pdf). Acesso em: 07 mar 2015.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev Enferm USP**. 2001;35(1).

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

GOMES, N.P. et al. Identification of violence in the conjugal relationship based on the family health strategy. **Texto Contexto Enferm**. 2013; vol.22, n.3, p.789-96.

GOMES, V.L.O. et al. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. **Rev LatinoAme Enferm**. 2015; vol.23, n.4, p.718-24.

GUARESCHI, P. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o Bem e o Mal entre os Neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**. 2006; vol.40, n.4, p.570-5.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_(Org.). **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001. p.17-44.

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

LIMA, T.C. et al. Supervised curricular internship: analysis of the student's experience. **Rev Bras Enferm**. 2014; vol.67, n.1, p.133-40.

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

MARTINS, C.B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ Soc**. 2009;30(106):15-35.

MEDEIROS, M.; TIPPLE, A.F.V.; MUNARI, D.B. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]** 2008;10(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3aXX.htm>. Acesso em: 10 março 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA, S.N.T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**. 2008; Vol.42, n.6, p.1053-9.

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. 2012; vol.16, n.3, p.435-42.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: \_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 29-109.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012.

NETO, D.L. et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm**. 2007; 60(6):627-34.

OLIVEIRA, D.C. et. al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. (org). **Perspectivas teórico-metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPE/ Editora Universitária, 2005.

OLIVEIRA, D.C.; 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.; SCHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas**. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2011.

PASCHOAL, E.P. et al. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. Esc Anna Nery. 2014; 18(1): 32-40. Portuguese.

PECORA, A.R. **Memórias e representações sociais de Cuiabá e da sua juventude, por três gerações, na segunda metade do século XX**. 2007.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc São Paulo**. 2011; Vol.20, n.1, p.124-35. 2011.

PONTES, A.; OLIVEIRA, D.C; GOMES, A.M.T.. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2014, vol.22, n.1, pp. 59-67. ISSN 0104-1169.

PRADO, D. **Dados do Ligue 180 revelam que a violência contra mulheres acontece com frequência e na frente dos filhos**. Compromisso e atitude. 2015. Disponível:

<http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-do-ligue-180-revelam-que-a-violencia-contra-mulheres-acontece-com-frequecia-e-na-frente-dos-filhos/> Acesso: 26 fev 2015.

RAMOS, A.M. et al. Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2015; Vol.24, n.1. p.187-195.

RODRIGUES, V.P. et al. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. **Texto Contexto Enferm.** 2014; vol.23, n.3, p.735-43.

SÁ, C.P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: \_\_\_\_\_. **A identificação dos fenômenos de representação social.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 45-59.

SÁ, C.P. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Núcleo central das representações sociais.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 13-27.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. et al. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic Violence?. **Rev latinoam enferm.** 2014; vol.22, n.3, p.448–53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292616/>. Acesso em: 08 março 2015.

SANTOS, E.L.; GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. **Texto Contexto Enferm.** 2014; Vol.23, n.2, p.408-16.

SHARGHI, N.R. et al. Academic training and clinical placement problems to achieve nursing competency. **J Adv Med Educ Prof.** 2015; Vol.3, n.1, p.15–20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291503/>. Acesso em: 10 março 2015.

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

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.M.C. Women in situations of violence: limits of assistance. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2015; Vol.20, n.1, p.249-58.

SILVA, M.J.; SOUSA, E.M.; FREITAS, C.L. Formação em Enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm.** 2011; 64(2):315-21.

SILVEIRA, J. **Números revelam queda da violência contra mulher no Rio Grande do Sul.** Sul21. 2014. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/numeros-revelam-queda-da-violencia-contra-mulher-no-rio-grande-do-sul/>. Acesso: 25 fev 2015.

TARGETWARE INFORMÁTICA LTDA. **Alceste 2010 versão Windows.** 2010. Disponível em: <<http://www.alcestesoftware.com.br/manuais/alceste-manual.pdf>>. Acessado em: 07 jul. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem.** Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. **Filosofia e características**. [2012?]. Disponível em: <http://www.eenf.furg.br/images/stories/filosofia%20e%20caractersticas.pdf>  
Acesso: 27 fev 2015.

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

VIEIRA, 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**. 2009; Vol.30, n.4, p.609-16.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Flacso Brasil, 2015.

WHO. **Violence is a public health problem worldwide**. In:\_\_\_\_\_. World report on violence and health. Geneva, 2002.

WHO. **Violencia contra la mujer, violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>>. Acesso em: 14 nov 2015.

**APÊNDICE A - Quadro com as disciplinas selecionadas, segundo no me, carga horária e conteúdo. Rio Grande, 2012.**

<b>Disciplina</b>	<b>CHT (hr)</b>	<b>Conteúdos</b>
1. Aleitamento Materno	30	Aleitamento materno e sobrevivência infantil. A importância do aleitamento materno exclusivo no período de seis meses. Vantagens do leite materno com relação ao leite infantil industrializado; Fisiologia da lactação, anatomia da mama, produção de leite materno, sucção e pega da aréola; Bebês que exigem cuidados especiais; Padrões de crescimento do lactente; Retirada e armazenamento do leite materno; Hospital amigo da criança; Políticas nacionais de saúde promovidas na comunidade; Mitos e verdades com relação ao aleitamento materno
2. Assist. Enf. adulto interc. Cir.	135	Sistematização da Assistência de Enfermagem no período perioperatório: avaliação do risco cirúrgico, preparo físico e emocional do cliente para a cirurgia, assistência de enfermagem na prevenção e tratamento das complicações pós-operatórias, orientações para a alta. - Sistematização da Assistência de Enfermagem em Cirurgia Ginecológica; Orifical; Vias Biliares; Próstata; Estomizado; Hérnia; traumatismo músculo-esquelético; Mama; Esôfago; transtornos vasculares; Cirurgia Torácica; Oncológico; Traumatismo Crânio-encefálico; Grande Queimado.
3. Assist. Enf. adulto inter. Clin.	225	Identificar necessidades bio-psico-socio-espirituais de pacientes adultos em situações de intercorrências clínicas; Correlacionar a fisiopatologia com as necessidades humanas básicas afetadas e suas características definidoras, elaborando os diagnósticos de enfermagem, plano de cuidados e avaliação; Promover o raciocínio clínico através da realização de entrevista, exame físico e avaliação, favorecendo o planejamento e a implementação da assistência de enfermagem do paciente adulto em situações de intercorrências clínicas; Participar do trabalho em equipe, respeitando as diferenças individuais e procurando o desenvolvimento coletivo; Promover a organização do trabalho em cenários de assistência clínica, em situação hospitalar e em situação da Estratégia de Saúde da Família.
4. Assist. Enf. Saúde da Cr e Adol I	135	UN. 1 - Realidades e contextos do modo de atenção à saúde da criança e do adolescente: Condicionantes históricos e sociais da saúde da criança. Qualidade de vida e condicionantes do processo saúde-doença na infância. Indicadores de saúde e doença na infância. Políticas de proteção à criança e ao adolescente; A família como enfoque da atenção à saúde da criança e adolescente. Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente; O processo de trabalho em saúde e o enfermeiro na equipe de atenção à saúde da criança e do adolescente. Técnicas de comunicação com a criança e com a família. UN. 2 - Cuidado de Enfermagem ao RN (0 a 28 dias): Conceitos em Neonatologia. Classificação do RN. Profilaxia de infecções no período neonatal. Exame Físico. Características fisiológicas e psicossociais do RN. Cuidados imediatos e mediatos ao RN. Triagem para erros inatos do metabolismo (teste do pezinho). Sistema de Alojamento Conjunto; Aleitamento Materno; Anatomia e fisiologia da lactação. Técnica de amamentação. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Os cuidados e a promoção do aleitamento no pré-natal, sala de parto, alojamento conjunto. As rodas de amamentação e estratégias de incentivo. O apoio e legisla à lactante. O Banco de Leite Humano. Orientação para o desmame. UN. 3 - Atenção à saúde da criança: Imunizações na Infância e Adolescência; Programa de Imunizações. Objetivos. Estratégias. Aspectos imunobiológicos. Técnica de conservação e aplicação de vacinas. Esquema básico; Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Conceitos. Principais teorias do desenvolvimento. Fatores genéticos, ambientais, neuroendócrinos e nutricionais. Marcos e parâmetros de avaliação do crescimento e desenvolvimento. Índices e gráficos; Atenção à Saúde do Lactente (29 dias a 2 anos); Necessidades básicas da criança: alimentação, eliminação, higiene, afeto, sono e repouso, estimulação, recreação, segurança. Problemas de saúde mais incidentes; Atenção à Saúde do Pré-escolar (2-7 anos); Necessidades básicas da criança: alimentação, eliminação, higiene, afeto, sono e repouso, recreação, atividade física, segurança (Prevenção de Acidentes na Infância). Problemas de saúde mais comuns. A importância do brincar. Desenvolvimento de hábitos de saúde; Atenção à Saúde do Escolar (7-10 anos); Necessidades básicas da criança: alimentação, eliminação, higiene, afeto, sono e repouso, recreação, atividade física, segurança. Problemas de saúde mais comuns na escola (dificuldade de aprendizagem, dificuldade auditiva e visual). Desenvolvimento de hábitos de saúde; Atenção à Saúde Oral; Atenção à Saúde Ocular. UN. 4 - Atenção à Saúde do Adolescente (10-19 anos): Condicionantes históricos e sociais da saúde do adolescente. Qualidade de vida e condicionantes do processo saúde-doença na adolescência. Indicadores de saúde e doença na adolescência; Aspectos do desenvolvimento físico, psicoemocional e social

		(escola família e grupos). Crise de identidade do adolescente; Corpo, gênero e sexualidade; Características físicas e fisiológicas que determinam a puberdade e adolescência. Desenvolvimento sexual: aspectos fisiológicos e endócrinos; Desenvolvimento intelectual. Interação social do adolescente (grupo, delinquência juvenil, gravidez na adolescência). 7. Necessidades básicas do adolescente: alimentação, eliminação, higiene, psicoemocionais, sono e repouso, higiene, segurança, atividades físicas, lazer, atividades físicas, educação para a saúde
5.Assist. Enf. saúde da cr e adol II	105	1-Fundamentos e princípios da assistência à criança e ao adolescente: unidade de pediatria; assistência global à criança hospitalizada no momento da admissão, durante a permanência(período de hospitalização), no momento da alta hospitalar; procedimentos técnicos de enfermagem: aplicação de calor e frio como agentes terapêuticos, coleta de material para exames laboratoriais, alimentação da criança no hospital, sondas e drenos, oxigenoterapia, montagem de torpedo e parede, administração de medicamentos por diferentes vias, diluições de medicamentos e cálculos de doses necessários. 2- Assist. Enf. em clínica pediátrica: geca - Gastroenterocolite aguda; Desidratação; Desnutrição; Infecções Respiratórias agudas na infância; 3 – Assist. Enf. ao adolescente hospitalizado: Causas e impactos da hospitalização para o adolescente clínico e cirúrgico; Assist. Enf.ao adolescente vítima de Violência / Suicídio; Assist. Enf. ao adolescente e a Homossexualidade; Assist. Enf. ao adolescente e a Drogadição
6.Assist. Enf. saúde da mulher	135	Política de Saúde da Mulher; Cuidado de enfermagem na prevenção do câncer de colo uterino e mama; aula prática de toque, exame físico; cuidado de enfermagem nas DSTs; cuidado de enfermagem nas vulvovaginites; Planejamento familiar; métodos anticoncepcionais diagnóstico de gravidez; enfermagem no pré-natal de baixo risco; avaliação física da gestante; Enfermagem no puerpério normal e enfermagem no puerpério patológico; Cuidado domiciliar à puérpera; consulta de enfermagem à puérpera; sondagem vesical feminina; Acidentes placentários: RUPREME; PP; DPP; DHEG; Gestação múltipla; gestação prolongada; prolapso cordão.
7.Assist. Enf. Sit. Doen Trans	75	Texto do Contágio a Transmissão; Influenza; Hepatites; Sífilis e AIDS; Meningites; Hanseníase; Leptospirose; Tuberculose; Sarampo; Rubéola; Dengue; Febre Amarela; Difteria; Coqueluche.
8.Educação em Saúde	45	Oficina sobre: o que é Educação em Saúde? Em que cenários se faz educação em Saúde?; Leitura e discussão do texto: Entre a Ciência e a Sapiência - Rubem Alves; Leitura dos seguintes capítulos do livro- Educação em saúde: teoria método e imaginação. a) Introdução; b) Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais Dener Carlos dos Reis; c) A prática educativa no cotidiano do trabalho profissional Eliana Villa; Seminário acerca das teorias da educação: Teorias da Educação: Teorias não críticas; Teorias da Educação: Teorias críticas; A influência das teorias da educação no ensino da enfermagem. Debate sobre o filme: O líder da classe; Referencial teórico de Paulo Freire Leitura e elaboração de diagramas e discussão acerca dos textos: 1) Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 567-73. 2) A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem.Rev. Latino-Am. Enfermagem v.12 n.4 2004. 3) Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. Rev de Pesq. Cuidado é Fundamental, Rio de Janeiro. N. 1 /2, 2005. 4) Chagas NR, Ramos IC, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Cuidado crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. Ciencia y Enfermeria 2009; XV (2): 35-40. Articulação do Referencial de Freire com os textos. Educação permanente e educação continuada.

		Apresentação de práticas de Educação em Saúde em diferentes grupos e espaços sociais - acadêmicos.
9.Enf. gerontogeriatrica	60	<p>Processo de envelhecimento: questões demográficas e epidemiológicas; implicações do aumento da população idosa na sociedade, nos serviços de saúde e na família; conceitos básicos em Gerontologia; Política de Saúde do Idoso: Lei n.º 8.842/94; Decreto n.º 1.948/96; Lei nº 10.741; Pactos pela Vida; Portaria n.º. 2528/06; Alterações fisiológicas, psicológicas e sociais no processo de envelhecimento.</p> <p>- Cuidado de enfermagem à pessoa idosa/família com Depressão e Doença de Alzheimer (DA); Terapêutica medicamentosa; Violência contra a pessoa idosa; Quedas em pessoas idosas; Atendimento domiciliário ao idoso/família; Avaliação multidimensional da pessoa idosa e Classificação da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); O Processo de Enfermagem (PE) permeando os conteúdos ministrados</p>
10.Enf. rede aten. básica à saúde	135	<p>Introdução as Políticas de Saúde no Brasil; Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Modelos Assistenciais em Saúde/Promoção da Saúde; Visita Domiciliar; Projeto Terapêutico Singular; Sistemas de Informações em Saúde; Diagnóstico de Comunidade; Gerenciamento da UBSF: atividade de enfermagem; Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF. Apoio Matricial; Avaliação da Melhoria da Qualidade - AMQ</p>
11.Enf. saúde mental	90	<p>UN I: Referenciais para o trabalho de enfermagem em saúde mental: Políticas públicas de saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Atenção primária, secundária e terciária em saúde mental; A família no processo de produção de saúde/doença mental;</p> <p>UN II: Bases para a relação enfermeiro(a)-paciente: Comunicação e relacionamento terapêutico; Avaliação do estado mental;</p> <p>UN III: Instrumentos para o trabalho de enfermagem: Consulta de enfermagem em saúde mental; Acolhimento e triagem em saúde mental; Projeto Terapêutico e o trabalho em equipe; O grupo como modalidade de trabalho de enfermagem;</p> <p>UN IV: O trabalho de enfermagem às pessoas com transtornos relacionados a: Ansiedade; Somatoforme; Esquizofrenia; Humor; Personalidade; Dependência química; Deficiência mental; Déficit de atenção e hiperatividade.</p> <p>UN V: O trabalho da enfermagem em situações específicas: Uso prolongado de psicofármacos; Emergências em saúde mental</p>
12.Estágio supervisionado I	480	<p>Em todas as unidades o aluno deve: Realizar histórico (preferencialmente no momento da internação), estabelecer diagnósticos de enfermagem, realizar e implementar a prescrição de enfermagem; Atualizar os diagnósticos de enfermagem, realizar evolução e prescrição diárias dos pacientes sob sua responsabilidade; Participar da Passagem de Plantão; Conhecer o trabalho da enfermeira na administração da assistência, no gerenciamento de pessoal, de recursos materiais e do ambiente; Identificar, juntamente com os trabalhadores, problemas da realidade vivenciada, relacionar teoria/prática e propor soluções para a organização contribuindo para o trabalho no setor; Identificar, junto aos trabalhadores, temas ou atividades que necessitem ser discutidas; promovendo momentos de educação em saúde. Elaborar relatório final problematizador embasado na ação/reflexão/ação, analisando as atividades executadas e anexando cópias da SAE, protocolos assistenciais e planos de ensino dos momentos de educação em saúde.</p> <p>UCM/UTI: Realizar atividades na admissão, internação e alta do Adulto/Idoso em situações de Intercorrências Clínicas;</p> <p>INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: Realizar orientação pré-operatória dos pacientes internados, individualmente ou promovendo grupos de auto-ajuda; Participar na elaboração e execução de Projeto de Consulta de Enfermagem Pré-operatória; Acompanhar pelo menos um paciente durante o trans-operatório, prestando cuidados na sala de cirurgia e SRPA; Contribuir para a construção de protocolos assistenciais a partir de necessidades identificadas junto a equipe da unidade;</p> <p>INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA E CENTRO OBSTÉTRICO: Realizar atividades na admissão, internação e alta das mulheres em situações de intercorrências ginecológicas e obstétricas, com base na humanização da assistência; Realizar atividades educativas com a clientela internada na UIO e seus familiares; Realizar consulta de avaliação das parturientes no CO, em parceria com a equipe de saúde do setor, com base na humanização da assistência; Realizar assistência de enfermagem às parturientes nos diversos períodos do trabalho de parto no CO, com base na humanização da assistência; Prestar assistência imediata ao RN juntamente com o pediatra de plantão; Realizar ações educativas no processo de trabalho da enfermagem em saúde da mulher; Promover momentos de integração no trabalho desenvolvido, com a equipe de trabalho das unidades e os acadêmicos de enfermagem que estejam</p>

		<p>realizando prática da disciplina de Assistência de Enfermagem em Saúde da Mulher no CO e UIO; Promover integração do trabalho da enfermagem com a equipe médica por meio de discussão de casos e trabalho conjunto.</p> <p>INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: Realizar atividades na admissão, internação e alta da criança em situações de Intercorrências Clínicas e Cirúrgicas; Realizar orientação pré e pós-operatória dos pacientes internados; Contribuir para a construção de protocolos assistenciais a partir de necessidades identificadas junto à equipe da unidade; Contribuir para a atualização do manual de normas e rotinas do setor;</p> <p>Identificar, junto aos trabalhadores, temas ou atividades que necessitem ser discutidas; promovendo momentos de educação em saúde.</p>
13. Estágio supervisionado II	540	<p>O Estágio Supervisionado pode ser definido como a etapa de aplicação do conhecimento reflexivo e do aperfeiçoamento de habilidades numa situação real; é o momentum de junção do saber com o fazer, que conduzirá sem dúvidas a um agir profissional mais consciente, crítico e criativo (ANDRADE; FERREIRA LIMA, 1987, p. 19). O Estágio Supervisionado constitui-se, então, num elo entre o conhecimento teórico e sua aplicabilidade à realidade social e de saúde da comunidade, onde o Curso está inserido, buscando, através da análise e diagnóstico de problemas e oportunidades, a implementação de ações de saúde voltadas às necessidades da população</p>
14. Exercício da enf.	45	<p>História da enfermagem; Gênero e enfermagem; Entidades de classe; Legislação profissional; Bioética, ética e moral; Questões éticas no exercício da enfermagem; Sofrimento Moral; Advocacia do Paciente.</p>

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante

Meu nome é Vera Lúcia de Oliveira Gomes, sou professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e estou realizando uma pesquisa intitulada “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Gostaria de convidar-lhe a participar, na qualidade de informante. Para tanto, você contribuirá respondendo a uma entrevista, que com sua autorização será gravada, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Sua participação não lhe trará benefícios, mas em muito enriquecerá este estudo que tem como objetivo principal Analisar as representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre os discentes das três séries iniciais e das três finais do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Você e os demais participantes têm o direito de se negarem a responder a alguma pergunta ou mesmo a desistirem da participação, em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhes cause algum prejuízo. De igual forma, têm o direito de se manterem informados acerca dos resultados parciais e final, os quais serão apresentados em eventos e periódicos científicos, no entanto em todas as situações o anonimato dos informantes será mantido. Ressalto que não haverá despesas pessoais nem compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Comprometo-me a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Se em algum momento lhe surgir alguma dúvida, pode entrar em contato comigo, pesquisadora responsável, na Escola de Enfermagem da FURG, pelos telefones: 3233-0313/9968-8439 ou ainda pelo e-mail [vlogomes@terra.com.br](mailto:vlogomes@terra.com.br)

Você aceita participar?

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Representações sociais de discentes de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher”. Eu discuti com a Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia de Oliveira Gomes sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

----- Assinatura do participante

Data     /     /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

-----Assinatura do responsável pelo estudo.

Data     /     /

**APÊNDICE C - Situação pessoal e Evocações livres**

**ROTEIRO DE COLETA DE DADOS**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informante nº:** \_\_\_\_\_ **Série:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino **Nº de filhos:** \_\_\_\_\_

**Cidade de origem:** ( ) Rio Grande ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_

**Estado Civil**

( ) com companheiro e mora com ele

( ) com companheiro e não mora com ele

( ) sem companheiro

**Possui outra graduação:** ( ) não ( ) sim, qual? \_\_\_\_\_

**Exerce alguma atividade profissional:** ( ) não ( ) sim, qual? \_\_\_\_\_

**Exerce alguma atividade acadêmica remunerada:** ( ) não ( ) sim qual? \_\_\_\_\_

**Evocações livres (situação normal)**

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

2º - Solicitar que ao lado direito registre se o termo é positivo, negativo ou neutro, com os sinais de (+ - ou 0, respectivamente)

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

**Participou de algum evento sobre VDCM?** ( ) não ( ) sim, qual? \_\_\_\_\_

**Durante o curso de graduação foi abordado em alguma disciplina o tema VDCM?** ( ) não ( ) sim, qual? \_\_\_\_\_

### APÊNDICE D - Roteiro de entrevistas

1. Para você o que é violência doméstica contra a mulher?
2. Você já ouviu falar sobre violência doméstica contra a mulher? Em qual momento?
3. Quando você expressa o que é violência doméstica contra a mulher, no que você se fundamenta, o que você tem por base?
4. Quando você pensa em violência doméstica contra a mulher que imagem concreta lhe vêm à cabeça?
5. Quando você pensa em violência doméstica contra a mulher quais são os teus sentimentos?
6. O que você pensa da mulher que enfrenta repetidas situações de violência doméstica?
7. O que você pensa dos agressores, ou seja dos que praticam a violência doméstica?
8. Em seu ambiente familiar você já enfrentou alguma situação de violência contra a mulher? (com pai, mãe, primos, tios, amigos) *(se não, pular para a nº11)*
9. Você pode descrever essa situação?
10. Qual foi sua reação frente a essa situação?
11. Você lembra se no ensino médio, o tema “violência doméstica contra a mulher foi abordado? Se sim, de que forma?
12. Agora, no ensino superior, você participou de algum evento promovido pela universidade que abordasse o tema violência doméstica contra a mulher?
13. Nas disciplinas cursadas até o presente momento, a temática violência doméstica contra a mulher foi abordada? *(se não, pular para a nº16)*
14. Qual ou quais as disciplinas e em que série abordaram este assunto?
15. Você poderia descrever como foi desenvolvido este conteúdo?
16. Nas atividades práticas desenvolvidas até o presente momento, tanto no hospital como na rede básica, você presenciou ou atendeu a alguma vítima ou alguma situação de violência doméstica contra a mulher? *(se não, pular para a nº 19)*
17. Você poderia descrever essa situação?
18. Como você se sentiu frente a essa situação?
19. Se você não presenciou ainda, como você acredita que o enfermeiro deve atender uma vítima de violência doméstica?
20. Você saberia dizer qual a legislação que regulamenta a conduta de enfermeiros para o atendimento de vítimas de violência doméstica? Qual?
21. Você sabe dizer quais os compromissos legais dos enfermeiros frente a uma situação de violência doméstica contra a mulher?
22. Você já ouviu falar em notificação compulsória? Sabe para que serve?
23. Você conhece, aqui em Rio Grande, algum serviço de atendimento à mulher vítima de violência doméstica? Se sim, qual?
24. Se você se formasse amanhã e no seu novo trabalho uma mulher, com aproximadamente 35 anos, casada, com três filhos (duas meninas de três e quatro anos com o atual marido e um menino de oito anos do seu primeiro casamento), lhe procura para uma consulta de enfermagem para a realização do exame Beta HCG (teste de gravidez). No prontuário desta mulher consta que a mesma procurou pelo serviço de saúde seis vezes no último mês, sendo que em um deles ela recebeu medicações para dores musculares. Conversando

com a mulher você percebe que a mesma está nervosa, balançando a perna e olhando para o relógio. Você indaga quanto as expectativas em relação a possibilidade de estar esperando outro filho, ela então responde que não foi planejado e começa a chorar e prefere não dizer porque está angustiada. Ao realizar a coleta de sangue, você observa a presença de hematomas no braço da mulher. Em uma conversa franca a mulher confessa que seu marido tem chego em casa tarde do trabalho, alcoolizado e nervoso, reclama do barulho das crianças e acaba brigando com ela. Nesse cenário, qual seria sua posição, como você agiria? Quais as orientações? Você se sentiria preparada para atuar? A graduação lhe possibilitou atuar?









Submissão	
Subordinação	
Superação	Superação
Superioridade	Machismo
Tapa	Violência-física
Tapa	
Terrível	Terrível
Terror	
Tortura	Sofrimento
Traição	Traição
Trauma	Trauma
Trauma	
Trauma	
Trauma	
Traumas	
Triste	Tristeza
Tristeza	

Tristeza	
Verbal	Violência-verbal
Vergonha	Vergonha
Vergonha	
Vício	Vício
Violação	Violência
Violência	
violência-animais	violência-animais
violência-criança	violência-criança
violência-idosa	violência-idosa
violência-mulher	Violência
violência-sexual	Violência-sexual
Vítima	Vítima
Vizinhos	Rede-apoio
Vulnerável	Vulnerável
Vulnerável	Vulnerável

### APÊNDICE F - Cálculo do índice de similitude

EVOCÇÕES	Covardia	Desrespeito	Violência	Violência-física	Dor	Sofrimento	Tristeza	Machismo	Crime	Impunidade	Maria-penha	Medo	Submissão	Vergonha
Covardia		0,05	0,04	0,02	0,05	0,02	0,03	0,04	0,08	0,02	0,03	0,06	0,04	0,02
Desrespeito	5		0,07	0,04	0,02	0,02	0,02	0,04	0,07	0,04	0	0,03	0,03	0
Violência	4	7		0,03	0,04	0,06	0,06	0,02	0,04	0,04	0,01	0,12	0,04	0,03
Violência-física	2	4	3		0,02	0,04	0,03	0	0	0	0	0,04	0,04	0,03
Dor	5	2	4	2		0,08	0,02	0,01	0,01	0,01	0,03	0,06	0,04	0,05
Sofrimento	2	2	6	4	8		0,03	0,02	0	0,03	0,04	0,04	0,02	0,03
Tristeza	3	2	6	3	2	3		0	0,02	0,02	0,02	0,06	0,02	0,01
Machismo	4	4	2	0	1	2	0		0,03	0,01	0,03	0,03	0,02	0
Crime	8	7	4	0	1	0	2	3		0,03	0,01	0	0,02	0
Impunidade	2	4	4	0	1	3	2	1	3		0,01	0,06	0,02	0
Maria-penha	3	0	1	0	3	4	2	3	1	1		0,05	0,03	0,01
Medo	6	3	12	4	6	4	6	3	0	6	5		0,06	0,05
Submissão	4	3	4	4	4	2	2	2	2	2	3	6		0,03
Vergonha	2	0	3	3	5	3	1	0	0	0	1	5	3	

## APÊNDICE G - Dicionário padronização alceste

DICIONÁRIO ALCESTE	
FORMA ORIGINAL	FORMA PADRONIZADA
Pra pro	para
Ta	está
Tava	estava
To tão	estou
Teve	esteve
Ambiente familiar	Ambiente_familiar
Atividades práticas	Atividades_práticas
Alcoolizado Alcoolizada Alcoolatra alcoolismo	álcool
Assistente social	Assistente_social
Acadêmicas de enfermagem	Acadêmicas_enfermagem
Agentes comunitários Agente comunitário de saúde	Agente_saúde
Baixa autoestima	Baixa_autoestima
Boletim Ocorrência BO	Boletim_ocorrência
Casas de acolhimento Casa das mulheres	Casa_abrigo
Classe social	Classe_social
Cento e oitenta 180	Cento_oitenta
Compromissos legais Compromisso legal	Compromisso_legal
Conselho tutelar	Conselho_tutelar
Consulta de enfermagem	Consulta_enfermagem
Código de ética	Código_ética
Delegacia da mulher Delegacia especializada delegacia especializada no atendimento a mulher	Delegacia_mulher
Droga Drogas Usuário de droga Drogado	Droga
Doença sexualmente transmissível	Doença_transmissível
Dona de casa	Dona_casa
Disciplina saúde da mulher	Disciplina_mulher
Disciplina de ética	Disciplina_ética
Disciplina de Epidemiologia	Disciplina_epidemiologia

Epidemiologia	
Disciplina de Políticas públicas Políticas públicas	Disciplina_políticas
Disciplina saúde da criança	Disciplina_criança
Disciplina do trabalhador	Disciplina_trabalhador
Disciplina de aleitamento materno Aleitamento materno	Disciplina_aleitamento
Disciplina de educação em saúde Educação em saúde	Disciplina_saúde
Disciplina de saúde ambiental Saúde ambiental	Disciplina_ambiental
Disciplina de Psicologia Psicologia	Disciplina_psicologia
Disciplina de rede básica Rede básica	Disciplina_rede_básica
Disciplina de semiologia I	Disciplina_semiologia
Exame físico	Exame_físico
Ex namorado	Ex_namorado
Ficha de notificação compulsória	Ficha_notificação
Grupo de pesquisa	Grupo_pesquisa
habeas corpus	Habeas_corpus
Imagem lhe vem a cabeça	Imagem_cabeça
Legislação que regulamenta	Legislação_reg
Lei maria da penha	Maria_penha
Liga do trauma	Liga_trauma
Matéria	disciplina
Notificação compulsória Notificado Notificações compulsórias	Notificação_compulsória
Pensa da mulher Penso da mulher	Pensa_mulher
Pensa em violência doméstica contra a mulher	Pensa_violência_mulher
Pensa dos agressores	Pensa_agressores
Porto alegre	Porto_alegre
Pré-natal	Pré_natal
Pet enfermagem	Pet_enfermagem
Pet saúde	Pet_saúde
Prontuário de enfermagem	Prontuário_enfermagem
Profissionais da saúde Profissionais de saúde	Profissionais_saúde
Rede Básica posto São Miguel Unidade	Rede_básica

Catelo Profilurb Unidade básica	
Santa casa	Santa_casa
Sistema de saúde	Sistema_saúde
Semana acadêmica Semana riograndina	Semana_acadêmica
Serviço de atendimento	Serviço_atendimento
Serviço de psicologia	Serviço_psicologia
Segundo grau Colégio Ensino médio	Segundo_grau
física físicamente violência física agressão física	Violência_física

Verbal verbalmente Agressão verbal	Violência_verbal
psicológica	Violência_psicológica
Estuprada sexualmente Violência sexual	Violência_sexual
Viver mulher	Viver_mulher
Violência doméstica contra a mulher Violência doméstica Doméstica Violência contra a mulher Maus tratos	violência_mulher

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética FURG



**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
 Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

### PARECER N° 109/ 2014

CEPAS 046/2014

**23116.004459/2014-94**

**CAAE:** 33009914.0.0000.5324

**Título da Pesquisa:** Representações Sociais de Discentes de Enfermagem acerca da Violência Doméstica contra a Mulher

**Pesquisador:** Vera Lucia 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 088/2014, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Representações Sociais de Discentes de Enfermagem acerca da Violência Doméstica contra a Mulher**".

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**: 01/02/2016.

Rio Grande, RS, 11 de agosto de 2014.

*Eli Sinnott Silva*  
 Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG