



CRISTIANE LOPES AMARIJO

**REPRESENTAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER, DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RIO GRANDE
2015**

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

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA
A MULHER, DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES NAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

CRISTIANE LOPES AMARIJO

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

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

**RIO GRANDE
2015**

A485r Amarijo , Cristiane Lopes

Representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher,
dos profissionais da enfermagem atuantes nas unidades de saúde da família /
Cristiane Lopes Amarijo. - Rio Grande : [s.n], 2015.

112 f.

Orientação: Profª. Drª. Vera Lúcia de Oliveira Gomes

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

Referências bibliográficas: f. 95-102.

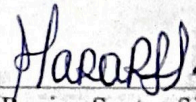
1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica 4 .Gênero e saúde
5. Práticas profissionais 6. Enfermagem. I. Gomes, Vera Lúcia de Oliveira.
II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDD: 613.0424

CRISTIANE LOPES AMARIJO

REPRESENTAÇÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER, DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES NAS UNIDADES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA

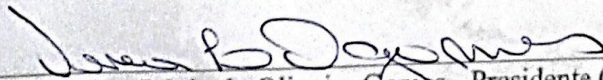
Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em quinze de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



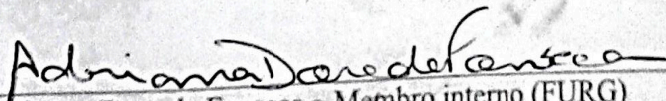
Mara Regina Santos Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - FURG

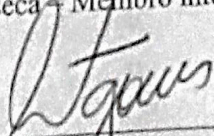
BANCA EXAMINADORA



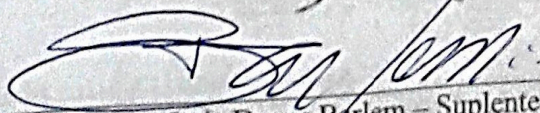
Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia de Oliveira Gomes - Presidente (FURG)



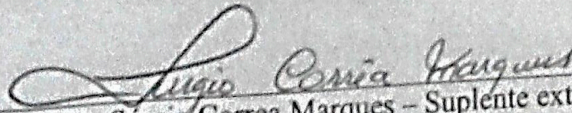
Prof.ª Dr.ª Adriana Dora da Fonseca - Membro interno (FURG)



Prof. Dr. Marcos Tosoli Gomes - Membro externo (UERJ)



Prof. Dr. Edison Luis Devos Barlem - Suplente interno (FURG)



Prof. Dr. Sérgio Correa Marques - Suplente externo (UERJ)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus e à minha Mãe Divina, que iluminaram meu caminho, em todos os momentos. Sem Eles nada seria possível.

Em especial, a minha orientadora e amiga, Dr^a Vera Lúcia de Oliveira Gomes que, com toda sua paciência e dedicação, compartilhou comigo seus conhecimentos possibilitando, assim, a realização deste sonho. Obrigada pela infinita disponibilidade e por ocupar um espaço importante em minha vida.

Aos meus filhos, pela paciência e compreensão, por sempre estarem ao meu lado mesmo quando eu parecia ausente, mergulhada em minhas leituras. Em especial ao meu filho Adriano, meu “substituto imediato” que, por vezes, cuidava da Cauana e do Arthur para que eu pudesse realizar meus trabalhos e leituras. Quanta paciência ele teve e me substituiu muito bem!!! Obrigada por existirem, sem vocês eu nada seria.

Ao Max, uma pessoa especial, rara, que sempre me apoiou, sempre me auxiliou e nunca me deixou desistir daquilo que me propus a fazer. Mais que um amigo, um confidente. Sempre me estimulou a continuar mesmo quando a vontade era desistir. Obrigada pelo seu apoio incondicional durante mais essa fase de minha vida.

Ao meu pai, que lá do céu deve estar assistindo feliz, mais esta conquista. Minha fonte eterna de força e inspiração. Obrigada por todos os momentos de ensinamentos que me proporcionasses.

A minha mãe, Fátima, que apesar de nossas diferenças sempre me apoiou nessa caminhada. Obrigada pelo apoio.

A Dona Marina, que Deus a tenha em Seu Reino, minha segunda mãe! Sempre me passando confiança, garra e energia. Ainda ouço suas palavras me dizendo “calma minha filha, tudo vai se resolver!”, quando tudo parecia não progredir. Obrigada por acreditar em meu potencial mesmo quando eu já não acreditava.

Aos meus gatos, companheiros de madrugadas que mesmo sem entender o que eu lia ficavam ali, ao meu redor. Obrigada pelo companheirismo.

A Camila e a Daniele, minhas colegas e amigas que tanto incomodei e continuarei a incomodar. Obrigada pela amizade, compreensão e paciência.

A Marina e a Daia que aceitaram o desafio de trabalhar com as Representações Sociais e que atingiram seus objetivos com muita propriedade.

Aos membros da banca, que dedicaram seu tempo a ler minha dissertação. Obrigada pela dedicação e contribuições realizadas.

A minha querida amiga e companheira de mestrado, Naiane, que muito me apoiou. Rimos, choramos e nos divertimos juntas. Serão momentos inesquecíveis. Estendo a todas minhas outras amigas e amigos que de alguma forma contribuíram com o meu crescimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, por me permitir ingressar no mestrado e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo investimento no meu mestrado através da bolsa de estudos, financiando e possibilitando a realização da presente pesquisa.

Agradeço imensamente aos profissionais da enfermagem, participantes de meu estudo, que contribuíram com suas experiências e representações, para a concretização dessa pesquisa. Obrigada pela disponibilidade para participar desta construção.

A todos, muito obrigada!!!

*“Hoje meu amor veio me visitar,
Me trouxe flores para me alegrar,
E com lágrimas pede para voltar.
Hoje o perfume eu não sinto mais
Meu amor já não me bate mais,
Infelizmente eu descanso em paz...”*

Refrão da música Rosas.
Conjunto: Atitude Feminina – Brasília-DF

RESUMO

AMARIJO, C.L. **Representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher, dos profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família**¹. 2015. 112 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Mulheres em situação de violência frequentam com maior assiduidade os serviços de saúde, principalmente na atenção primária, o que proporciona aos profissionais uma maior aproximação com esses casos. Nesse contexto, destaca-se a importância das Unidades de Saúde da Família para a detecção precoce de situações de violência. Questões pessoais ou mesmo a representação que o profissional tem sobre a violência podem influenciar no atendimento prestado às vítimas. A Representação Social consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos. Revela o saber do senso comum e determina as condutas consideradas aceitáveis e toleráveis pelo grupo, para um determinado contexto. Pressupõe-se, assim, que a Representação Social pode influenciar as práticas assistenciais, motivo pelo qual foi adotada para fundamentar este estudo. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 03/2013. Trata-se de uma pesquisa social, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Com ela objetivou-se analisar as representações sociais de profissionais de enfermagem que trabalhavam em Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS acerca da violência doméstica contra a mulher. Considera-se a Teoria das Representações Sociais adequada, pois o conhecimento de tais representações pode contribuir significativamente para o planejamento de ações e intervenções de prevenção e combate a essa problemática. A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2013 a partir de um questionário com questões fechadas, referentes à situação pessoal e socioprofissional dos informantes, de Evocações Livres e de uma entrevista direcionada por roteiro previamente estabelecido. A análise das evocações foi realizada com o *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations - EVOC 2005*. O material coletado nas entrevistas foi inserido no *software NVivo* versão 10. A provável centralidade dos elementos que integram o núcleo central revelou uma representação estruturada da violência doméstica contra a mulher, com conotação negativa. Um dos achados mais importantes deste estudo foi que, ao contrário do que apregoa a literatura, os cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem não se restringiram ao aspecto físico. Eles se preocuparam em acolher as vítimas e estabelecer com elas um vínculo de confiança a partir do diálogo, com esclarecimentos sobre a necessidade de continuidade do atendimento, bem como dos encaminhamentos a outros serviços. A apreensão das representações sociais de técnicos de enfermagem e enfermeiros permite compreender o cuidado prestado às vítimas, além de contribuir para fomentar discussões acerca da violência doméstica contra a mulher junto aos profissionais envolvidos no cuidado, bem como facilitar o delineamento de estratégias de combate e prevenção da violência.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Gênero e saúde. Práticas profissionais. Enfermagem.

¹ Esse estudo constitui uma etapa do projeto intitulado “Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande/RS”. Apoio CAPES

ABSTRACT

AMARIJO, C.L. **Representations regarding domestic violence against women by nursing professionals working at Family Health Clinics**¹². 2015. 112 pp. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Nursing School. Nursing Post-graduation Program. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Women suffering domestic violence look for health services more often, mainly for first aid, which brings professionals closer to such cases. The importance of Family Health Clinics is outstanding in this context for early detection of domestic violence. Personal issues or even the representation that professionals have regarding violence may influence the services provided to victims. Social Representation consists of a set of thoughts, ideas and beliefs that arise from social interactions, common to a given group of individuals. It reveals awareness of common sense and determines the behaviors considered acceptable and tolerable in the group in a specific context. Thus, it is assumed that Social Representation can influence assistance practices, the reason why it has been adopted to support this study. The Research Ethics Committee of Universidade Federal do Rio Grande approved the project under assent No. 03/2013. It is a social, exploratory, descriptive research with a qualitative approach. It aims to analyze the social representations of nursing professionals who handled domestic violence against women at Family Health Clinics in the city of Rio Grande/RS. The Social Representation Theory is considered suitable, since the knowledge of such representations may contribute substantially to action planning, as well as prevention and action interventions to fight this problem. The data collection was carried out from July through November 2013 by means of a closed-ended questionnaire, regarding personal and socio-professional situation of informants, Free Evocations and a pre-established script interview. The Evocation analysis was accomplished by the *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* - EVOC 2005. The material collected in the interviews was introduced into *software NVivo* version 10. The likely centeredness of the elements that form the core has revealed a structured representation of domestic violence against women, with a negative connotation. One of the most important findings of this study is, as opposed to literature, the care given by nursing professionals, not restricted to physical care. They concern with sheltering the victims by creating a confidence bond through dialogue, by clarifications about the need for continuing their assistance, as well as referrals and other services. The apprehension of social representations by nursing technicians and nurses allows one to understand the care given to victims, besides contributing with encouraging discussions regarding domestic violence against women as far as the professionals involved in the caretaking are concerned, as well as facilitating the outlining of strategies to fight and prevent violence.

KEY-WORDS: Violence against women. Domestic violence. Gender and health. Professional practices. Nursing.

² This study constitutes a step of the Project “Social Representations of domestic violence against women among health professionals who work at Family Health Clinics in the city of Rio Grande/RS”. Support: CAPES

RESUMEN

AMARIJO, C.L. **Representaciones acerca de la violencia doméstica contra la mujer, de profesionales de enfermería actuantes en Unidades de Salud de la Familia**³. 2015. 112 pgs. Disertación (Maestrazgo en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

Mujeres en situación de violencia frecuentan con mayor asiduidad los servicios de salud, principalmente en atención primaria, que proporciona a los profesionales una mayor aproximación con esos casos. En ese contexto, destacase la importancia de las Unidades de Salud de la Familia para la detección precoz de situaciones de violencia. Cuestiones personales o mismo la representación que el profesional tiene por la violencia pueden influenciar en atención prestada a las víctimas. La Representación Social consiste en un conjunto de pensamientos, ideas y creencias resultantes de las interacciones sociales, comunes a un dado grupo de individuos. Revela el saber del censo común y determina las conductas consideradas aceptables y tolerables por el grupo, para un determinado contexto. Presupone, así, que la Representación Social puede influenciar las prácticas asistenciales, motivo por el cual fue adoptada para fundamentar este estudio. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal del Rio Grande bajo el parecer nº 03/2013. Se trata de una pesquisa social, exploratoria, descriptiva, con abordaje cualitativa. Con ella se objetivo investigar las representaciones sociales de profesionales de enfermería que trabajaban en las Unidades de Salud de la Familia del Municipio de Rio Grande/RS acerca de la violencia doméstica contra la mujer. Considerase la Teoría de las Representaciones Sociales adecuada, pues el conocimiento de tales representaciones puede contribuir significativamente para el planeamiento de acciones e intervenciones de prevención y combate a esa problemática. La coleta de datos ocurrió en el período de julio a noviembre de 2013 a partir de un cuestionario con cuestiones cerradas, referentes a situaciones personales y socio profesionales de los informantes, de Evocaciones Libres y de una entrevista direccionada por guía previamente establecido. El análisis de las evocaciones fue realizada con el *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* - EVOC 2005. El material colectado en las entrevistas fue insertado en el *software NVivo* versión 10. La probable centralidad de los elementos que integran el núcleo central revelo una representación estructurada de la violencia doméstica contra la mujer, con connotación negativa. Uno de los hallados más importantes de este estudio fue que, al contrario de lo que dice la literatura, los cuidados prestados por los profesionales de enfermería no se restringieron al aspecto físico. Ellos se preocuparon en acoger las víctimas y establecer con ellas un vínculo de confianza a partir del diálogo, con aclaraciones sobre la necesidad de continuidad del atendimento, bien como de los encaminamientos a otros servicios. La aprehensión de las representaciones sociales de técnicos de enfermería y enfermeros permite comprender el cuidado prestado a las víctimas, además de contribuir para fomentar discusiones acerca de la violencia doméstica contra la mujer junto a los profesionales envueltos en el cuidado, bien como facilitar el delineamiento de estrategias de combate y prevención de la violencia.

Descriptores: Violencia contra la mujer. Violencia doméstica. Género y salud. Prácticas profesionales. Enfermería.

³ Ese estudio constituye una etapa del proyecto intitulado “Representaciones Sociales de la violencia doméstica contra la mujer, entre profesionales de salud, que actúan en las Unidades de Salud de la Familia, del municipio del Rio Grande/RS”. Apoyo CAPES

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	10
2 OBJETIVO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 A naturalização da dominação masculina	15
3.2 Contexto histórico da violência contra a mulher no Brasil	17
3.3 Tramas de uma vida familiar conflituosa	22
3.4 Feminicídio: vidas apagadas pela violência de gênero	28
3.5 Desafios e conquistas para o combate da violência doméstica	30
3.6 A violência contra a mulher no locus da Unidade de Saúde da Família	33
3.7 A notificação compulsória da violência contra a mulher.....	36
4 REFERENCIAL TEÓRICO	41
5 PERCURSO METODOLÓGICO	46
5.1 Tipo de estudo	46
5.2 Campo de investigação	46
5.3 Participantes do estudo.....	47
5.4 Coleta de dados	47
5.5 Tratamento dos dados	48
5.6 Aspectos éticos	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
6.1 Perfil dos informantes	53
6.2 Análise estrutural da representação social dos profissionais da enfermagem	53
6.3 Análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais da enfermagem	57
6.4 ARTIGOS	60
6.4.1 Artigo 1: Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher na perspectiva da abordagem estrutural	60
6.4.2 Artigo 2: A enfermagem frente à violência doméstica contra a mulher sob a ótica das representações sociais	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	95
ANEXO A –Ficha de notificação compulsória	103
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética	105
ANEXO C – Declaração da instituição co-participante.....	106

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	107
APÊNDICE B – Roteiro para coleta de dados – Perfil dos informantes	108
APÊNDICE C - Roteiro para coleta de dados – Entrevista	110
APÊNDICE D - Mapeamento das USFs do município do Rio Grande/RS	111

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, é um fenômeno sócio histórico global, multifatorial e complexo. Encontra-se interligado ao poder, privilégios e controle masculino e apresenta diferentes níveis de severidade (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GUEDES; FONSECA, 2011; OMS, 2010). Pode ser explicada como um fenômeno multifacetado cujas raízes encontram-se arraigadas na desigualdade entre os sexos, embasadas nas categorias hierárquicas historicamente construídas que vitimizam mulheres de diferentes faixas etárias, povos, culturas, nacionalidade, orientação sexual ou condição social (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014; GUEDES; FONSECA, 2011; OMS, 2010).

Considerada como uma violação dos direitos humanos, a violência contra a mulher encontra-se profundamente enraizada em valores culturais, muitas vezes manifestando-se sob as formas de machismo, patriarcalismo e discriminação (OMS, 2010; REICHENHEIM et al., 2011; VERAS; CUNHA, 2010). É um constructo social que distingue os papéis que são inerentes ao sexo feminino e ao masculino, determinando a submissão das mulheres e qualificando-as como inferiores (GUEDES; FONSECA, 2011).

Essa construção colocou em lados opostos o masculino e o feminino, dividindo as atividades inerentes a cada um. Aos homens caberia, então, realizar todos os atos perigosos e espetaculares. À mulher, o papel de obediente, submissa, de cuidadora do lar e educadora dos filhos. Atribuem-se a ela atividades correspondentes ao espaço limitado e confinado do lar, ou seja, todos os trabalhos domésticos, privados e escondidos (BOURDIEU, 2014).

Baseada nas diferenças biológicas, essa construção social é ensinada e aprendida, de forma “natural”, desde o início da vida e talvez até antes do nascimento, fazendo com que meninos e meninas a incorporem. Esse aprendizado, enraizado na cultura de cada sociedade, proporciona a interiorização de papéis sociais de homens e mulheres determinando a divisão sexual do trabalho (BOURDIEU, 2014).

“A divisão entre os sexos parece estar ‘na ordem das coisas’, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável [...]” (BOURDIEU, 2014. p. 17). Esse pensamento naturaliza as diferenças entre os sexos, permitindo previsões que se confirmam pelo curso do mundo (BOURDIEU, 2014). É como se as diferenças sexuais imprimissem nos corpos a justificativa para a distinção social entre os gêneros e suas funções laborais (BOURDIEU, 2014).

Quando o pensamento feminino e suas percepções encontram-se em conformidade com os ideais de uma sociedade machista, patriarcal, “seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão.” (BOURDIEU, 2014. p. 22). Esta relação assimétrica está relacionada com a distribuição desigual de poder entre o casal, o que pode desencadear situações cujo risco de um dos envolvidos machucar e ferir gravemente o outro é grande (GONZÁLEZ, BEJARANO, 2014; REICHENHEIM et al., 2011) resultando em violência.

Considera-se violência doméstica aquela praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, apresentando ou não vínculo familiar. A violência familiar consiste em toda ação que vise denegrir de alguma forma a vítima, sendo realizada por indivíduos aparentados ou que assim se considerem (BRASIL, 2006).

Pesquisas apontam a violência contra a mulher, tanto no contexto domiciliar quanto público, como sendo o maior e mais preocupante problema social da atualidade. Aproximadamente uma em cada cinco brasileiras refere ter sido vítima de violência doméstica ou familiar. Estatísticas afirmam que 20% das mulheres, sofreram, em 2010, algum tipo de violência por parte de homens, conhecidos ou não, sendo as formas mais citadas a física e a psicológica (BRASIL, 2013b; VENTURI; GODINHO, 2013).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos, 40% a 70% das mulheres foram vitimadas por seus parceiros íntimos. Ainda, na Colômbia, a cada seis dias uma mulher é morta por seu companheiro (KI-MOON, 2013). Na designação de “parceiro íntimo” incluem-se os cônjuges, parceiros atuais e passados (OMS, 2010).

A violência doméstica configura-se em um grave problema de saúde pública, devido à sua magnitude, gravidade, recorrência e pelas consequências negativas sobre a qualidade de vida das vítimas, é extremamente frequente, mas raramente enunciada (ALMEIDA, SILVA, MACHADO, 2014; OMS, 2010; REICHENHEIM et al., 2011; SILVA, PADOIN, VIANNA, 2013).

Entre os anos de 2007 e 2012, a Central de Atendimento à Mulher, também conhecida por Ligue 180, registrou 257.562 denúncias de violência doméstica. Desses atendimentos, a maioria dos acusados era o parceiro íntimo. O dado se torna mais alarmante quando essa mesma Central revela que a violência, em geral, acontece uma vez por semana e 59,5% das vítimas não depende financeiramente do agressor (BRASIL, 2013a).

No ano de 2014, essa central realizou 485.105 atendimentos, sendo 52.957 referentes a relatos de violência, os demais foram encaminhamentos para serviços especializados e

prestação de informações. Do total dos relatos de violência, 27.369 correspondem a violência física; 16.846, psicológica; 5.126, moral; 1.028, patrimonial; e 1.517, sexual. Além dessas tipificações, houve cárcere privado e tráfico de pessoas com 931 e 140 casos, respectivamente (BRASIL, 2015b).

Comparando os anos de 2006 e 2013, em Porto Alegre a violência de gênero aumentou 70%. Apenas nos três primeiros meses do ano de 2013 foram contabilizadas mais de oito mil ocorrências, enquanto que durante o ano de 2012 essa cifra não atingiu 12,8 mil. São apontados como fatores contribuintes para esse aumento o machismo e a falta de diálogo (RIO GRANDE DO SUL, 2013). No Município do Rio Grande, uma pesquisa realizada na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) revelou que, do início do funcionamento, em agosto de 2009, até dezembro de 2011, momento em que a coleta foi finalizada, foram analisadas 902 ocorrências. Destas, quase metade referia-se a violência física e 63% das vítimas já tinham sido agredidas anteriormente (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Experienciar situações violentas resulta na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos de vitimização (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013; FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). Anualmente, a violência doméstica acarreta uma perda de nove milhões de anos de vida saudável (GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Assim, a Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) delinea um novo perfil epidemiológico brasileiro (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

As mulheres podem vivenciar a violência de gênero por anos sem buscar ajuda e isso lhes acarreta sérios problemas de saúde; tal afirmação se respaldada no fato de que aproximadamente 35% das queixas que as levam a procurar o setor de saúde relacionam-se com algum tipo de violência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária (ALBUQUERQUE et al., 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014; SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010). Nesse contexto, destacam-se as Unidades de Saúde da Família (USFs) para a detecção precoce dos casos, uma vez que, pela aproximação com a comunidade, os profissionais têm conhecimentos dos problemas que a atingem (RÜCKERT et al., 2008) incluindo os de VDCM.

Entretanto, o atendimento à vítima pode ser influenciado pela representação que os profissionais envolvidos no cuidado têm sobre a VDCM (SILVA et al., 2015). A Representação Social (RS) consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos (ABRIC, 2003;

MOSCOVICI, 2005; SÁ, 2002). Elas são dinâmicas, mutáveis, determinam comportamentos, cristalizam-se e se modificam com o passar do tempo (MOSCOVICI, 2005; SÁ, 2002). Além disso, sofrem influências da posição ou inserção social dos indivíduos (SÁ, 1998).

Para gerar RS, o objeto a ser estudado necessita apresentar “relevância cultural ou espessura social” (SÁ, 1998. p. 45), ou seja, o grupo a ser pesquisado precisa possuir uma representação do objeto que se deseja investigar. Além disso, o objeto necessita estar presente em alguma prática do grupo (SÁ, 1998).

Assuntos de relevância social, dentre eles os que dizem respeito à saúde e à doença, exigem que os indivíduos formulem teorias embasadas em suas experiências, informações e valores, quer seja em nível individual ou coletivo (SÁ, 2004). A violência de gênero, na maioria das vezes naturalizada pelo senso comum, também faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde, o que pode interferir no atendimento às mulheres nessa situação (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

É dever do profissional cuidar de forma humanizada e integral, a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Nesse sentido, os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013). Isso requer que estejam despidos de preconceitos e julgamento.

Não são apenas as medidas que visam coibir e prevenir a VDCM, bem como prestar um tratamento humanizado que se configuram com um grande desafio. A transformação de crenças e valores semeados com base cultural, transmitidos de uma geração para outra, “que produzem e reproduzem a violência nas relações de gênero como fato naturalizado e banal”, necessita ser foco de discussões (NOBRE; BARREIRA, 2008).

Por acreditar que as RS de profissionais da enfermagem acerca da VDCM são construídas a partir do entrelaçamento de vivências pessoais e profissionais e que aspectos culturais podem influenciar na elaboração das mesmas; por acreditar também que as RS acerca da VDCM influenciam as práticas de cuidado às vítimas, bem como o planejamento de ações e intervenções de prevenção e combate da VDCM, investigou-se “quais as representações sociais que os profissionais da enfermagem atuantes nas USFs do município do Rio Grande/RS têm acerca da violência doméstica contra a mulher”.

2 OBJETIVO

Analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher, de enfermeiros e técnicos de enfermagem de Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão encontra-se dividida em sete subcapítulos. Inicia-se abordando questões de gênero envolvidas na naturalização da violência e após apresenta-se um panorama dos acontecimentos que contribuíram para conferir à VDCM uma maior visibilidade no Brasil. A seguir, na tentativa de melhor compreender o fenômeno, discorre-se sobre alguns fatores ou tramas familiares, considerados precursores da violência, incluindo o Modelo Ecológico da Violência com suas inter-relações e o ciclo da violência com suas distintas fases.

Em sequência, abordam-se o crime de feminicídio e a sua inclusão no Código Penal. Após, explana-se sobre alguns desafios e conquistas em prol da garantia dos direitos femininos, incluindo a criação das Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres. Logo, discorre-se sobre algumas das repercussões que a violência pode exercer sobre a saúde das mulheres, o paradoxo entre o patamar privilegiado que o setor de saúde ocupa para a identificação e manejo dos casos e o despreparo dos profissionais frente à violência, o qual repercute no atendimento prestado. Por fim, explana-se sobre a notificação compulsória e denúncia policial.

3.1 A naturalização da dominação masculina

Influenciados pela cultura patriarcal presente na sociedade, homens e mulheres consideram que as incumbências masculinas referem-se aos papéis públicos, ao poder, à autoridade e à chefia da família (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013). À mulher destinam-se a procriação, os afazeres domésticos, a obediência e a subordinação. Os atributos de gênero valorizam o homem em relação à mulher, estabelecendo assimetrias de poder dentro das relações (ANFLOR, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Designada também como violência de gênero, a VDCM representa o resultado dos desequilíbrios na distribuição de poder nas relações conjugais que confere aos homens o papel de dominador e às mulheres, de dominadas (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Muitas vezes a violência é empregada como uma forma de manter a subordinação feminina nas relações matrimoniais (HESLER et al., 2013).

Essa distinção social entre os sexos é responsável pela obediência feminina ao homem, e pelo poder masculino sobre a mulher (GIRALDO; BALLÉN, 2014; HESLER et al., 2013). Legitimado aos homens, pelo modelo de sociedade patriarcal, o poder proporciona o enraizamento desse paradigma na consciência feminina, resultando na submissão das mulheres e, muitas vezes, na violência nas relações conjugais (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Algumas mulheres reconhecem que a distribuição desigual de poder é fruto da maneira como foram educadas, de visualizarem o homem como cabeça da relação. Reconhecem, também, que sempre estiveram submetidas aos mandos de algum homem, como se fosse algo natural. Primeiramente, era o pai que mandava nas filhas, depois os maridos nas mulheres e os filhos homens nas mães. Os homens, por sua vez, acreditam que “tem que ser assim”, que as mulheres lhes devem obediência (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

Outras mulheres, por naturalizarem a submissão, não se percebem mergulhadas em situações de violência e desrespeito aos seus direitos e desejos (VALE et al., 2013). Elas acreditam estar vivenciando algo normal nas relações entre marido e mulher. É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável (COSTA; LOPES; SOARES, 2014). Parece que, quando iniciam uma relação conjugal, elas entregam corpo, alma e a identidade aos companheiros, perdem sua autonomia e o direito de decidir (HESLER et al., 2013).

Mesmo infelizes, muitas mulheres se mantêm em relações conflituosas pelo valor social atribuído ao casamento, sempre pensaram em casar e ter um marido. A permanência nesse tipo de relação ocorre também pelo compromisso assumido perante a Igreja, ou seja, pela crença na indissociabilidade do casamento, esperança de que o companheiro mude ou ainda por se julgarem culpadas pela situação (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GOMES et al., 2013a; HESLER et al., 2013).

Baseados na visão de subalternidade e subserviência feminina, muitos homens adotam a violência como uma forma de corrigir o comportamento por eles considerado incorreto (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GIRALDO; BALLÉN, 2014). O direito da mulher de decidir e fazer escolhas é compreendido como um comportamento errôneo que deve ser penalizado (GIRALDO; BALLÉN, 2014). Há autores que acreditam que as relações conjugais conflituosas decorrem da necessidade masculina de reconquistar o poder ou prevenir sua perda (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

A condição de subalternidade feminina, também considerada como “destino de gênero”, acaba por naturalizar e normalizar os eventos violentos, impedindo a ação sobre os mesmos (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013). O exercício do

poder nas relações conjugais apresenta grande impacto sobre a saúde das mulheres, com implicações sobre a qualidade de vida (VIEIRA et al., 2013a; VIVIESCAS-VARGAS et al., 2013).

O entendimento da mulher como sexo frágil e submisso encontra-se inserido no imaginário social exercendo influências sobre distintas áreas, inclusive na assistência à saúde e, principalmente, no atendimento às vítimas (HESLER et al., 2013; VALE et al., 2013). As intervenções dos profissionais de saúde refletem as marcas da construção de gênero, pois ressaltam a fragilidade feminina como foco de ação (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Alguns profissionais, com pensamento androcêntrico e hegemônico, acreditam que não se pode acusar somente o homem, pois a mulher também deve ser culpada pela violência sofrida. Assim, procuram evidências para acusá-las do comportamento inadequado, desencadeador da fúria do parceiro, e tentam convencê-la disso (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013); também consideram que a mulher deve resolver a situação sozinha, fora da unidade de saúde (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Em determinadas situações, os próprios profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não “bater de frente” (KIND et al., 2013). Em outras, sequer reconhecem os sinais mais sutis da violência (GOMES et al., 2013a). Entretanto, há de se considerar que mesmo os profissionais que atuam no cuidado às vítimas não estão livres de vivenciar a violência conjugal, o que pode dificultar o atendimento (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Um estudo realizado por Costa, Lopes e Soares (2014) investigou as RS acerca da VDCM na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul, e encontrou, dentre as evocações, termos que refletem a dominação masculina e a submissão feminina, como: sobrecarga de trabalho da mulher, medo, desrespeito, agressão e agressão-física. Esse achado revela RS arcaicas, arraigadas em um modelo patriarcal, de dominação masculina, o que acaba justificando e naturalizando a violência contra as mulheres.

O termo “sobrecarga de trabalho” pode referir-se à dupla jornada que a mulher enfrenta, trabalhando fora e em casa. Fica evidente que os afazeres domésticos ainda são, socialmente, considerados de responsabilidade das mulheres.

3.2 Contexto histórico da violência contra a mulher no Brasil

A VDCM consiste em uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; SOUZA et al., 2014), em que a subordinação não implica na ausência absoluta de poder (OMS 2002), mas é fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos. No âmbito privado, essa desigualdade baseada no gênero, determina os padrões de relacionamento entre homens e mulheres, podendo resultar em violência doméstica (GUEDES; FONSECA, 2011; GOMES; ERDMANN, 2014; LEITE et al., 2014).

Todavia, o seu reconhecimento como uma problemática da esfera social que necessita ser combatida ocorreu somente depois de muitos esforços, pois o Código Civil Brasileiro, criado em 1916, patriarcal e paternalista, legitimava a subordinação feminina. Nele constava que a mulher casada só poderia trabalhar com a autorização do seu marido. Apesar de participar das despesas da casa, era vista como coadjuvante no sustento da família. Estabelecia, ainda, que o marido era o representante legal da família, cabendo a ele a administração de todos os bens, incluindo os particulares da mulher (BRASIL, 2003a). Somente em 1962 alterações no Código, possibilitaram às mulheres casadas a conquista do direito de trabalhar sem a autorização do marido (NARVAZ; KOLLER, 2006). Esses feitos só se tornaram possíveis, a partir da promulgação do Estatuto da Mulher Casada, que lhes conferiu maior poder de decisão sobre a própria vida (ANFLOR, 2014).

Na década de 70, movimentos feministas foram intensificados com o intuito de conquistar a igualdade de gênero, criminalizar a VDCM e criar políticas públicas para coibi-la. Essas manifestações desencadearam, na década de 80, mudanças em nível legislativo, institucional e jurídico (ANFLOR, 2014; BANDEIRA, 2009).

Nos anos 80, essa problemática passou a ser uma das prioridades na luta pela proteção e promoção dos direitos das mulheres, tanto na esfera nacional quanto na internacional (ANFLOR, 2014; SOUZA et al., 2014). Em resposta a essas reivindicações, algumas conquistas foram obtidas.

Em 1994, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, com a finalidade de enunciar e garantir os direitos femininos (OEA, 1994). No ano de 1995, a Lei nº 9.099/95 instituiu a criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIMs), com vistas à conciliação, processo, julgamento e execução dos crimes, por ela designados como “de menor poder ofensivo” (BRASIL, 1995), dentre eles a VDCM. Uma das principais intenções de tais juizados era de reconciliar o casal, pois, na abertura da sessão, o Juiz esclarecia aos envolvidos sobre as vantagens de uma conciliação (BRASIL, 1995). Essa natureza

reconciliatória entre as partes envolvidas desagradou os grupos feministas, que continuaram suas lutas (BANDEIRA, 2009).

Em 2002, nova modificação foi realizada Código Penal atribuindo às mulheres o direito de dirigirem suas famílias e conferindo ao casal igualdade de poder. Além disso, alguns termos do Código anterior foram alterados a fim de corrigir a linguagem androcêntrica até então adotada, a expressão “todo homem”, foi substituída por “toda pessoa” (NARVAZ; KOLLER, 2006). No entanto, os direitos estabelecidos pela Lei não garantem seu exercício. Apesar de todas as conquistas femininas alcançadas nas últimas décadas, muitas mulheres ainda desconhecem seus direitos.

Isso reflete a necessidade de modificações relacionadas à designação de papéis sociais do homem e da mulher, ancorada nas relações assimétricas de poder construídas historicamente (BANDEIRA, 2009; BOURDIEU, 2014; SOUZA et al., 2014). Acredita-se que algumas mulheres reconheçam essa distinção sexista e a necessidade de transformação, uma vez que, ao longo da história, lutaram pelos seus direitos de cidadãs bem como pela igualdade de gênero.

Em 2003 foi implantada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, que contribuiu na elaboração da nova legislação para erradicar a violência de gênero (BANDEIRA, 2009). No ano de 2006 foi criada a Lei 11.340, também conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), com o intuito de dar fim a essa chaga da sociedade (VERAS, CUNHA, 2010). A partir de então, a violência doméstica e familiar foi reconhecida como crime, aumentando o rigor das punições aos agressores e proibindo a aplicação de penas pecuniárias (BRASIL, 2006).

Em relação ao conhecimento da LMP, uma investigação que entrevistou 1248 mulheres residentes no Brasil, no período de 18 de fevereiro a 4 de março de 2013, revelou que 99% já tinham ouvido falar na Lei. Esse conhecimento independe do estrato social, idade, nível de escolaridade, religião ou raça (BRASIL, 2013b).

A referida lei conceitua violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece suas formas, além de criar mecanismos de proteção à vítima. Em conformidade com essa lei, a violência doméstica e familiar contra a mulher consiste em “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006. p. 8).

A violência de gênero, um ato de transgressão dos direitos humanos femininos, pode apresentar-se sob as diferentes formas: violência física, violência psicológica, violência moral, violência patrimonial e a violência sexual (BRASIL, 2006; OMS, 2010).

A violência física consiste em qualquer conduta que vise prejudicar a integridade física da vítima (BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). São exemplos os tapas; empurrões; socos; mordidas; chutes; queimaduras; cortes; estrangulamentos; lesões causadas por armas ou objetos; obrigar a vítima a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos; tirar de casa à força; amarrar; arrastar; arrancar a roupa; abandonar em lugares desconhecidos; etc. (BRASIL, 2002). Tradicionalmente, a violência contra a mulher está intimamente relacionada com a agressão física. Ela é a mais reconhecida e, socialmente, considerada a mais perigosa e de alta prevalência (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause ou vise causar dano à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa. Pode ser impetrada mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância e perseguição, insulto, chantagem, etc. (BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Podem-se citar a desvalorização; o isolamento de amigos e familiares; a ridicularização; a exploração; a negligência; a privação arbitrária da liberdade, impedindo a vítima de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, etc.; o confinamento doméstico; as críticas pelo desempenho sexual; a omissão de carinho; a negação de atenção e supervisão (BRASIL, 2002). Essa forma de agressão contra a mulher geralmente encontra-se associada às agressões físicas e, em alguns casos, acompanhada da violência sexual (ALBUQUERQUE et al., 2013). Por não deixar danos físicos, muitas vezes, a violência psicológica não é percebida como agressão, permanecendo invisível (GONZÁLES; BEJARANO, 2014; VIVIESCAS-VARGAS et al., 2013).

Embora a VDCM possa ser caracterizada de acordo com os danos que pode causar, em determinadas situações, essas “violências” se imbricam de tal modo que se torna impossível delimitar apenas um tipo (VIEIRA et al., 2013a). Frequentemente coexistem a violência física, a psíquica e a sexual (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Os altos índices de violência psicológica representam um dado importante, visto que as mulheres agredidas estão reconhecendo essa forma de violência subjetiva (VIEIRA et al., 2013a). A violência verbal gera graves danos às mulheres através de palavras ou frases desqualificadoras que seus companheiros usam para desprezá-las. Esses desqualificativos apresentam efeito controlador e manipulador sobre as mulheres, efetivando-se, assim, a violência psicológica. Nessa modalidade a vítima mantém-se subjugada e conectada psiquicamente com seu agressor frente ao medo de episódios de violência física (GIRALDO; BALLÉN, 2014).

A violência sexual ocorre, quando a vítima é obrigada a participar, manter ou presenciar uma relação sexual da qual não deseja compartilhar, mediante ameaças ou uso da força (BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Se efetiva em situações de estupro, abuso sexual infantil e intrafamiliar, assédio sexual, carícias indesejadas, exposição obrigatória a material pornográfico, negação do parceiro em utilizar preservativos, sexo forçado durante um relacionamento, quer seja namoro, noivado ou casamento, entre outras formas (BRASIL, 2006).

A violência patrimonial se efetiva quando, de alguma forma, os bens da mulher (roupas, objetos, animais de estimação, entre outros), documentos pessoais, recursos econômicos são retidos, subtraídos, ou danificados parcial ou totalmente. Também constitui essa forma de violência a negação ao pagamento de pensões concedidas por via judicial, para a sobrevivência familiar, bem como o uso dos recursos financeiros de pessoas idosas que estejam sob tutela, para fins pessoais e deixando-as sem os devidos cuidados (BRASIL, 2006).

A violência moral é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Essas duas últimas formas de violência, moral e patrimonial, apresentam pouca abordagem na literatura em virtude de seu desconhecimento como crimes contra a mulher (ACOSTA; GOMES; BARLÉM, 2013).

A LMP, além de tipificar e conceituar a VDCM, proíbe as penas pecuniárias, ou seja, o agressor não pode mais “quitar sua dívida” com a justiça realizando o pagamento de multas ou de cestas básicas (BRASIL, 2006). Ficou claro que a integridade feminina não pode ser trocada por uma cesta básica e tampouco consiste em um valor econômico (DIAS, 2011).

Apesar de a LMP ter sido criada com a finalidade de reduzir os altos índices de crimes contra a mulher, punir agressores, assegurar os direitos femininos, protegê-las e conferir-lhes maior autonomia (BRASIL, 2006), os dados revelam que essa forma de violência é bastante expressiva no território brasileiro (SOUZA et al., 2014). A criação da LMP constitui-se como “um ponto de partida, e não de chegada, no combate à violência contra a mulher” (FRANCO, 2013. p.2).

Cabe ressaltar que, apesar de a LMP se configurar em um instrumento que garante o direito das mulheres, falta-lhes consciência crítica (SOUZA et al., 2014. p. 3), pois muitas delas, perante o juiz, pedem para renunciar à denúncia ao agressor, perdendo, assim, a oportunidade de fazer valer o direito de culpabilizar o acusado (SOUZA et al., 2014). Por outro lado, algumas mulheres não denunciam o agressor por medo ou dependência financeira. A vergonha de ter sido vítima de violência de gênero também representa um fator impeditivo

à denúncia, principalmente entre as mulheres com maior escolaridade e renda (BRASIL, 2013b).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2014) constatou que a LMP não influenciou a ponto de reduzir o número de feminicídios, pois os dados revelam a estabilidade das taxas antes e após sua promulgação (BRASIL, 2013b; IPEA, 2014). Nesse sentido, o ano de 2006 apresentou uma taxa de 4,2 feminicídios para cada 100 mil mulheres, decrescendo no ano seguinte para 3,9. No ano de 2008 essa taxa se elevou novamente para 4,2 e, em 2013[,] assumiu o patamar de 4,8 a cada 100 mil mulheres. Entre os anos de 1980 a 2013 os homicídios femininos aumentaram em 252%, passando de 1.353 para 4.762 casos (WASELFISZ, 2012, 2015).

Uma investigação realizada pelo IPEA em 212 municípios brasileiros expõe que 91% dos entrevistados concordaram que o homem que violenta sua companheira deve ser preso. Esse dado demonstra que a opinião pública acerca da punição dos agressores transcende barreiras socioculturais e educacionais. Contudo, essa informação esconde que mais da metade dos participantes acreditava que as situações de violência que ocorrem dentro da esfera domiciliar devem ficar restritas a esse âmbito e discutidas somente pelos membros da família (IPEA, 2014).

Observa-se um paradoxo entre o que falam e o que pensam os informantes da referida investigação, uma vez que desejam culpabilizar os agressores que praticam violência contra a mulher, mas ao mesmo tempo acreditam que os conflitos familiares provenientes de um convívio violento devem restringir-se à esfera do lar. Isso ocorre em virtude da visão, ainda vigente, de uma família patriarcal, baseada no poder masculino, que confere ao homem o título de chefe da família, com direitos sobre a companheira (IPEA, 2014).

Apesar do grande percentual de famílias lideradas por mulheres, uma parcela significativa da população brasileira pondera que o homem deve ser o “cabeça” da família. Um dos fatores que interfere nessa premissa é a escolaridade, ou seja, quanto maior o tempo de estudo, menor é a chance de a mulher concordar com essa afirmação (IPEA, 2014; OMS, 2010). Ressalta-se que “essa luta não é contra os homens, mas é uma luta pela igualdade” (ANFLOR, 2014. p.75).

3.3 Tramas de uma vida familiar conflituosa

A VDCM vai além daquilo que é visível ou tipificado no Código Penal. Muitas vezes a vítima vem sofrendo, há meses, anos ou décadas, diferentes modalidades de violência, até

decidir pela denúncia (BRASIL, 2005). Geralmente os atos violentos não se limitam a um único episódio e as relações violentas podem seguir uma escala progressiva (VIEIRA et al., 2013a; VALE et al., 2013).

Os abusos ocorrem no cotidiano das mulheres, muitas vezes, sem que elas percebam. Iniciam-se como pequenos atos que se intensificam dia após dia (BRASIL, 2005). “O hematoma, o arranhão e a ameaça que leva a mulher a pedir a ajuda são muitas vezes apenas a ponta de um *iceberg*” (BRASIL, 2005. p.19).

Além de suportarem a dor física, as vítimas carregam consigo a carga esmagadora e a dor de terem sido violentadas por quem nutrem um sentimento de amor, ou que um dia amaram (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011; OMS, 2010). O lar, local que deveria ser considerado de segurança e proteção, passa a ser visto como espaço de vulnerabilidade à violência (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Para Bourdieu (2014) os atos que podem levar a mulher à subordinação e, conseqüentemente à vitimização, podem assumir formas de emoções corporais como, por exemplo, vergonha, timidez e culpa; ou de paixões e de sentimentos, como o amor, a admiração e o respeito pelo agressor. A VDCM não se justifica, contudo, existem fatores que são considerados seus precursores (GOMES; ERDMANN, 2014). Esses fatores podem, ao mesmo tempo, atuar como motivadores ou não da denúncia. Alguns dos motivos pelos quais a mulher não denuncia seu agressor são a falta de condições econômicas para viver sem o companheiro, a preocupação com os filhos e o medo de serem assassinadas (VIEIRA et al., 2012).

Dentre os fatores considerados de risco para um homem agredir fisicamente uma mulher estão a desigualdade entre os sexos, a natureza das relações interpessoais entre os envolvidos, o sentimento de posse do homem sobre a mulher, a banalização e a adoção da violência como forma de resolução dos conflitos cotidianos, a pobreza, a baixa escolaridade, a pouca idade do casal, o consumo excessivo de álcool, ter sofrido alguma forma de abuso na infância e experimentar outras formas de violência na fase adulta. (BRASIL, 2009; BANDEIRA, 2009; OMS, 2010; REICHENHEIM et al., 2011; LEITE et al., 2014).

Todavia, existem mulheres que ultrapassam essas barreiras permeadas pelo medo e buscam a punição dos agressores. Outros motivos que levam as vítimas a realizarem a denúncia são: o desejo de acabarem com a situação vivenciada, que pode envolver ciúmes, traições, usos de drogas lícitas e ilícitas; o desejo de ter paz e retomar sua vida e seus planos de estudar, trabalhar, relacionar-se com amigos e familiares, usar roupas de sua escolha; bem

como a intenção de optar pela separação e afastamento do companheiro do ambiente doméstico (VIEIRA et al., 2012).

Para auxiliar na compreensão do fenômeno multifacetado da violência, foi criado o Modelo Ecológico (BRASIL, 2005; OMS, 2010; OPS, 2002), introduzido, pela primeira vez, no final da década de 70 por Garbarino, Crouter e Bonfenbrenner (OMS, 2010; OPS, 2002). Nesse modelo (Figura 1), a violência estaria relacionada diretamente a interações dos planos individual, relacional, comunitário e social, cujas características determinariam seu desenvolvimento ou sua prevenção (BRASIL, 2005).

Figura 1 – Modelo ecológico da violência.



Fonte: Brasil, 2005, p. 38.

O nível individual considera as possíveis características do sujeito que podem elevar à probabilidade de envolvimento com situações de violência, seja como vítima ou perpetrador (OMS, 2010; OPS, 2002). Integram esse nível fatores como: pertencer a faixas etárias juvenis, baixa escolaridade, pertencer a classes econômicas menos favorecidas, o uso de drogas lícitas ou ilícitas e transtornos psíquicos. Acrescentam-se, ainda, a aceitação da violência por parte da mulher, os valores patriarcais dominantes e comportamentos machistas frente às mulheres (OMS, 2010).

Um estudo realizado com mulheres que buscaram atendimento na DEAM de João Pessoa/PA revelou que a forma como as vítimas percebem seus companheiros é contraditória. Qualificam-nos como sendo desde uma “pessoa ótima” até um “covarde”, um “doente”. Essa última, referindo-os como psicopatas, esquizofrênicos e com dupla personalidade (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). A personalidade antissocial é um transtorno mental que constitui importante fator de risco individual na perpetração da VDCM, pois os portadores desse distúrbio, muitas vezes, ignoram as normas sociais (OMS, 2010).

O nível relacional corresponde às relações sociais proximais que poderiam, de alguma forma, contribuir para a vitimização ou agressão (OMS, 2010; OPS, 2002). A multiplicidade de parceiros sexuais e a infidelidade masculina podem atuar como fatores contribuintes ao desencadeamento de VDCM (OMS, 2010).

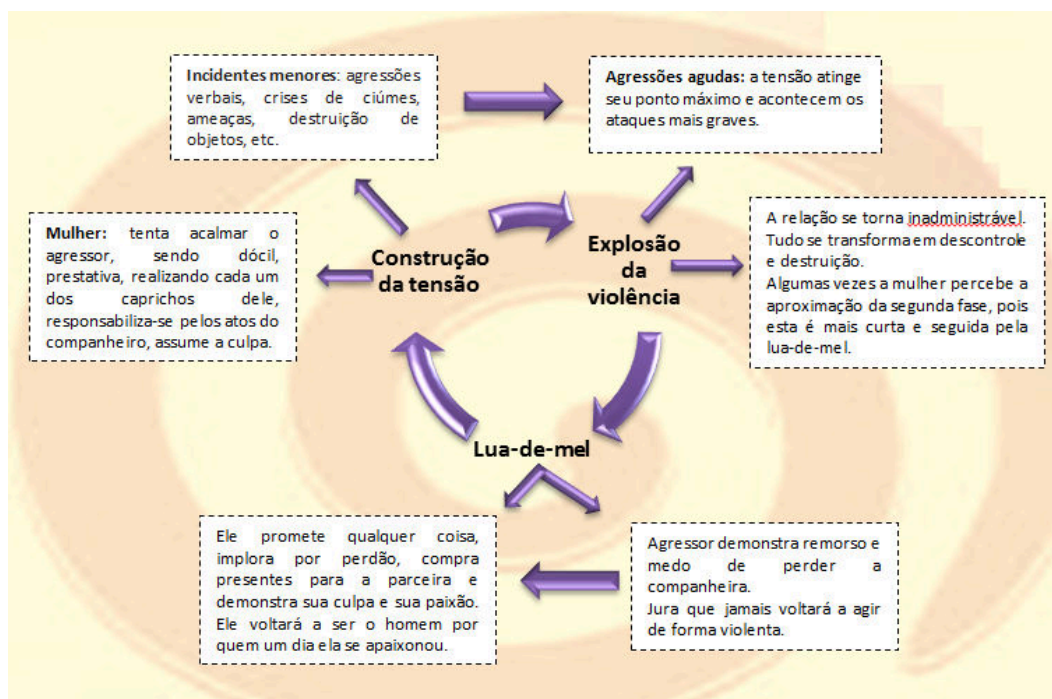
O nível comunitário considera os contextos em que as relações ocorrem e busca identificar fatores contribuintes ao desenvolvimento da VDCM (OMS, 2010; OPS, 2002). Em sociedades onde há apoio às vítimas e pressão moral para intervenção de vizinhos nas situações de violência física, os índices de violência contra a mulher são reduzidos.

O nível societário, por sua vez, examina fatores sociais que podem estar aumentando ou diminuindo as taxas de violência de gênero (OMS, 2010; OPS, 2002). Em sociedades onde o patriarcado é marcante e as mulheres têm difícil acesso ao divórcio, são mais comuns os espancamentos pelos maridos. Normas enraizadas na distinção de papéis sociais, a cultura local e questões religiosas contribuem não somente para a perpetuação da violência, mas também para outras iniquidades contra as mulheres, como, por exemplo, redução das oportunidades de trabalho, emprego, estudos, saúde, participação social, dentre outros.

Observa-se, neste modelo, que distintos são os fatores que atuam aumentando o desencadeamento de atos violentos contra as mulheres. O entrelaçamento entre os diversos sistemas representa o contexto em que os indivíduos encontram-se.

Além dos determinantes expostos no Modelo Ecológico, a VDCM, muitas vezes, se desenvolve a partir de três fases consecutivas e de forma progressiva, iniciando pela “construção da tensão no relacionamento”, depois “a explosão da violência – descontrole e destruição” e, por último, “a lua-de-mel – arrependimento do agressor” (Figura 2) (BRASIL, 2005, 2009; RIO DE JANEIRO, 2013).

Figura 2 – Ciclo da violência doméstica.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Na primeira fase, ocorre a manifestação de atos de menor intensidade. Citam-se as agressões verbais, crises de ciúmes e ameaças. Trata-se de um período variável que pode estender-se desde meses até anos ou décadas (BRASIL, 2005).

A mulher busca amenizar as agressões, pois acredita ter alguma parcela de culpa e que se trata de uma crise passageira. Ela busca acalmar e agradar o agressor, satisfazendo suas vontades e caprichos, atribuindo os atos violentos ao cansaço do marido ou ao abuso da bebida alcoólica (BRASIL, 2005).

A segunda fase é marcada por agressões de maior intensidade e mais graves. Neste período a mulher já não consegue administrar a situação, que foge de seu controle. Todavia, por experiência, ela sabe que esta etapa tem curta duração e que será seguida pela terceira fase, a lua-de-mel (BRASIL, 2005).

Após ter desencadeado atos de violência física, o agressor se arrepende, sente remorso e teme pelo término do relacionamento. É neste período que ele faz promessas de uma vida sem agressão, implora perdão, presenteia a vítima e lhe faz juras de amor. Ela volta a enxergar nele o seu companheiro, o homem pelo qual um dia se apaixonou. Contudo, essa só é mais uma etapa do ciclo da VDCM (BRASIL, 2005).

A mulher sonha com um casamento feliz e perfeito, por isso cultiva constantemente a esperança de que o comportamento do parceiro agressor possa mudar. Anseia pelo dia em que tudo fará parte do passado. Esse sentimento é frequentemente transformado pelas decepções que sofre cotidianamente, ao se deparar com o comportamento inalterado do companheiro. Esse misto de sentimentos que permeia desde a esperança até a decepção acentua o desgaste da relação (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012). “Com a harmonia destruída, o casal passa a não ter mais qualidade na relação, que começa a ser desgastante e perigosa” (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012. p.311).

Quando a mulher decide pôr um fim na relação conjugal, o homem-agressor a vê como desobediente, que deseja acabar com a ordem familiar. No imaginário masculino, essa insubordinação rompe com os padrões sociais da supremacia masculina. Muitos homens sentem-se possuidores das mulheres, acreditando ter controle sobre a vida e a morte de suas companheiras. A maioria dos casos de violência viril encontra-se fortemente relacionada com o fato de o agressor crer que a mulher não apresenta o padrão de comportamento por ele considerado ideal (BANDEIRA, 2009; IPEA, 2014).

Desconsiderando o assédio e a violência sexual, nas demais modalidades de violência contra a mulher, o marido ou namorado é o responsável por mais de 80% dos casos (VENTURI; GODINHO, 2013). Assim, a VDCM é majoritariamente exercida pelo parceiro íntimo, configurando-se o lar como um local inseguro para as vítimas, uma vez que o agressor encontra-se dentro de casa (BRASIL, 2013a; CÔRTEZ, 2012; LEITE et al., 2014).

Uma pesquisa do Data Senado (2013b) sobre VDCM constatou que mais de 13 milhões e 500 mil mulheres já sofreram algum tipo de violência; destas, 31% ainda convivem com o agressor e 14% ainda sofrem com a VDCM. Isso significa que 700 mil brasileiras continuam sendo vítimas da violência de gênero (BRASIL, 2013b).

Apesar de significativos, os dados não revelam a magnitude do problema. Acredita-se que os casos não registrados de violência por parceiro íntimo ocupam patamares bem mais elevados, pois o que se detecta é apenas uma pequena parcela das violências perpetradas contra as mulheres e, ainda, com um atraso de seis a dez anos após seu início (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Essa infradeteção está relacionada com a visão limitada das formas pelas quais a violência pode se manifestar (GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Apesar de ter se constituído como um fenômeno invisível por décadas, ainda hoje é de difícil identificação (VALE et al., 2013).

Em relação ao pedido de ajuda, a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo revela que, aproximadamente, 2/3 das mulheres que sofrem ameaças ou violência física recorrem às mães, irmãs ou outros parentes. As denúncias às autoridades policial e judicial não ultrapassam 1/3 dos casos, o que significa que, das 2.365 vítimas do estudo, apenas 788 denunciaram os agressores (VENTURI; GODINHO, 2013). Entretanto, o balanço 2014 das ligações atendidas pelo Ligue 180 revelou que as vítimas foram as que mais denunciaram o ocorrido, efetuando quase 38.000 ligações (BRASIL, 2015b).

3.4 Femicídio: vidas apagadas pela violência de gênero

O feminicídio consiste em qualquer ato ou conduta embasada nas relações desiguais de poder, que culmine com a morte de uma ou mais mulheres. A maior parte desses assassinatos ocorre no lar, sendo praticado pelos parceiros íntimos das vítimas (MENEGHEL et al., 2013). A Costa Rica foi o primeiro país da América Latina a tipificar esse crime, em 2007 (CASTRO, 2013).

Sancionada pelo Congresso Nacional Brasileiro, no dia nove de março de 2015, a Lei 13.104/15 classifica o feminicídio como uma das formas de homicídio qualificado. Essa Lei altera o artigo 121 do Código Penal e inclui o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Com essa qualificação a pena aos feminicidas varia entre 12 e 30 anos de reclusão, não lhes sendo permitido o pagamento de fianças, concessão de anistia nem a graça ou indulto (BRASIL, 2015a). Quando da prisão temporária, o prazo será de 30 dias prorrogáveis por igual período (CAVALCANTE, 2015).

Tal iniciativa fundamentou-se nos 43,7 mil feminicídios ocorridos no Brasil, entre 2000 e 2010, o que corresponde a uma média de 5.000 mortes por ano (FRANCO, 2013; IPEA, 2014). Dessas vítimas, 41% foram executadas nos próprios lares, muitas tendo como acusados os parceiros íntimos (FRANCO, 2013). Ao criminalizar o feminicídio, a legislação busca fortalecer o combate à violência de gênero e reduzir a impunidade. Muitos feminicídios são antecedidos por uma longa história de agressões e ameaças e, ocorrem com maior frequência entre mulheres pobres, de grupos ou etnias desfavorecidos. No entanto, não se encontram isentas desse crime as mulheres de classe social elevada (MENEGHEL et al., 2013).

O Mapa da Violência 2015, com o intuito de fornecer um panorama mais acurado dos homicídios femininos, revelou que, entre 83 países analisados, o Brasil ocupou o quinto lugar no *ranking* de feminicídios, apresentando uma taxa de 4,8 mortes a cada 100 mil mulheres (MENEGHEL et al., 2013; WAISELFISZ, 2015). O país que liderou o *ranking* foi El

Salvador, com 9,8 casos para cada 100 mil mulheres. Os países com menores taxas de mortalidade foram Reino Unido, Marrocos e Egito[,] com 0,1, casos para 100 mil mulheres, cada um (WAISELFISZ, 2015). As estatísticas brasileiras revelam que[,] em 2013, 13 mulheres foram mortas por dia (WAISELFISZ, 2015).

No ano de 2010, ocorreram 4.465 feminicídios no Brasil, uma taxa de 4,6/100 mil mulheres (MENEGHEL et al., 2013). Na Espanha, somente no ano de 2008, 76 mulheres foram assassinadas por seus parceiros íntimos, mas essa é uma realidade que vem decrescendo em virtude dos avanços internacionais, nacionais e regionais voltados para a erradicação da violência contra a mulher (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Entre os anos de 2009 e 2011, o Brasil contabilizou 16.994 feminicídios, uma média de 5.665 mortes por ano. São Paulo apresentou 2.377 casos, com média anual de 792, seguido pela Bahia, com 648 e Minas Gerais, com 646 casos. Roraima e Acre foram os que menos apresentaram esse delito, com 19 casos, ao ano, cada um. O Estado do Rio Grande do Sul somou 763 crimes dessa tipificação durante o período investigado, com média anual de 254 casos (IPEA 2014).

Em virtude dos feminicídios, o Rio Grande do Sul, em 2010, ficou em 18º lugar entre os 27 estados brasileiros que mais contabilizam tal crime, com 4,1 casos a cada 100 mil mulheres. O Espírito Santo ocupou o primeiro lugar, com uma taxa de 9,8 por 100 mil mulheres, e, em último lugar, o Piauí, com uma taxa de 2,6 por 100 mil mulheres (BRASIL, 2013a).

Esse crime pode ser motivado por ciúmes e desejo de posse (VIVIESCAS-VARGAS et al., 2013; MENEGHEL et al., 2013); devido ao pedido de separação por parte da mulher; por envolver-se em relações extraconjugais ou em disputa pelos bens, pois os homens não aceitam a partilha, nem pagamento de pensão alimentícia (MENEGHEL et al., 2013). Alguns dos argumentos utilizados pelos agressores para justificar os assassinatos são: amor à vítima, excesso de zelo, ciúmes, defesa da honra, não aceitar o fim do relacionamento, crença de que ela era sua propriedade e assim poderia fazer o que quisesse com a vítima, etc. (BANDEIRA, 2009).

Cabe ressaltar que, mesmo as mídias que dizem atuar contra a violência, reproduzem o modelo patriarcal e minimizam as mortes femininas. Por vezes, atribuem a culpa às próprias vítimas sob alegação de estarem vestidas de modo inadequado ou frequentando locais exclusivamente masculinos (MENEGHEL et al., 2013).

Uma investigação conduzida pela Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP/RS), intitulada “Feminicídio: um tema para debate”, identificou que em 50,4% dos

casos o autor do crime foi o companheiro atual da vítima. Os ex-companheiros ocuparam o segundo lugar, com 25,5% dos casos. Do total de crimes cometidos, tanto por ex-companheiros quanto por companheiros, 83,5% ocorreram na residência das vítimas. Em 41,7% dos feminicídios havia registros anteriores, o que pode ser entendido como um crime anunciado (SSP/RS, 2014).

Com o intuito de romper o ciclo da violência e das mortes anunciadas através de ocorrências anteriores de violência, a Brigada Militar implementou a Patrulha Maria da Penha, que tem por função acompanhar e fiscalizar o cumprimento das medidas protetivas de urgência, para que o descumprimento das mesmas não coloque em risco a integridade da vítima (SSP/RS, 2014). Entretanto, a não realização da denúncia às autoridades impede as mulheres de desfrutarem de tais serviços de proteção e terem maior segurança.

Embora a violência doméstica contra a mulher seja um fenômeno social complexo, assim como sua resolução, acredita-se que é imprescindível conferir maior visibilidade ao problema (VIEIRA et al., 2013a; GIRALDO; BALLÉN, 2014) e tratá-lo a partir de ações interdisciplinares (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

3.5 Desafios e conquistas para o combate da violência doméstica

Em resposta aos movimentos feministas contra a violência de gênero intensificados no final da década de 70 (REICHENHEIM et al., 2011), foram criadas as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs) (ANFLOR, 2014; NOBRE; BARREIRA, 2008). A primeira a ser instituída foi a de São Paulo, em 1985 (ANFLOR, 2014; BANDEIRA, 2009). Essa experiência pioneira pretendia, também, fazer com que a sociedade reconhecesse a violência de gênero como um crime. A demanda elevada pelo serviço oferecido por essa DEAM motivou a expansão de outras delegacias da mulher por todo o país.

No ano de 1988, foi instalada a primeira DEAM na cidade de Porto Alegre, expandindo-se, a seguir, para Canoas e Caxias do Sul (ANFLOR, 2014). Essas delegacias apresentam distintas denominações: Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), Delegacia para a Mulher (DM), Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

A partir da implantação das Delegacias Especializadas, as mulheres, além de contarem com proteção policial, conquistaram o acesso à justiça e tiveram seus direitos garantidos (NOBRE; BARREIRA, 2008). As delegacias passam a configurar-se como espaços “responsáveis pelo registro e apuração de crimes contra a mulher, pelo seu enfrentamento e

prevenção” (NOBRE; BARREIRA, 2008. p. 140). Em 1992 o Brasil possuía 125 DEAMs ou Delegacias de Defesa dos Direitos da Mulher (DDMs), (SOUZA et al., 2014).

No ano de 2005 foram elaboradas as Normas Técnicas de Padronização das Delegacias (NT), que determinaram quais eram os recursos estruturais mínimos para o funcionamento das DEAMs. Esclareciam, ainda, que os profissionais atuantes nessas delegacias deveriam preferencialmente ser do sexo feminino e possuir cursos de capacitação nessa área de conhecimento (BRASIL, 2010).

Em 2006 a LMP foi implementada para “responder às impropriedades” da Lei nº 9.099 (BANDEIRA, 2009. p. 421). Essa nova lei, enraizada na Convenção de Belém do Pará, amplia o conceito de violência contra a mulher, apresenta inovações em relação ao Código Penal, afirma que a violência encontra-se arraigada nas desigualdades sexistas, estabelece medidas de proteção às vítimas, obriga os agressores a comparecerem a programas de recuperação e reinserção social, não permite o pagamento de pena pecuniária, dentre outras (BRASIL, 2006).

Após um ano da vigência da LMP, em 2007, o território brasileiro já contava com 396 Delegacias Especializadas (SOUZA et al., 2014). Em 2012, aumentou para 432. Em 2014, o Rio Grande do Sul possuía 16 DEAMs (ANFLOR, 2014). Este avanço reflete os esforços para ampliar a Rede de Atendimento. Todavia, este número ainda é reduzido se pensarmos que existem 5.570 municípios no país (BRASIL, 2013a).

Em Brasília, a DEAM pode ser considerada um exemplo isolado no país, pois conta com ampla estrutura física, material e adequado número de servidores. Em 17 estados brasileiros foram constatados abandono e sucateamento deste serviço. A situação precária das demais DEAMs é referida por seus representantes como decorrente da falta de investimentos dos estados, da insuficiência de servidores para completar o quadro de trabalho, dos baixos salários que contribuem para o abandono da profissão e conseqüentemente das delegacias (BRASIL, 2013a).

A insuficiência de servidores dificulta os registros de ocorrência, fazendo com que em muitas DEAMs os depoimentos sejam agendados para datas posteriores, e isso desestimula as mulheres, de forma que muitas não retornam ao serviço, deixando os acusados impunes (BRASIL, 2013a).

Na DEAM de Manaus, em 2012, havia 4.500 inquéritos parados havia seis anos devido ao reduzido número de trabalhadores. Essa situação, muitas vezes, leva à impunidade dos agressores, uma vez que a demora faz com que os crimes prescrevam, aumentando o descrédito no sistema judicial e nas delegacias especializadas, por parte das vítimas. Apesar

dos investimentos destinados às capacitações, a maioria dos servidores não está preparada para o atendimento às vítimas (BRASIL, 2013a).

Pela falta de uniformidade no preenchimento dos dados, a tentativa de homicídio praticada no ambiente doméstico é pouco registrada e até desqualificada, constando como simples lesão corporal. Essa realidade estende-se a praticamente todos os estados brasileiros (BRASIL, 2013a).

Quanto à localização geográfica, muitas DEAMs estão distantes dos demais serviços da rede de apoio ou em locais onde a concentração de mulheres é pouco expressiva. A dispersão dos serviços dificulta a articulação entre as instituições de atenção às vítimas, impedindo, muitas vezes, o deslocamento até as delegacias, para a denúncia (BRASIL, 2013a).

O Estado pode adotar as providências cabíveis. Dentre elas, a prisão em flagrante do agressor, pela autoridade policial, nos casos de violência efetivada ou sério risco de que ocorra (CORTÊS; MATOS, 2009).

Outra providência que o Estado propõe, mas que, muitas vezes, foge da realidade vivenciada em virtude da forma como é desenvolvido o trabalho nas delegacias, é a realização de um atendimento acolhedor e humanizado à vítima. Assim, a vítima deve ser ouvida atentamente e esclarecida sobre seus direitos, principalmente sobre as medidas protetivas de urgência. Ainda, deve ser registrado o Boletim de Ocorrência (BO). Com ele inicia-se o inquérito policial, que é composto pelo depoimento da vítima, do agressor, das testemunhas e pelas provas (BRASIL, 2006; CORTÊS; MATOS, 2009).

Em virtude do elevado número de queixas retiradas, por parte das vítimas, muitas autoridades policiais não tratavam a VDCM com seriedade (CORTÊS; MATOS, 2009). Deve-se considerar que a mulher que sofre agressão, em algumas situações, ao procurar ajuda policial não deseja ver seu companheiro processado ou preso, mas sim romper com o ciclo da violência. Em seu artigo 16, a LMP elucida que, caso a vítima deseje retirar a acusação, precisa comparecer, perante o juiz, em audiência marcada especificamente para este fim (BRASIL, 2006).

Contudo, as ações de combate à VDCM não são obrigações puramente do Estado, do setor policial e do criminal. O artigo 3º da LMP explana que a família, a sociedade e o poder público são corresponsáveis pela garantia dos direitos femininos (BRASIL, 2006). No contexto social, destaca-se o papel dos serviços de saúde tanto para diagnóstico e tratamento quanto para estratégias de prevenção.

3.6 A violência contra a mulher no *locus* da Unidade de Saúde da Família

A VDCM exerce um impacto significativo sobre a saúde, comprometendo não só as vítimas, mas a família e a sociedade como um todo (GOMES; ERDMANN, 2014). O convívio violento produz inúmeros agravos que podem apresentar-se de forma intensa, devastadora, e por vezes irreparáveis (ALBUQUERQUE et al., 2013; SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

Em virtude da natureza da violência praticada pelo parceiro íntimo, sua ocorrência e impactos sobre a saúde das mulheres são frequentemente “ocultados”, mascarando os níveis dos danos causados (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; OMS, 2010). Em relação à qualidade de vida, mulheres que sofreram violência exibem uma saúde deteriorada, com repercussões sobre a condição física, mental e reprodutiva (OMS, 2010).

No que diz respeito ao físico, elas podem apresentar síndrome de dor crônica, lesões físicas, transtornos do aparelho digestivo, tentativas de suicídio, enfim, os mais variados sinais e sintomas. Em relação à saúde mental podem-se citar: depressão, transtornos psicossomáticos, entre outros. Quanto às repercussões na saúde reprodutiva, complicações na gravidez, aborto espontâneo, aborto praticado em condições inseguras, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis e esterilidade (RUCKERT et al., 2008; BRASIL, 2009; OMS, 2010; GOMES; ERDMANN, 2014). Contudo, a principal queixa das mulheres que sofrem algum tipo de violência de gênero é a dor crônica, que pode localizar-se em qualquer parte do corpo ou mesmo não ter uma localização específica. “É a dor que não tem nome ou lugar!” (SÃO PAULO, 2007. p. 32).

Assim, não são apenas as marcas visíveis, como os hematomas que revelam situações de violência. Em algumas situações, a maneira da mulher se expressar, o conteúdo de seu diálogo podem configurar um pedido de ajuda. Percebe-se dessa forma a necessidade de os profissionais procurarem detectar os casos de violência que se manifestam de maneira oculta aos olhos (SÃO PAULO, 2007).

Nesse contexto, as USFs encontram-se em patamar privilegiado para intervir na questão da VDCM, em virtude de seu modelo assistencial pautado na integralidade do cuidado (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; LEITE et al., 2014; VALE et al., 2013; GONZÁLES; BEJARANO, 2014). Nesse modelo, além de buscar identificar e tratar os problemas que afetam as famílias, os profissionais devem desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos junto aos usuários e à comunidade (HESLER et al., 2013).

A elevada frequência das mulheres aos serviços de saúde deve-se, também, ao seu papel social de cuidadoras dos filhos, do marido ou de si mesmas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; VALE et al., 2013). Nessas oportunidades, a consulta de enfermagem constitui-se em um recurso propício à detecção dos casos de violência (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013). Contudo, o que se percebe é que “os profissionais de saúde, em geral, estão aptos apenas a intervir em problemas explícitos, objetivos, que não exijam a investigação da subjetividade dos sujeitos” (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013.p. 112).

Quando uma vítima de violência busca o serviço de saúde o profissional deve acolhê-la, ouvindo-a com atenção e respeito, visando estabelecer um vínculo de confiança, transmitindo-lhe credibilidade sobre o exposto (GONZÁLES; BEJARANO, 2014; HESLER et al., 2013; VIEIRA et al, 2013). A credibilidade consiste em um aspecto essencial na detecção dos casos de violência, pois sem ela não há o relato das situações vivenciadas, bem como fica prejudicada a relação entre a mulher e o profissional (HESLER et al., 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; VALE et al., 2013; VIEIRA et al, 2013b).

É durante o acolhimento que as vítimas devem ser orientadas sobre seus direitos e os recursos que poderão auxiliar no combate da violência, como grupos de autoajuda e o atendimento por membros da equipe multiprofissional (HESLER et al., 2013; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KIND et al., 2013). Isso requer preparo profissional, conhecimento atualizado da legislação e dos serviços de apoio (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Por vezes, quando a mulher busca o serviço, a violência encontra-se mascarada por sintomas inespecíficos (GONZÁLES; BEJARANO, 2014; VALE et al., 2013; VIEIRA et al, 2013b). Apesar de serem rotuladas como poliqueixosas, polissintomáticas e hipocondríacas, entre outras denominações pejorativas, elas não relatam a real situação pela qual estão passando (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; VIEIRA et al, 2013a), devido a vergonha ou medo. Muitas vezes, os profissionais desconhecem a realidade das usuárias que vivenciam, em larga escala, a violência de gênero (VALE et al., 2013).

Geralmente os sinais visíveis são detectados durante o atendimento às vítimas ou exame físico. No entanto, a assistência assume caráter meramente curativo, revelando uma atenção biomédica, exibindo a crença de que apenas o biológico é objeto de intervenção dos serviços de saúde, desarticulando-o do contexto psicossocial (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES 2014; VIEIRA et al., 2013b). O objetivo dos serviços de

saúde deve ir além da assistência ao físico, deve buscar a prevenção de novas manifestações violentas (VIVIESCAS-VARGAS et al., 2013).

O modelo assistencial atual centra-se, apenas, na queixa-conduta, restringindo-se a intervenções técnicas e medicalizantes, ficando as reais necessidades de saúde em segundo plano e não ultrapassando as barreiras individuais (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; COSTA; LOPES; SOARES 2014). Essa restrição ao singular pode ser em virtude da construção de gênero presente, também, na vida dos profissionais, que a trazem para o campo de práticas (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Apenas ações baseadas na clínica não são suficientes para a resolução de um problema complexo, como é a violência de gênero, que requer soluções multifacetadas (GIRALDO; BALLÉN, 2014; VIEIRA et al., 2013b). Sendo assim, a VDCM necessita ser abordada nas reuniões e discussões das equipes de saúde para que os profissionais possam refletir acerca de estratégias de saúde possíveis, voltadas ao atendimento integral das vítimas (GOMES et al., 2013a ; VIEIRA et al., 2013a).

Entretanto, por se tratar de um problema complexo a violência pode gerar sentimentos de insegurança, frustração, revolta, indignação, medo e angústia nos profissionais por não conseguirem resolvê-lo, por não visualizarem uma resposta nem resultados efetivos do atendimento prestado (KIND et al., 2013; VIEIRA et al, 2013b). O profissional de saúde sente-se impotente frente à violência porque esta não se limita a uma questão tecnicamente tratável com medicação ou outra terapia (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

Existem outros fatores que podem contribuir para a invisibilidade do problema, dentre eles a falta de capacitação profissional para definir a forma de agir frente às vítimas, o medo de ofender a mulher indagando-lhe sobre a possibilidade de estar sofrendo violência, o tempo limitado das consultas e a não aceitação da violência (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014; VIEIRA et al, 2013b). A crença de que podem fazer “algo errado” e a mulher não voltar mais ao serviço também os impede de agir de forma adequada. Profissionais devidamente capacitados tendem a indagar mais acerca da possível vitimização e a direcionar a situação de uma maneira mais resolutiva (GOMES et al., 2013a).

Além de capacitação para atuar em situações de violência, os profissionais acreditam que conhecimentos acerca dos direitos femininos, legislações, fluxos e serviços de apoio podem contribuir para orientações efetivas às mulheres (GOMES et al., 2013a). Intervenções como cartazes fixados nos serviços de saúde servem para esclarecer algumas dúvidas, bem como fornecer informações às vítimas que não conseguem expor sua situação aos profissionais (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Alguns profissionais reconhecem que não estão preparados para a assistência às vítimas, que a formação universitária não conferiu subsídios para tal atuação (KIND et al., 2013). A frágil formação acadêmica acerca da VDCM compromete a assistência às vítimas, pois dificulta o reconhecimento do agravo e não os prepara para lidarem com essa problemática (GOMES et al, 2013a; GOMES; ERDMANN, 2014; KIND et al., 2013). Uma formação adequada contribui para que os profissionais reconheçam as mulheres em situação de risco, detectem os casos de vitimização e deem continuidade ao acompanhamento e apoio às vítimas (COSTA; LOPES; SOARES, 2014; GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Uma das preocupações dos profissionais refere-se aos cuidados posteriores ao relato de violência pela vítima. A incerteza da continuidade assombra o seu fazer, limita o seu agir. Essas preocupações e incertezas sobre o procedimento que devem seguir pode estar relacionada com o modelo assistencial biomédico (VIEIRA et al, 2013b).

O enfermeiro é um profissional chave na assistência à vítima de violência pois, além de integrar a equipe de referência na USF, possui maior contato com a comunidade adstrita, conhece as demandas de sua área, muitas vezes ocupa cargos de gestão, orienta a equipe multiprofissional na busca de soluções para a assistência qualificada, gerencia o cuidado aos usuários do serviço e realiza a articulação com os demais profissionais e serviços (GOMES et al, 2013a; GONZÁLE; BEJARANO, 2014). Por esse motivo, uma formação competente constitui-se em elemento essencial e indispensável no processo de eliminação da violência (GONZÁLE; BEJARANO, 2014). Para esses profissionais torna-se ímpar a busca pelo aprimoramento de suas ações e intervenções para com as vítimas (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Entretanto, Almeida, Silva, Machado (2013. p. 112) advertem que se deve ir além das capacitações, “é necessário mobilizar novos saberes a partir de novas tecnologias que permitam aos profissionais a compreensão do fenômeno e a mudança de concepções que orientem as práticas”, deve-se transformar os conhecimentos a fim de contrapor os saberes hegemônicos e patriarcais (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013).

A atuação da USF, entretanto, não deve limitar-se ao atendimento momentâneo, à cura das marcas deixadas pela agressão. Para somar esforços à erradicação da VDCM, esse serviço necessita atuar implementando ações preventivas (OMS, 2010). Entretanto, fatores culturais, educacionais, a escassez de serviços e de profissionais especializados dificultam o enfrentamento (LEITE et al., 2014).

3.7 A notificação compulsória da violência contra a mulher

A notificação compulsória, estabelecida pela Lei nº 10.778/2003, constitui uma comunicação obrigatória e sigilosa, à Vigilância Epidemiológica, de todos os casos de violência contra a mulher, atendidos tanto em serviços públicos quanto privados de saúde. Assim, o profissional que presta atendimento a vítimas de violência praticada no ambiente doméstico, intrafamiliar ou na comunidade precisa, compulsoriamente, notificar (BRASIL, 2003b).

A obrigatoriedade da notificação, sendo o agressor conhecido ou não, constitui um passo importante para a visibilidade da VDCM (REICHENHEIM et al., 2011). Para realizá-la é necessário o preenchimento da Ficha de Notificação, elaborada pelo Ministério da Saúde (Anexo A) (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010).

A Portaria nº 104/2011 reafirma que a VDCM compõe a lista dos agravos que necessitam de notificação compulsória (BRASIL, 2011a), cuja finalidade é avaliar, quantitativa e qualitativamente, os casos de violência que chegam aos serviços de saúde, sendo um recurso essencial tanto para o delineamento do perfil, quanto para o planejamento de estratégias intervenção e prevenção (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010; VELOSO et al., 2013).

Em termos de atenção primária, a notificação compulsória ganha importância, pois os serviços de saúde constituem, muitas vezes, a porta de entrada das vítimas (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013; METZNER et al., 2012). Um estudo realizado entre setembro e dezembro de 2012, com 67 profissionais que participavam das equipes de saúde da família em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil, revelou que a notificação compulsória não é padronizada nas unidades e que muitos profissionais nem sabem como utilizá-la (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

A investigação de Veloso et al. (2013) evidenciou que a rede de atenção básica apresentava um número reduzido de notificações, quando comparada aos hospitais especializados e de urgência e emergência, no entanto, após capacitação dos profissionais dos diversos serviços, os valores aumentaram.

A notificação compulsória constitui uma das estratégias de combate à VDCM e articulação de políticas de saúde (VELOSO et al., 2013). O dimensionamento do problema pode possibilitar o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção da violência e assistência às vítimas de forma mais efetiva (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010; VELOSO et al., 2013) e voltada ao contexto onde ela realmente ocorre.

No Estado do Paraná, somente em 2011, foram notificados, 3.829 casos de violência direcionados à mulher (SANTINON; GUALDA; SILVA, 2010). Cabe ressaltar que um aumento no número de notificações não significa necessariamente um aumento de incidência de casos, mas uma possível conscientização acerca da importância e necessidade de notificar.

Um estudo, a partir do banco de dados do SINAN, com as informações das fichas de notificação VDCM, da cidade de Belém no Pará, revelou que no ano de 2009 foram efetuadas 1.124 notificações, elevando-se para 1.519 em 2011 após a realização de capacitação com profissionais da rede pública de saúde. Dados desse mesmo estudo revelam que os enfermeiros dos serviços de urgência e emergência são os que mais e melhor realizam as notificações. Isso se deve ao diálogo que os profissionais estabelecem com as vítimas, facilitando a explicitação dos conflitos por elas vivenciados (VELOSO et al., 2013).

Apesar de leis versarem sobre a importância da notificação da violência de gênero, ainda ocorre a subnotificação, que gera um conhecimento parcial dos crimes contra a mulher, o que lhe confere característica de uma epidemia silenciosa (LEITE et al., 2014; MONTEIRO et al., 2008). Sendo assim, torna-se imprescindível que os profissionais contribuam para desvelar o fenômeno da violência, realizando a notificação compulsória (LEITE et al., 2014). Um estudo realizado com 52 profissionais atuantes em cinco USFs, de um município de Santa Catarina, revelou que o medo de sofrer represálias é o principal motivo para não notificarem (GOMES; ERDMANN, 2014).

A subnotificação constitui um entrave ao reconhecimento da magnitude do fenômeno (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013). Por constituir um problema de saúde pública, é fundamental notificar à vigilância epidemiológica os casos suspeitos ou confirmados de VDCM, visando ao estabelecimento de políticas públicas de prevenção e enfrentamento (VELOSO et al., 2013).

O profissional que não notifica a violência está sujeito a penalidades legais previstas do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2003b). Além disso, o artigo 34 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem proíbe os profissionais de omitirem informações sobre qualquer forma de violência. Assim, a subnotificação de qualquer forma de VDCM contraria aos princípios éticos da profissão (COFEN, 2007). Apesar disso, Almeida, Silva e Machado (2013, p. 112) denunciam que “a violência não é reconhecida nos diagnósticos nem registrada nos prontuários”.

A não notificação também vai de encontro ao Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, conhecido como Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941). O artigo 66 dessa lei esclarece que a não comunicação à autoridade competente de um crime de que se teve

conhecimento durante o exercício da profissão constitui uma contravenção penal sujeita a penalidades (BRASIL, 1941).

Ressalta-se que a notificação é frequentemente confundida com a denúncia policial (KIND et al., 2013). Essa representa uma “peça processual que dá início à ação penal pública promovida pelo Ministério Público” (BRASIL, 2011b. p. 39), devendo ser diferenciada da notificação, que é apenas usada para fins estatísticos e consequentemente direciona o delineamento de estratégias prevenção e enfrentamento (KIND et al., 2013).

Essa confusão de termos demonstra o desconhecimento de ambos e principalmente da notificação, com seu caráter sigiloso, importância estatística e obrigatoriedade. Fica evidente essa miscigenação de expressões, quando os profissionais, por medo de represálias, referem não indagar sobre a possibilidade de vitimização (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014; KIND et al., 2013; VIEIRA et al., 2013b).

O descumprimento da lei da notificação dificulta a produção de estatísticas fidedignas acerca da VDCM (KIND et al., 2013). Em municípios e estados onde existem hospitais e serviços especializados no acolhimento de vítimas o número de notificações é maior. Em Santa Catarina, Brasil, as notificações crescem a cada ano. De 2009 até o primeiro semestre de 2012 o número de casos notificados passou de 49 para 262 (GOMES et al, 2013b). Apesar dos esforços empreendidos, mais de 70% dos casos de violência conjugal permanecem ocultos aos olhos dos profissionais (GONZÁLES; BEJARANO, 2014).

Embora as leis tenham sido elaboradas com o intuito de conferir maior visibilidade à violência, ainda ocorre subnotificação. Nesse sentido, muitos profissionais, mesmo reconhecendo essa obrigatoriedade, não realizam a notificação, banalizando-a por acreditarem que a violência faz parte do cotidiano das mulheres (KIND et al., 2013). Cabe ressaltar que essa postura pode ser entendida como conivente à continuidade da violência, além de impedir sua visualização como um problema de saúde pública passível de prevenção e intervenção (COSTA; LOPES; SOARES, 2014).

No que concerne à Ficha de Notificação Compulsória, alguns profissionais desconhecem sua existência ou nunca a manusearam, e outros acreditam que muitas das perguntas ali contidas possibilitam a identificação da vítima, não conferindo caráter sigiloso. Outras perguntas referem-se à intimidade da mulher, causando constrangimento no profissional, que opta por encaminhar a ficha incompleta. Além disso, muitos profissionais alegam que a vítima não quis notificar, subtraindo o seu caráter compulsório (KIND et al., 2013).

Multifacetados argumentos são utilizados para a não notificação, dentre eles a dificuldade de preenchimento da ficha e o fato de as mulheres não relatarem a situação (ILHA; LEAL; SOARES, 2010; KIND et al., 2013). Entretanto, o Ministério da Saúde publicou um instrutivo para subsidiar os profissionais a um preenchimento padronizado (BRASIL, 2011c).

Após o preenchimento, a Ficha de Notificação deve ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica para inserção das informações no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), sendo possível visualizar o perfil dos casos (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013). Essa auxilia na construção de políticas públicas de enfrentamento à VDCM, entretanto, a existência de um sistema de informação que exponha as realidades vivenciadas pelas mulheres não significa que ações específicas serão realizadas (KIND et al., 2013).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

As Representações Sociais (RS) foram apresentadas, pela primeira vez, por Serge Moscovici em sua obra intitulada “*La psychanalyse, son image et son public*”, na França em 1961. Elas consistem em respostas elaboradas internamente a questionamentos impostos por nós mesmos, somadas às nossas vivências e experiências, quer sejam individuais ou coletivas (MOSCOVICI, 2005). “São partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um.” (MOSCOVICI, 2005, p. 37). O autor expõe ainda que palavras, ideias, imagens e mensagens servem de alimento ao pensamento que cria, transforma e recria as RS acerca dos diferentes objetos.

Representar significa classificar objetos ou pessoas a partir de características, comportamentos e conceitos pré-estabelecidos. Essa classificação revela, ainda, o valor negativo ou positivo conferido ao objeto. “Categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele” (MOSCOVICI, 2005. p.63). Nas palavras de Jodelet (2001. p.1), as RS “nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la”.

As RS são criadas por pessoas ou grupos de pessoas com base no contexto em que se encontram inseridas. Essa teoria “toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade” (MOSCOVICI, 2005. p. 79). São específicas de cada cultura e se relacionam diretamente com a etapa evolutiva em que elas se encontram, a questões sociais, afetivas, culturais e econômicas (SÁ, 2002). Domingos Sobrinho referindo-se às RS (2010. p.32) acrescenta: “Enquanto fenômenos complexos são compostos por elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, dentre outros, que precisam ser apreendidos como uma totalidade significante e um guia para a ação.”.

Essas representações são compartilhadas em todos os ambientes e ocasiões em que as pessoas se encontram e se comunicam, quer seja de maneira formal ou informalmente. É nestes momentos em que elas são criadas e compartilhadas socialmente (SÁ, 2004). Segundo Moscovici (2005. p. 36) as RS se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força consiste em “uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado”.

Isso revela que o indivíduo é “um sujeito ativo” que cria e transforma a realidade social na qual se encontra inserido (SAWAIA, 2004. p. 76) e, assim, “faz simplesmente parte da vida em sociedade” (SÁ, 2004. p. 26). “Representar é participar ativamente da construção da sociedade e de si.” (MACHADO; ANICETO, 2010).

Grupos de pessoas criam representações que “circulam, se encontram, se atraem e se repelem” (MOSCOVICI, 2005. p. 41). Esse processo oportuniza o surgimento de novas representações e a extinção de velhas (MOSCOVICI, 2005). As RS constituem sempre a representação de algo (objeto) para alguém (sujeito) (JODELET, 2001, MOSCOVICI, 2012; SÁ, 1998).

As concepções que o indivíduo apresenta sobre o contexto em que está inserido, quando verbalizadas, exprimem a RS que ele tem sobre o mundo que o cerca (LANE, 2004). Essa representação que ele possui pode influenciar o seu comportamento (MOSCOVICI, 2005), pois “a representação contribui *exclusivamente aos processos de formação das condutas e de orientação das comunicações sociais.*” (MOSCOVICI, 2012. p. 71; grifo do autor). Ela serve para agir sobre o mundo e sobre o outro (JODELET, 2001).

O termo Representação Social (RS) designa uma “modalidade de conhecimento particular” que apresenta por função “a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 2012. p. 27). As RS exprimem uma forma específica de conhecimento, de pensamento social. Revelam o saber do senso comum (SÁ, 2004), repleto de conceitos, crenças, opiniões, afirmações e explicações originadas de seu cotidiano (ABRIC, 2003; MOSCOVICI, 2005), sobre qualquer objeto, a fim de torná-lo familiar e compartilhável com os demais sujeitos sociais (MOSCOVICI, 2005). Para Jodelet (2001) é uma forma de saber prática que conecta um sujeito a um objeto.

Sá (1998. p.68) expõe que a RS consiste em “uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas”. Abric (1998. p. 28) afirma que “a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas”. Acrescenta ainda que “a representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais” (ABRIC, 1998. p. 28). Ela determina o comportamento considerado aceitável, tolerável e lícito, sob influência do contexto social dos indivíduos (MOSCOVICI, 2012; SÁ, 2002).

Assim, as RS representam estereótipos sociais que espontaneamente são partilhados pelos membros de um determinado grupo, ou seja, “é a ideia que temos de..., a imagem que surge espontaneamente, logo que se trate de...” (BARDIN, 2011. p. 57). É a representação que

se tem de um dado objeto e que compartilhamos de forma consciente ou inconsciente com os demais atores sociais. Esses estereótipos, ou ideias, possuem uma estrutura fortemente influenciável pelo contexto em que o grupo se encontra inserido atrelado a fatores afetivos e emocionais (BARDIN, 2011).

Nesse contexto, as RS apresentam quatro funções essenciais. A primeira, função de saber, permite ao indivíduo adquirir conhecimentos para compreender e explicar a realidade. A segunda, função identitária, permite a construção de uma identidade social, ou seja, a RS permite identificar o grupo que as origina distinguindo-o dos demais, além de exercer um papel importante sobre o controle social. A terceira, função de orientação, representa um guia dos comportamentos; por último, a função de justificação, que permite aos indivíduos explicar e justificar suas condutas frente a determinadas situações (ABRIC, 1998). Elas “interferem na assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento pessoal, na construção das identidades pessoais e sociais, nas formas de expressão dos grupos e nas transformações sociais” (DOMINGOS SOBRINHO, 2010. p. 32).

Moscovici (2005) apresenta um exemplo que clareia a compreensão acerca do fenômeno das RS e como cada grupo de pessoas pode tê-las de maneira diferente. Ele cita a situação de desemprego e a RS que determinadas pessoas podem apresentar sobre o desempregado:

Porque esse homem ou mulher não tem trabalho? A resposta a essa pergunta irá variar de acordo com quem fala. Para alguns, os desempregados, na verdade, não se preocupam em procurar um trabalho, são muito exigentes ou, no mínimo, não tem sorte. Para outros, eles são vítimas de uma recessão econômica, ou de uma sobreposição injustificada de empregos ou, mais comumente, de uma injustiça inerente à economia capitalista (MOSCOVICI, 2005. p. 85).

Cada grupo de indivíduos possui um ponto de vista distinto que irá embasar a RS acerca do desemprego. Uns atribuirão a culpa por tal situação ao próprio desempregado. Outros, à situação política e econômica em que o indivíduo está inserido (MOSCOVICI, 2005. p.85).

Sendo assim, da construção da realidade social participam dois universos de pensamentos, o reificado e o consensual. O primeiro corresponde aos conhecimentos científicos e, o segundo, ao conhecimento do senso comum (SÁ, 2004). Para Moscovici (2012. p. 72) “a passagem de uma teoria científica para a RS correspondente satisfaz justamente a necessidade de provocar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao estado dos conhecimentos sobre o real”.

Segundo Sá (1998), três correntes teóricas complementam a Teoria das Representações Sociais: a **Relacional**, a **Processual** e a **Estrutural**. Elaborada por Willem Doise, a

Relacional enfatiza as relações e suas condições de produção e circulação (SÁ, 1998). A **processual**, segundo sua precursora Denise Jodelet, procura conhecer os processos de formação das RS “com o objetivo de buscar suas condições sociais de produção assim como as práticas sociais que as geram e as justificam.” (MAGALHÃES; MAIA, 2009. p. 196).

Essa abordagem considera que as RS são formadas a partir de dois processos: a objetivação e a ancoragem (MOSCOVICI, 2012; SÁ, 1998). “Ancorar é classificar e denominar”, consiste em tirá-la do anonimato e conferir-lhe significação, características que lhes possam descrever (MOSCOVICI, 2005, p. 61). Contudo, essa classificação feita sobre o objeto confere-lhe um valor positivo ou negativo (MOSCOVICI, 2005). A objetivação consiste em conferir uma forma ao objeto da representação, tornando-o concreto. Objetivar é reproduzir um conceito em uma imagem, é “transformar um abstração em algo quase físico” (SÁ, 2004. p. 39; MOSCOVICI, 2005).

A abordagem **Estrutural**, proposta por Jean-Claude Abric em sua tese apresentada na Universidade da França em 1976, dá origem à Teoria do Núcleo Central (TNC). De acordo com Abric (2004) uma representação se organiza em torno de um sistema central, ou núcleo central (NC), que pode ser constituído por um ou mais elementos que conferem o significado para a representação, e um sistema periférico.

O núcleo central, estável e mais resistente a mudanças, está relacionado à memória coletiva, dando significação, consistência e permanência à representação (ABRIC, 1998). Ele é constituído por elementos de natureza normativa e funcional. Os aspectos funcionais estão ligados à natureza do objeto representado e determinam condutas relativas ao objeto. Os normativos dizem respeito ao sistema de valores e normas sociais do grupo. (MACHADO; ANICETO, 2010; ABRIC, 2003). São os elementos normativos que “determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto.” (ABRIC, 2003. p. 41).

A coexistência de elementos normativos e funcionais permite ao núcleo central justificar julgamentos de valor e atribuir práticas específicas a um determinado objeto (ABRIC, 2003). Qualquer mudança no núcleo central determina uma transformação da representação (ABRIC, 1998, 2003).

O núcleo central se relaciona com a memória coletiva, com os valores e normas sociais (ABRIC, 2002, 2003). A descoberta do núcleo central é imprescindível para que se consiga compreender as ideias, concepções e visões de mundo que os indivíduos apresentam da realidade em que se encontram inseridos (MAGALHÃES; MAIA, 2009). O núcleo revela a maneira pela qual o indivíduo representa uma dada situação e, conseqüentemente, ele dita o comportamento que o indivíduo apresentará (ABRIC, 1998, 2003).

Em torno deste núcleo, e organizados por ele, estão os elementos constituintes do sistema periférico, que apresenta por função proteger o núcleo central (ABRIC, 1998, 2003; FLAMENT, 2001). O sistema periférico permite a integração de experiências individuais, é flexível e mostra-se sensível ao contexto imediato (ABRIC, 1998, 2003). A periferia de uma RS é considerada como um “para-choque” entre a realidade e o núcleo central, que se apresenta de forma mais resistente a mudanças (FLAMENT, 2001).

Esse sistema absorve novas informações e eventos que poderiam colocar em questionamento o núcleo central. É a partir do sistema periférico que uma representação começa a ser modificada (SÁ, 1998).

Moscovici (2012) afirma que os componentes de uma RS se estruturam a partir de três dimensões: conceito/informação, atitude/julgamento e imagem/campo de representação. O **conceito** consiste na informação, nos conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto.

A **atitude** constitui a opinião, o julgamento que se tem sobre o objeto em questão. A opinião “é, por um lado, uma fórmula socialmente valorizada à qual um sujeito adere e, por outro lado, uma tomada de posição sobre um problema controverso [discutido] da sociedade” (MOSCOVICI, 2012. p. 43). É a mais frequente das três dimensões, pois as pessoas somente representam após terem se posicionado frente ao objeto e em função dessa posição tomada (MOSCOVICI, 2012). Há de se considerar que uma modificação na representação acarreta em uma transformação na atitude (ABRIC, 2003).

A **imagem**, ou sensações mentais, representa as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro. “A imagem é concebida como um reflexo interno da realidade externa, cópia conforme no pensamento daquilo que se encontra fora dele, assim, é reprodução passiva do dado imediato [...]” (MOSCOVICI, 2012. p. 44). Essas dimensões permitem o conhecimento do conteúdo e do sentido da representação (MOSCOVICI, 2012).

Apesar de essas três dimensões fornecerem uma visão do conteúdo e do sentido da RS, uma das dimensões pode inexistir ou apresentar-se de forma mais difusa para um determinado grupo de pessoas. Nesse caso ela não é estruturada. Isso pode ocorrer, em algumas situações, pela falta de informação coerente acerca do objeto (MOSCOVICI, 2012).

Por ser a VDCM uma problemática inserida no cotidiano de muitos indivíduos, ela proporciona discussões e reflexões levando os atores sociais a construir RS sobre esse objeto. Em relação aos profissionais da saúde, a RS que eles possuem pode influenciar em suas práticas, tanto preventivas quanto assistenciais, contribuindo de forma positiva ou negativa para a garantia dos direitos femininos.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se constitui em uma etapa do projeto intitulado “Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande/RS”.

5.1 Tipo de estudo

Pesquisa social, exploratória, descritiva, qualitativa conduzida de acordo com a abordagem estrutural, de Abric, complementada pela Análise de Conteúdo, de Bardin. Apresenta por finalidade investigar a RS dos profissionais de enfermagem que trabalham em USFs do Município do Rio Grande/RS acerca da VDCM.

Pesquisas que visam investigar problemas sociais, suas causas e a propor estratégias para solucionar determinadas situações são classificadas como pesquisa social (GROULX, 2008). A contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social se refere à “[...] renovação do olhar lançado sobre os problemas sociais [...]”, uma vez que visa transformar a percepção acerca das problemáticas bem como das práticas envolvidas para o desenvolvimento de intervenções (GROULX, 2008. p.96).

Por considerar as especificidades socioculturais e ambientais em que os indivíduos encontram-se inseridos, a pesquisa qualitativa proporciona novos questionamentos, permitindo reconstruir conceitos pré-estabelecidos acerca das problemáticas sociais, além de colocar em evidência as regras morais e sociais que norteiam as ações profissionais (GROULX, 2008). “Na maior parte dos casos, ela leva à indagação sobre a separação entre a cultura institucional e profissional e o vivido das populações envolvidas com os problemas.”, (GROULX, 2008. p. 102) e busca “[...] devolver uma credibilidade ao senso comum dos atores [...]” (GROULX, 2008. p.106).

5.2 Campo de investigação

No Município do Rio Grande/RS funcionam 13 Unidades de Saúde da Família (USF) na área urbana e sete na área rural (BRASIL, 2014). Tais USF, dependendo a sua área de abrangência são atendidas por uma ou mais equipes da Estratégia de Saúde da Família. Cada equipe é composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser

agregados a essas equipes, profissionais de saúde bucal, psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2015c). As USFs do Município do Rio Grande são atendidas por 29 Enfermeiros, 24 médicos, 40 técnicos de enfermagem e 178 ACS.

O cenário da pesquisa foi constituído por 19 USFs, do Município do Rio Grande/RS, sendo 12 em área urbana e sete rurais. Em cada unidade foi cedida uma sala, longe de ruídos, para a realização da coleta de dados.

5.3 Participantes do estudo

Foram incluídos no estudo profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em Unidade de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS, que manifestaram interesse em participar, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram excluídos os que não aceitaram, bem como os que estavam afastados da USF por motivo de férias, folga ou licença.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2013, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (Anexo B). Os dados foram coletados a partir de um questionário com questões fechadas, referentes à situação pessoal e socioprofissional dos informantes, de Evocações Livres e de uma entrevista direcionada por roteiro previamente estabelecido (Apêndice B).

Para a técnica de evocações livres foram convidados a participar todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas USFs do perímetro urbano e zona rural do Município do Rio Grande. Integraram a etapa das evocações 26 enfermeiros e 39 técnicos de enfermagem. Nessa técnica, o participante é solicitado a mencionar de forma espontânea palavras, frases ou expressões que lhe venham à mente a partir de um termo indutor (MAGALHÃES; MAIA, 2009). Neste estudo o termo indutor foi “violência doméstica contra a mulher”. O registro das evocações foi realizado pela entrevistadora.

A entrevista foi realizada a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice C) que continha questões abertas, com vistas a colocar em evidência o conteúdo das representações dos participantes. Por acreditar que a proximidade de determinadas USFs pode revelar RS semelhantes e com o intuito de determinar o número de entrevistas a serem realizadas, mapeou-se as USFs do município, que foram divididas em quatro áreas na zona urbana, que

agregaram 12 USFs e seis áreas na rural, que agregaram sete USFs (Apêndice D). De cada uma dessas áreas, foi sorteada uma unidade. Em algumas delas, mais de uma equipe atuava, nessas, mais de um profissional foi entrevistado. A entrevista foi realizada com 13 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem.

5.5 Tratamento dos dados

Os dados foram analisados a partir de duas técnicas distintas, uma destinada às evocações e outra às entrevistas. As palavras ou expressões evocadas foram organizadas e processadas através do *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* - EVOC 2005.

Esse *software* possui um programa denominado “Rangmot” que apresenta uma lista de todas as palavras evocadas, em ordem alfabética, indicando a frequência total e a média geral de cada palavra (MACHADO, ANICETO, 2010). A partir dessa análise, é possível gerar o quadro de quatro casas, onde as palavras são distribuídas considerando os critérios de frequência e ordem média de evocações (ABRIC, 2000; OLIVEIRA; MARQUES; GOMES, 2005). O pesquisador, por sua vez, elege um “ponto de corte” com base na frequência em que cada palavra foi evocada, sendo as com menor frequência excluídas (OLIVEIRA et al., 2005).

Quando uma palavra é mais prontamente evocada, a ela é atribuído o valor 1. A palavra que é evocada em segundo lugar recebe valor 2 e assim sucessivamente com as demais palavras (WACHELKE; WOLTER, 2011). Essa classificação quanto à posição em que a palavra foi evocada é denominada de *Rang* (OLIVEIRA et al., 2005). A partir dessa pontuação e da frequência é que as palavras são distribuídas nos distintos quadrantes do quadro de quatro casas. A frequência e ordem de evocação se complementam e revelam a saliência de uma palavra num *corpus* (WACHELKE; WOLTER, 2011).

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, provavelmente, o núcleo central da RS (GOMES; OLIVEIRA, 2005; COSTA, et al., 2013). Os termos presentes no NC são aqueles mais prontamente evocados e citados com maior frequência pelos informantes (MACHADO; ANICETO, 2010, SÁ, 2002).

A combinação entre frequência e ordem média das palavras evocadas possibilita o levantamento dos termos pertencentes ao provável núcleo central (SÁ, 2002), que são em número limitado e não são equivalentes entre si, sendo uns mais importantes que outros, conferindo, assim, uma hierarquização ao sistema central (ABRIC, 2003). “Procurar o núcleo

central, é então, procurar a raiz, o fundamento social da representação [...]” (ABRIC, 2003. p. 40).

Nos quadrantes superior e inferior direitos estão localizados os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente, ou seja, os menos salientes, mas significativos (ABRIC, 2000; MACHADO; ANICETO, 2010; SÁ, 2002).

A primeira periferia inclui palavras com alta frequência e alta ordem de evocação, porém que indicam elementos secundários da RS. Apresentam um *Rang* menor do que as palavras que provavelmente integram o NC. Na segunda periferia estão os elementos menos citados, cuja frequência foi baixa e que foram menos prontamente evocados (ABRIC, 2000; MACHADO; ANICETO, 2010; SÁ, 2002). O sistema periférico constitui na “parte mais acessível e mais viva da representação” (ABRIC, 2003. p. 38) sendo uma de suas funções a de prescrever comportamento (ABRIC, 2003).

As palavras localizadas no quadrante inferior esquerdo constituem os elementos contrastantes da representação, ou seja, aquelas que foram citadas numa frequência baixa, porém foram evocadas mais prontamente (ABRIC, 2000; MACHADO; ANICETO, 2010, SÁ, 2002). Abrangem termos que foram evocados por poucos participantes, porém nas primeiras colocações, conferindo-lhes maior importância para esse grupo (COSTA et al., 2013). Elas podem revelar variações, mudanças ou transição nas RS de subgrupos sem, no entanto, alterarem o NC (OLIVEIRA; MARQUES; GOMES, 2005).

O conteúdo das entrevistas foi inserido no *Software* NVivo e recebeu tratamento embasado em Bardin, que conceitua a Análise de Conteúdo como sendo recurso metodológico empregado a discursos, baseado na inferência/dedução. É uma técnica de desocultação que instiga o investigador a desvendar o “[...] escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem [...]” (BARDIN, 2011. p.15), porque “[...] por detrás do discurso [...] esconde-se um sentido que convém desvendar [...]” (BARDIN, 2011. p.20).

Quando se deseja submeter determinadas comunicações à análise de conteúdo a intensão é a de “[...] compreender para além dos seus significados imediatos [...]” (BARDIN, 2011. p. 34). Busca-se compreender o que está nas entrelinhas, “[...] o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.” (BARDIN, 2011. p. 47).

Corroborando com Moscovici, Bardin (2011. p. 38) expõe que “qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor”, seja ela escrita ou falada, é susceptível de ser submetida a uma das técnicas de análise de conteúdo.

Para a realização da análise de conteúdo de materiais, é necessário organizar o *corpus* a se trabalhar com o intuito de clarificar as comunicações capturadas pelo investigador. Conforme palavras de Bardin (2011, p. 28), “[...] exige-se uma preparação dos textos a tratar, e, por conseguinte, uma definição mais precisa das unidades de codificação [...]”.

Assim, para realizar a análise de conteúdo é necessário seguir três distintas etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise consiste na fase de organização do material a ser explorado. Selecionam-se os materiais que realmente são relevantes ao investigador, ou seja, constitui-se o *corpus* analítico integrado apenas por documentos pertinentes. É nela que se realiza a “leitura flutuante”, ou seja, é o primeiro contato com os documentos encontrados (BARDIN, 2011).

A etapa de exploração do material é composta pela realização da codificação dos documentos para, posteriormente, passar para o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2011). Assim, para a análise dos dados pode-se optar por utilizar programas específicos de análise qualitativa.

Com o advento tecnológico computacional, tornou-se mais fácil trabalhar com uma quantidade elevada de dados, isso outrora era demasiado exaustivo e impossível de realizar manualmente. O tratamento informático permite “digerir” mais rapidamente os materiais obtidos (BARDIN, 2011). Há vários *softwares* para análise de dados qualitativos. Uma das vantagens da utilização desses *softwares* é o caráter sistemático e rigoroso conferido ao processo analítico (GRIJÓ, 2013).

O *software* NVivo tem sido utilizado, em nível nacional, por distintas instituições de ensino superior, principalmente nas áreas da Administração, Ciências Sociais e Saúde, mas os primeiros contatos de pesquisadores com essa ferramenta informacional ocorreram apenas a partir da década de 90 (GRIJÓ, 2013; LAGE, 2011).

Esse programa foi criado em 1981 pelos pesquisadores Lyn e Tom Richards, que o batizaram de NUD*IST (Non-Numerical, Unstructured Data Indexing, Searching and Theorizing), que, em 1987, após alterações na versão primeira, passou a se chamar N4 (GRIJÓ, 2013).

Em um momento posterior, no qual o desenvolvimento tecnológico favoreceu a aquisição e uso da informática atrelado ao surgimento de uma empresa para produzir e comercializar o programa, foi então lançado o NVivo. Em 2006 essa empresa fundiu os dois *softwares* em um único, lançando a versão 7 do NVivo. Desde então novas versões vêm sendo

lançadas no mercado com atualizações, inovações, novas funcionalidades, maior sofisticação dos recursos, etc. (GRIJÓ, 2013).

A versão 10 do NVivo, que foi utilizada no estudo em tela, é, no presente momento, a mais atualizada, com interfaces mais evoluídas. Esse software se apresenta de grande utilidade para pesquisadores qualitativos independente da metodologia escolhida para a coleta de dados.

Quando se inicia um projeto no *software* Nvivo, importam-se os materiais para o seu ambiente de trabalho. A esses dados inseridos chamamos de fontes, as quais serão exploradas e codificadas em “nós” ou “*nodes*”, que são estruturas onde são armazenadas as informações que foram codificadas (GRIJÓ, 2013). “A codificação corresponde a uma transformação [...] dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo [...]” (BARDIN, 2011. p. 133).

Os “nós” assemelham-se a recipientes ou gavetas (GRIJÓ, 2013; BARDIN, 2011) contendo fragmentos das fontes, o que, posteriormente, originará as categorias analíticas, ou seja, neles estarão reunidas as informações referentes a um mesmo tópico. Pode-se dizer que constituem pré-categorias (GRIJÓ, 2013).

Nesses “nós” está contido o que Bardin (2011) denomina de “unidade de codificação ou de registro”, que podem ser palavras, frases, etc. Quando pertinentes, para fins de maior esclarecimento e referência do elemento codificado, podem-se definir “unidades de contexto”, cuja função é permitir compreender o significado da unidade de registro em seu contexto.

A unidade de contexto serve para elucidar o significado exato da unidade de registro. Em outras palavras, contribui para se compreender em que contexto tal segmento foi mencionado. Para a apreensão de seu verdadeiro sentido. (BARDIN, 2011).

Cabe ressaltar que, quando se realiza a codificação das fontes, para cada fragmento codificado, ou unidade de registro, uma referência a ele fica armazenada no “nó” (GRIJÓ, 2013). Classificam-se distintos elementos em “gavetas” ou “caixas” segundo critérios capazes de conferir uma determinada ordem à desordem inicial. É um procedimento simples, “[...] se bem que algo fastidioso quando feito manualmente.” (BARDIN, 2011. p. 43).

A categorização consiste na repartição das unidades de registro em categorias, designando, assim, uma organização, uma ordenação das mensagens contidas nos discursos dos sujeitos. “Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles.” (BARDIN, 2011. p. 148).

Para a realização da análise de conteúdo do presente estudo elegeu-se como unidade de registro o tema. Nesse sentido, “[...] fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa [...]” (BARDIN, 2011. p. 135).

Como uma das vantagens do NVivo é promover a criatividade do pesquisador, este pode optar por criar os “nós” anteriormente e ir “preenchendo-os” ou ir criando os “nós” enquanto explora suas fontes. A primeira opção requer que se tenha conhecimento sobre as fontes, ou seja, que o pesquisador já as tenha explorado previamente e saiba o que irá encontrar, no entanto é possível elaborar outros “nós” enquanto explora o material importado. Tanto uma quanto a outra requerem habilidade por se constituírem em uma codificação manual (GRIJÓ, 2013).

Na categorização destes dados brutos não havia categorias pré-estabelecidas, elas foram sendo elaboradas conforme o material foi explorado e os elementos, surgindo (BARDIN, 2011). A codificação dos “nós” pode proporcionar a organização hierárquica dos mesmos (GRIJÓ, 2013), formando, assim, as “*tree nodes*” ou “árvore de nós”, conforme a necessidade e criatividade. Essa estruturação se assemelha a categorias e subcategorias ou classes e subclasses. A elaboração dos “nós” e “*tree nodes*” foi feita *a posteriori* à exploração do material.

Finalizada a codificação dos “nós” e a formação das categorias e subcategorias, é possível explorar os distintos recursos do *software* como, por exemplo, a frequência e a nuvem de palavras, os esquemas, gráficos, relatórios, etc., dependendo dos objetivos do estudo. “Pode-se utilizar uma ou várias operações [analíticas], em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.” (BARDIN, 2011. p. 48). Neste momento o pesquisador realiza inferências a partir dos achados (BARDIN, 2011).

Reconhece-se que os recursos oferecidos pelos programas qualitativos, em especial o NVivo, bem como a forma de visualização dos resultados proporcionam “[...] novas e fascinantes possibilidades para a interação com os dados da pesquisa.” (GRIJÓ, 2013. p. 13).

5.6 Aspectos éticos

Neste estudo foram respeitados os preceitos legais da pesquisa com seres humanos, previstos na Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG/ Rio Grande sob o Parecer nº 03/2013.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicia-se este capítulo delineando o perfil dos participantes do estudo. Após, apresentam-se as análises realizadas a partir da inserção dos dados nos *softwares* EVOC 2005 e Nvivo 10. Os resultados obtidos através do EVOC estão apresentados por meio da interpretação de três quadros de quatro casas. Um geral, construído com as evocações de todos os participantes do estudo, e dois específicos, referentes às evocações dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, respectivamente. Com os dados do quadro geral, redigiu-se um artigo. A análise do conteúdo das entrevistas está descrita em cinco categorias analíticas. Destas, em virtude de sua relevância para a área da saúde, escolheu-se a categoria “cuidados de enfermagem direcionados às vítimas de VDCM” para a redação de um artigo. Procurou-se apoiar os dados nele apresentados no significado da VDCM e nos tipos de violência que compõem a primeira categoria, bem como na notificação compulsória e serviços de proteção às vítimas que compõem a quinta categoria. Ambos os artigos estão inseridos na última parte dos resultados.

6.1 Perfil dos informantes

Integraram o estudo 65 profissionais, dos quais 26 eram Enfermeiros (E) e 39, Técnicos de Enfermagem (TE). Participou das evocações a totalidade dos profissionais. As entrevistas foram realizadas com 13 E e 12 TE. Atuavam na zona urbana do município 67,7% dos entrevistados. As idades variaram de 27 a 60 anos, com predomínio da faixa etária dos 40 a 49 anos, com 47,7%. Um percentual de 50,8% dos participantes residia com companheiro, situação essa que pode facilitar o contato com a violência doméstica.

6.2 Análise estrutural da representação social dos profissionais da enfermagem

Nessa categoria são apresentados os quadros de quatro casas, geral e por categoria profissional, dos termos evocados pelos participantes. O *corpus* formado pelas evocações de enfermeiros e técnicos de enfermagem, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 325 vocábulos, sendo 136 diferentes. A ordem média de evocação (O.M.E) foi três e a frequência média, nove.

Quadro 1. Quadro de quatro casas das representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Núcleo Central			1ª Periferia		
Frequência ≥ 9 / Rang < 3			Frequência ≥ 9 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Agressão	19	1,579	Auto-estima-baixa	10	3,300
Covardia	13	2,231	Medo	20	3,150
Falta-de-respeito	9	2,333			
Revolta	10	2,800			
Zona de Contraste			2ª Periferia		
Frequência < 9 / Rang < 3			Frequência < 9 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso	7	2,143	Aceitação	7	3,571
Abuso-poder	7	2,857	Dependência-econômica	6	3,667
Agressão física	6	1,833	Impunidade	7	3,143
Tristeza	7	2,714	Submissão	7	3,857

Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Integraram o núcleo central, os termos “agressão”, “covardia”, “falta-de-respeito” e “revolta”. Esses termos revelam uma representação social com conotação negativa e estruturada. Em termos de estrutura e universo dimensional, a palavra “agressão” pode assumir a dimensão conceitual, ou seja, aquele conhecimento que os participantes têm acerca da VDCM. Ela pode, ainda, assumir a dimensão imagética. Os termos “covardia”, “falta-de-respeito” e “revolta” constituem a dimensão atitudinal da RS, ou seja, o julgamento que os profissionais emitem acerca do ato violento.

Em relação à categoria profissional, os termos evocados por enfermeiros originaram um *corpus* com 130 palavras sendo 71 diferentes. A ordem média de evocação (O.M.E) foi três e a frequência média, cinco.

Quadro 2. Quadro de quatro casas das representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de Enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

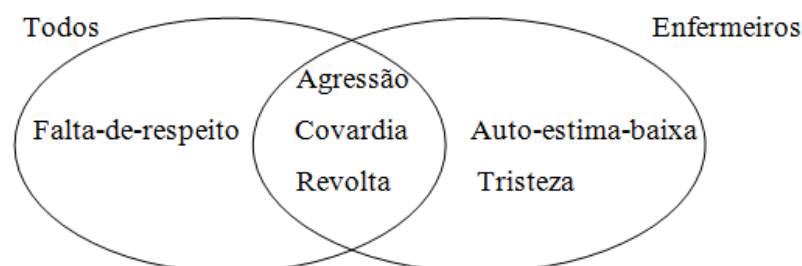
Núcleo Central			1ª Periferia		
Frequência ≥ 5 / Rang < 3			Frequência ≥ 5 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Agressão	5	1,800	Medo	10	3,400
Auto-estima-baixa	7	3,000			
Covardia	6	1,833			
Revolta	6	2,667			
Tristeza	6	2,833			
Zona de Contraste			2ª Periferia		
Frequência < 5 / Rang < 3			Frequência < 5 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso-poder	4	3,000	Apoio-profissional	3	3,667
Falta-de-respeito	3	2,667	Dependência-econômica	3	3,333
			Impunidade	4	3,250
			Submissão	4	3,750

Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

O núcleo central da RS dos enfermeiros é composto pelos termos “agressão”, “auto-estima-baixa”, “covardia”, “revolta” e “tristeza”. Infere-se que o primeiro vocábulo pode assumir a dimensão do conceito e da imagem da RS. A “auto-estima-baixa”, a “covardia” e a “revolta” constituem a dimensão da atitude enquanto que o termo “tristeza” revela os sentimentos dos enfermeiros frente à VDCM.

Realizando uma intercessão entre os elementos pertencentes ao núcleo central da totalidade dos participantes com a categoria profissional de enfermeiros, para fins de comparação, obteve-se a figura a seguir.

Figura 3. Comparação dos núcleos centrais da representação da totalidade dos participantes com o de enfermeiros, acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2013.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Observa-se que os termos “agressão”, “covardia” e “revolta” pertencem ao núcleo central da RS da totalidade dos profissionais, bem como do grupo de enfermeiros. Porém é possível visualizar que o termo “falta-de-respeito” aparece somente no núcleo central dos participantes em geral e os termos “auto-estima-baixa” e “tristeza”, no núcleo central dos enfermeiros. Esses últimos termos podem assumir uma dimensão sentimental da representação. A “tristeza” pode ilustrar o sentimento dos enfermeiros frente às situações de VDCM atendidas no ambiente de serviço. A “auto-estima-baixa” mostra que os profissionais percebem as vítimas como pessoas que se submetem aos diferentes tipos de violência porque se encontram com a autoconfiança e autoestima abaladas e assim incapazes de reagir.

Quanto aos técnicos de enfermagem, os termos evocados originaram um *corpus* com 195 palavras, sendo 106 diferentes. A ordem média de evocação (O.M.E) foi três e a frequência média, cinco.

Quadro 3. Quadro de quatro casas das representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de Técnicos de Enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Núcleo Central			1ª Periferia		
Frequência ≥ 5 / Rang < 3			Frequência ≥ 5 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso	6	2,333			
Aceitação	5	3,000			
Agressão	14	1,500			
Covardia	7	2,571			
Falta-de-respeito	6	2,167			
Medo	10	2,900			
Zona de Contraste			2ª Periferia		
Frequência < 5 / Rang < 3			Frequência < 5 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso-poder	3	2,667	Auto-estima-baixa	3	4,000
Agressão-física	4	2,000	Dependência-econômica	3	4,000
Humilhação	3	2,667	Família	4	3,500
Impunidade	3	3,000	Financeiro	3	4,667
Intolerância	3	2,667	Omissão	4	4,000
Maldade	3	2,000	Submissão	3	4,000
Revolta	4	3,000	Vergonha	3	3,667

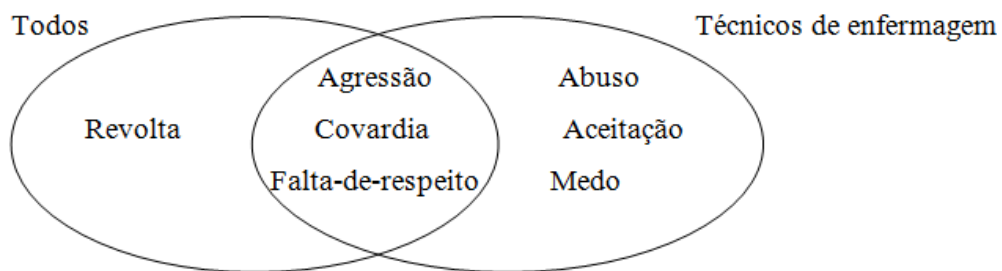
Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

A partir da visualização da estrutura da representação da VDCM de técnicos de enfermagem, ilustrada no quadro de quatro casas acima exposto, observa-se que o núcleo central é composto pelos vocábulos “abuso”, “aceitação”, “agressão”, “covardia”, “falta-de-respeito” e “medo”. Porém, o que chama a atenção é a inexistência de termos no quadrante

superior direito, ou seja, na 1ª periferia, onde se encontram os elementos periféricos mais importantes. Essa situação pode “[...] indicar uma representação com um conteúdo mais consolidado em seu núcleo central.” (GAZZINELLI et al., 2013. p. 558).

Com a intercessão dos núcleos centrais da totalidade dos participantes com a categoria profissional de técnico de enfermagem, para fins de comparação, obteve-se a figura a seguir.

Figura 4. Comparação dos núcleos centrais da representação da totalidade dos participantes com o de técnicos de enfermagem, acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande, RS, 2013.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Essa figura permite detectar os elementos que são específicos do núcleo central dos técnicos de enfermagem. O termo “abuso” assume a dimensão atitudinal da representação, pois revela o julgamento que os técnicos emitem sobre o ato violento. A “aceitação” pode indicar a naturalização da violência tanto por parte das vítimas quanto dos profissionais. O “medo” indica uma esfera sentimental que pode estar relacionada com o medo da vítima em sofrer novas agressões, ou do profissional, de sofrer represálias.

Comparando-se a intercessão das figuras 3 e 4 visualizam-se os termos “agressão” e “covardia” presentes em ambos. Essa situação revela que os profissionais julgam de forma negativa a VDCM. Os quadros referentes à representação de enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a VDCM não foram incluídos nos artigos, em virtude do reduzido número de profissionais. Há um consenso entre os estudiosos das representações sociais de que, quanto maior for o número de participantes, mais estáveis serão os resultados e menos suscetíveis de sofrerem influências de casos extremos. Em geral, as amostras são a partir de 100 participantes (WACHELKE; WOLTER, 2011).

6.3 Análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais da enfermagem

A partir da análise do conteúdo das 25 entrevistas elaboraram-se cinco categorias analíticas, no *Software* NVivo: A violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos profissionais da enfermagem; Vivência de violência doméstica contra a mulher no ambiente de trabalho; Obstáculos à criminalização; Consequências da violência para a saúde das vítimas; e, por último, Aspectos éticos e legais da violência doméstica contra a mulher.

Categoria 1 - A violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos profissionais da enfermagem

Essa categoria foi composta por unidades de contexto que expressaram o significado da VDCM, bem como os tipos de violência citados. Nelas se percebem as dimensões conceituais, imagéticas e atitudinais em relação à VDCM.

Do ponto de vista conceitual, expressam que a VDCM não se limita à violência física e inclui as formas psicológica, moral e verbal. No que concerne à imagem, os profissionais referem que a VDCM consiste nas agressões físicas que a mulher sofre no interior do lar. Quanto à atitude, julgam a VDCM como uma falta de respeito para com a mulher. Referem, ainda, a dificuldade dos homens para compreender a existência de igualdade entre os seres humanos.

Categoria 2 - Vivência de violência doméstica contra a mulher no ambiente de trabalho

As unidades de contexto que compuseram essa categoria referem-se à vivência da violência no ambiente de trabalho dos profissionais. Nela, constam a forma como os profissionais diagnosticaram a VDCM, bem como o caso mais grave por eles atendido e os cuidados prestados às vítimas.

Os diagnósticos ocorreram tanto por meio das marcas que a VDCM imprimiu nos corpos das vítimas, quanto pelo estado emocional das mesmas. Para alguns profissionais o acolhimento foi o momento ideal para a detecção de situações violentas, e para outros, a consulta de enfermagem foi a oportunidade para identificar os casos de VDCM.

Entre os casos mais graves atendidos figuram desde discussões entre casais e ameaças, até um aborto decorrente da intensidade da violência. Os cuidados prestados às vítimas não se restringiram à dimensão física. Durante o acolhimento os profissionais buscaram tranquilizar as vítimas, além de orientá-las sobre seus direitos, recursos da comunidade e continuidade do cuidado.

Categoria 3 - Obstáculos à criminalização do agressor

Nesta categoria, incluíram-se as unidades contextuais relacionadas às dificuldades para a criminalização do agressor. Nela os profissionais discorrem também sobre o desejo das vítimas em denunciar a situação vivida e os fatores impeditivos.

Os fatores identificados como obstáculos à criminalização do agressor, na visão dos profissionais da enfermagem, foram a dependência financeira e emocional; o horário noturno para se realizar encaminhamentos ou denúncias; sucessivas reconciliações da vítima com o agressor; e elevada demanda de atendimento no serviço de saúde, impedindo o profissional de prestar um acolhimento efetivo e de qualidade. Foi referido, ainda, que algumas vítimas procuram o serviço de saúde apenas para conversar, não desejavam denunciar o agressor, por terem filhos com ele.

A morosidade da justiça em penalizar o acusado também foi citada como fator que desestimula a denúncia. Além disso, mencionaram o funcionamento ineficaz da delegacia da mulher, que não penaliza o agressor frente ao descumprimento das medidas protetivas determinadas judicialmente.

Um dos profissionais referiu que sua pouca experiência e falta de capacitação o impediu de auxiliar a vítima a transformar a situação vivenciada. Além disso, o medo de represálias os impedia de atuar ou limitava o desenvolvimento de práticas assistenciais integrais e efetivas.

Categoria 4 - Consequências da violência para a saúde das vítimas

As unidades de contexto desta categoria revelaram as consequências que a VDCM acarreta na vida das vítimas. No que diz respeito ao físico, os profissionais mencionaram, além das lesões, o envolvimento com drogas e álcool, por parte de uma das vítimas. Em relação à saúde mental podem-se citar: a depressão e o medo das ameaças, que fez com que uma vítima carregasse arma de fogo na bolsa. Além disso, entre as vítimas há maior uso de antidepressivos e calmantes. Os informantes enfocaram também o desequilíbrio emocional. Quanto às repercussões na saúde reprodutiva o aborto foi citado. No que concerne à vida conjugal referiram que, nos casos de separação dos envolvidos, a vítima fica sem um lugar para morar.

Categoria 5- Aspectos éticos e legais da violência doméstica contra a mulher

Essa categoria é composta por unidades contextuais referentes à notificação compulsória, compromissos éticos e legais frente à VDCM e ao reconhecimento dos serviços de proteção às vítimas. Nela, observa-se que alguns profissionais reconheceram a importância, a obrigatoriedade e o teor da notificação compulsória dos casos. Conheciam o encaminhamento que deve ser dado à mesma após o preenchimento, bem como sua utilidade. Outros alegavam sequer saber do que se trata. Ressalta-se ainda a confusão existente entre notificação compulsória e denúncia policial. No que concerne à legislação que regulamenta a conduta profissional frente a situações de VDCM, alguns profissionais referiram desconhecer, enquanto que outros erroneamente citaram a Lei Maria da Penha. Houve ainda profissionais que explicaram que, de acordo com a lei, não se pode ser omissos ou negligentes em casos de violência, porém não mencionaram o que deve ser feito, sequer apontaram o preenchimento da ficha de notificação compulsória. Apesar disso, não é possível inferir que (des)conhecem o Código de Ética da Enfermagem. Quanto aos serviços de proteção, a delegacia da mulher foi amplamente citada. Houve referência à casa abrigo e ao Ligue 180, porém questionaram a efetividade dos serviços. Alegaram, ainda, não saber qual acionar nas diferentes situações.

6.4 ARTIGOS

6.4.1 Artigo 1

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DA ABORDAGEM ESTRUTURAL

Resumo

Objetivo: Analisar as representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS. Metodologia: trata-se de uma pesquisa social, exploratória, descritiva, qualitativa, apoiada nas abordagens estrutural e processual das Representações Sociais. Os dados foram coletados a partir de evocações e de entrevistas, realizadas entre julho e novembro de 2013. As evocações foram tratadas no *software* EVOC 2005. As entrevistas foram submetidas a análise de contexto e instrumentalizadas pelo *software* NVivo 10. Os termos encontrados no núcleo central da representação, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, foram “agressão”, “covardia”, “falta-de-respeito” e “revolta”. Percebeu-se que

os informantes tinham uma representação estruturada, com conotação negativa. A apreensão das representações sociais pode contribuir para fomentar discussões acerca da temática junto aos profissionais envolvidos no cuidado, bem como facilitar o delineamento de estratégias de combate e prevenção da violência.

Descritores: Violência; Violência Doméstica; Mulheres Maltratadas; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract

Objective: To analyze the social representations of domestic violence against women, including nurses and nursing technicians working in the health units of the City family of Rio Grande / RS. **Methodology:** it is a social, exploratory, descriptive, qualitative, based on structural and procedural approaches of Social Representations. Data were collected from evocations and interviews conducted between July and November 2013. The evocations were treated in EVOC software 2005. The interviews were subjected to context analysis and manipulated by software NVivo 10. The terms found in the central core the representation of nurses and nursing technicians, were "aggression", "cowardice", "lack-of-respect" and "revolt". It was noticed that the informants had a structured representation, with negative connotation. The seizure of social representations can help to foster discussion about the theme with the professionals involved in the care and facilitate the design of combat strategies and violence prevention.

Descriptors: Violence; Domestic violence; Battered Women; Family Health Strategy; Nursing.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno sócio histórico global, multifatorial e complexo, interligado ao poder, privilégios e controle masculino. Esse fenômeno apresenta diferentes níveis de severidade (Costa; Lopes; Soares, 2014; Guedes; Fonseca, 2011; OMS, 2010) e configura-se como um grave problema de saúde pública, devido à sua magnitude, gravidade, recorrência e consequências negativas sobre a qualidade de vida das vítimas (Almeida; Silva; Machado, 2013; Costa; Lopes; Soares, 2014; Guedes; Fonseca, 2011; OMS, 2010; Silva; Padoin; Vianna, 2013).

Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária (González; Bejarano, 2014). Nesse

contexto, destacam-se as Unidades de Saúde da Família (USFs) para a detecção precoce dos casos, uma vez que, pela aproximação com a comunidade, os profissionais têm conhecimentos dos problemas que as atingem (Leal; Lopes; Gaspar, 2011) incluindo os de violência doméstica contra a mulher (VDCM).

Entretanto, o atendimento à vítima pode ser influenciado pela representação que os profissionais envolvidos no cuidado têm sobre a VDCM (Silva e col., 2015). A Representação Social (RS) consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos (Abric, 2003; Moscovici, 2005; Sá, 2002).

Para gerar RS o objeto a ser estudado necessita apresentar “relevância cultural ou espessura social” (Sá, 1998; p. 45), ou seja, o grupo a ser pesquisado precisa possuir uma representação do objeto que se deseja investigar. Além disso, o objeto necessita estar presente em alguma prática do grupo (Sá, 1998). Assuntos de relevância social, dentre eles os que dizem respeito à saúde e à doença, exigem que os indivíduos formulem teorias embasadas em suas experiências, informações e valores, quer seja em nível individual ou coletivo (Sá, 2004).

É dever do profissional cuidar de forma humanizada e integral a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Nesse sentido, os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM (Almeida; Silva; Machado, 2013). Isso requer que estejam despidos de preconceitos e julgamento.

Não são apenas as medidas que visam coibir e prevenir a VDCM, bem como prestar um tratamento humanizado que se configuram como um grande desafio. A transformação de crenças e valores semeados com base cultural, transmitidos de forma intergeracional, reproduzindo e banalizando, assim, a violência nas relações de gênero, merece discussões (Leal; Lopes; Gaspar, 2011).

Por acreditar que as RS de profissionais da enfermagem acerca da VDCM são construídas a partir do entrelaçamento de vivências pessoais e profissionais e que aspectos culturais podem influenciar na elaboração das mesmas, e por acreditar também que as RS acerca da VDCM influenciam as práticas de cuidado às vítimas, bem como o planejamento de ações e intervenções de prevenção e combate da VDCM, optou-se por analisar as representações sociais acerca da violência doméstica contra a mulher, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS.

Metodologia

Pesquisa social, exploratória, descritiva, qualitativa, conduzida de acordo com as abordagens estrutural e processual. Desenvolvida em 12 USFs localizadas na zona urbana e sete na zona rural do Município do Rio Grande/RS, Brasil. Utilizou-se a abordagem estrutural pois ela permite conhecer a estrutura da representação social. Quanto a abordagem processual, ela foi escolhida por permitir conhecer os processos de construção das RS, as práticas sociais que as geram e as justificam (Magalhães; Maia, 2009), além dos seus aspectos constituintes como informações, imagens, opiniões, dentre outros (Arruda, 2002).

A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2013, por meio das técnicas de Evocações Livres e entrevistas. Em cada unidade foi disponibilizada uma sala longe da área de circulação para evitar distrações durante a coleta.

Das evocações, participaram 65 profissionais de enfermagem, aos quais foi solicitado que verbalizassem as cinco primeiras palavras ou expressões que lhes viessem à mente frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Após, procedeu-se a entrevista com 25 informantes a partir de um roteiro semiestruturado, com vistas a colocar em evidência os elementos constituintes das representações sociais, como informações, imagens, crenças, valores, elementos culturais, ideológicos, dentre outros.

Para determinar o número de entrevistas, as USFs foram agrupadas por proximidade, originando quatro áreas na zona urbana e seis na área rural. De cada área elegeu-se uma USF para a realização das entrevistas, sendo convidados, no mínimo, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Foram excluídos os profissionais da enfermagem que se negaram a participar da pesquisa, bem como os que estavam afastados da USF por motivo de férias, folga ou licença.

A análise das evocações foi feita com o auxílio do *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* - EVOC 2005. Esse recurso informático adota os critérios de frequência e ordem de aparição dos termos evocados para a elaboração do quadro de quatro casas, através do qual se discriminam o núcleo central, os elementos de contraste e o sistema periférico (Abriç, 2000; Oliveira; Marques; Gomes, 2005). Essa construção possibilita a análise da estrutura da representação. Para o tratamento do conteúdo das entrevistas utilizou-se a Análise de Contexto (Bardin, 2011), tendo sido selecionados trechos das entrevistas, para contextualizar os termos apresentados no quadro de quatro casas.

Visando ao anonimato, as falas foram identificadas pelas letras E (Enfermeiro) e TE (Técnico de Enfermagem), acrescidas do número arábico correspondente à ordem da coleta

das evocações. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer nº 020/2013.

Resultados e discussões

Participaram das evocações 65 profissionais; destes, 26 eram E e 39, TE. Os informantes das entrevistas foram 13 E e 12 TE. Atuavam na zona urbana 44 profissionais, sendo 18 E e 26 TE enquanto que na zona rural atuavam oito E e 13 TE. A idade variou de 27 a 60 anos, predominando a faixa etária dos 40 a 49 anos, com 31 participantes. Quanto ao estado conjugal, 33 participantes residiam com companheiro, situação esta que pode proporcionar a vivência de violência doméstica.

O *corpus* formado pelas evocações frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” totalizou 325 palavras, sendo 136 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (O.M.E) foi três, a frequência mínima seis e a frequência média, nove. A análise dos dados resultou no quadro de quatro casas (Figura 1).

Figura 1. Quadro de quatro casas das representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

Núcleo Central			1ª Periferia		
Frequência ≥ 9 / Rang < 3			Frequência ≥ 9 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Agressão	19	1,579	Auto-estima-baixa	10	3,300
Covardia	13	2,231	Medo	20	3,150
Falta-de-respeito	9	2,333			
Revolta	10	2,800			
Zona de Contraste			2ª Periferia		
Frequência < 9 / Rang < 3			Frequência < 9 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso	7	2,143	Aceitação	7	3,571
Abuso-poder	7	2,857	Dependência-econômica	6	3,667
Agressão física	6	1,833	Impunidade		
Tristeza	7	2,714	Submissão	7	3,143
				7	3,857

Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, assim, o Núcleo Central (NC) da representação social (RS) (Gomes;

Oliveira, 2005). Os termos presentes no NC são aqueles mais prontamente evocados e citados com maior frequência pelos informantes (Sá, 2002; Machado; Aniceto, 2010).

A combinação entre frequência e ordem média de evocação das palavras possibilita o levantamento dos termos que provavelmente compõem o núcleo central (Sá, 2002). Esses são em número limitado e não são equivalentes entre si, sendo uns mais importantes que outros, conferindo, assim, uma hierarquização ao sistema central (Abric, 2003). “Procurar o núcleo central, é então, procurar a raiz, o fundamento social da representação [...]” (Abric, 2003. p. 40).

Para Moscovici (2012) as RS se estruturam a partir de três dimensões: conceito/informação, atitude/julgamento e imagem/campo de representação. O conceito consiste na informação, ou seja, os conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto. A atitude, na opinião, no julgamento que tem sobre o objeto em questão. Assim, a opinião “é, por um lado, uma fórmula socialmente valorizada à qual um sujeito adere e, por outro lado, uma tomada de posição sobre um problema controverso [discutido] da sociedade” (Moscovici, 2012. p. 43). A imagem, ou sensações mentais, representa as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro. Por isso buscou-se identificar as dimensões citadas nos termos constituintes do NC da representação de E e TE acerca da VDCM. Para contextualizar os prováveis elementos do NC apresentam-se trechos extraídos das entrevistas.

Percebe-se que os elementos do NC contemplam as dimensões conceitual, imagética e atitudinal. O termo “*agressão*”, mais frequente e mais prontamente evocado, constitui a informação que os profissionais tinham acerca da violência. Ele também assume a dimensão imagética, retratando as distintas formas de VDCM, bem como as marcas deixadas pela violência física. Tradicionalmente, a violência está intimamente relacionada com a agressão física. Ela é a mais reconhecida e socialmente considerada a mais perigosa e de alta prevalência (Acosta; Gomes; Barlem, 2013).

“Quando se pensa em violência doméstica contra a mulher a primeira coisa que a gente pensa é em agressão física, mas eu acho que a violência doméstica não se restringe só à questão da violência física. A violência física acontece muito porque é aquela que a gente mais enxerga, que a gente ouve no rádio, vê na TV, no jornal, que vai para mídia, que aparece com os artistas, que acaba gerando os escândalos. Além da violência física existe uma violência escondida também, por trás, que é a violência psicológica, que eu acho que acontece muito mais, então eu acho que é toda forma de abuso [...]” (E-144)

“Violência doméstica contra a mulher é todo tipo de agressão verbal, física, mental. Todo tipo de agressão é violência [...]” (TE-54)

Os termos “*covardia*” e “*falta-de-respeito*” referem-se ao julgamento que os profissionais emitiram sobre a violência contra a mulher. No estudo realizado por Costa, Lopes e Soares (2014), o vocábulo *desrespeito* associado ao *álcool* apareceu como um dos desencadeadores de atos agressivos contra mulheres residentes em zonas rurais da metade sul do Estado do Rio Grande do Sul.

“Violência doméstica contra a mulher é covardia [...]” (E-11)

“Violência doméstica contra a mulher significa um descaso, uma falta de respeito com a mulher em casa [...]” (E-103)

A palavra “*revolta*” representa o sentimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem frente à reconciliação da vítima com o agressor. O caráter complexo da violência pode gerar sentimentos de insegurança, frustração, revolta, indignação, medo e angústia nos profissionais por não conseguirem resolvê-lo, por não visualizarem uma resposta e resultados efetivos do atendimento prestado (Kind e col., 2013).

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

Em torno do NC está o sistema periférico, que apresenta por função proteger o núcleo. Esse sistema permite a integração de experiências individuais, é flexível e mostra-se sensível ao contexto imediato (Abric, 2003). A periferia de uma representação social é considerada como um “para-choque” entre a realidade e o NC, que se apresenta de forma mais resistente a mudanças (Flament, 2001).

Nos quadrantes superior e inferior direito, estão localizados os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente. A primeira periferia inclui palavras com alta frequência e ordem média de evocação igual ou maior a três. Na segunda periferia estão os elementos com frequência foi baixa e evocados mais tardiamente (Sá, 2002; Abric, 2000; Machado; Aniceto,

2010). O sistema periférico constitui a “parte mais acessível e mais viva da representação” (Abric, 2003. p. 38), uma de suas funções é prescrever comportamento (Abric, 2003).

Na primeira periferia, pode-se observar que os profissionais da enfermagem colocaram em evidência os termos “*auto-estima-baixa*” e “*medo*”, que sinalizam para um campo sentimental onde o medo pode referir-se ao receio da vítima de denunciar o agressor e, assim, sofrer novas e mais intensas agressões. Pode revelar, ainda, o medo dos profissionais de sofrerem represálias por parte dos agressores. O *medo* também se fez presente no NC da representação de gestores municipais e profissionais responsáveis pela saúde da mulher, de oito municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Para eles, o medo pode levar a mulher a permanecer em uma relação conjugal violenta receando as consequências de uma separação (Costa; Lopes; Soares, 2014).

“Eu acho que violência doméstica contra a mulher é abuso, é agressão, é desamor. Pela parte da mulher é autoestima baixa [...]” (E-141)

“A gente conversa bastante com elas e orienta, mas geralmente elas não querem dar queixa, elas não fazem nada, por medo [...]” (E-11)

Essa passividade feminina ilustrada pelo termo “*medo*” pode revelar um misto de sentimentos que a vítima nutre pelo agressor. Os atos que podem levar a mulher à subordinação e, conseqüentemente à vitimização, podem assumir formas de emoções corporais como, por exemplo, vergonha, timidez e culpa; ou de paixões e de sentimentos, como o amor, a admiração e o respeito pelo agressor (Bourdieu, 214).

A contextualização do termo “*medo*”, nas falas dos profissionais, expressa, ainda, que temem sofrer represálias dos agressores, limitando, assim, o seu agir. Essa situação foi encontrada também no estudo de Costa, Lopes e Soares (2014), em que o medo e o sentimento de impotência refletem a dominação masculina. O medo os paralisa e restringe sua intervenção a danos físicos (Kind e col., 2013; Almeida; Silva; Machado, 2014).

“Eu tenho caso de colegas minhas, de arranharem o carro de fora a fora, porque denunciaram. Acho que foi um prego aquilo, alguma ferramenta, alguma coisa [...] Ela estacionou o carro na frente do posto e ele apareceu com toda lataria para dentro. A impressão que a gente tinha é que pegaram uma ferramenta e cravaram na lata e rasgaram como se fosse uma lata de sardinha. Essa minha colega ficou com muito medo [...]” (E-94)

“É aquela coisa, tu fica com medo de se meter, de orientar, porque a gente sabe que acontece uma vez e passa. O casal briga e depois volta no dia seguinte ao normal. Quando tu vê, estás te incomodando com o marido porque tu orientou a mulher. É errado, muita coisa a gente oculta, muita, a gente escuta e guarda para gente, mas também a gente tem medo de se expor porque sabe que, de repente, pode acontecer alguma coisa [...] Em outras unidades que trabalhei tu tinhas que ver e ficar quieto, porque senão, quando tu saía, tu recebia um tiro na cara [...] Infelizmente tem coisas que tu faz vista grossa, deixa passar certas coisas para não te incomodar, não te expor [...]” (TE-95)

O vocábulo “*medo*” também integrou o NC da representação acerca da violência contra mulheres rurais. Nesse contexto, o medo foi associado a aspectos pautados no gênero e na posição de subalternidade da mulher. Revelou, ainda, o sentimento de impotência dos profissionais diante dos agressores (Costa; Lopes; Soares, 2014).

Na segunda periferia, a palavra “*aceitação*” pode estar relacionada tanto ao profissional quanto à vítima. Essa aceitação pode decorrer da naturalização da violência, que faz parte do cotidiano da vida doméstica. É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável (Costa; Lopes; Soares, 2014).

“Com tanta burocracia, no fim a paciente acaba se acomodando, aceitando a situação [...]” (TE-145)

Parece que, quando iniciam uma relação conjugal, as mulheres entregam corpo, alma e a identidade aos companheiros, perdem sua autonomia e o direito de decidir (Hesler e col., 2013), ilustrando a “*submissão*” a eles. O vocábulo *submissão* reforça a culpabilização das vítimas pela violência sofrida, bem como a naturaliza (Costa; Lopes; Soares, 2014).

“A cultura da comunidade que eu atendo é bem diferente. Não relatam. Mas notamos que o homem tem aquela cultura de patriarca [...] o homem se sobrepõe à mulher que acaba sendo mais submissa. Mas assim que veio nos falar..., não tivemos nenhum caso de agressão que tenha que denunciar ou falar que a mulher venha conversar conosco, não. ” (E-141)

A violência de gênero, na maioria das vezes, naturalizada pelo senso comum, também faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e isso pode interferir no atendimento às mulheres nessa situação (Leal; Lopes; Gaspar, 2011). Em determinadas situações, os próprios

profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não “bater de frente” (Kind e col., 2013). Essa situação pode decorrer dos papéis masculino e feminino, construídos socialmente, que induzem à naturalização da VDCM. Nesse sentido, quando o pensamento feminino e suas percepções encontram-se em conformidade com os ideais de uma sociedade machista, patriarcal, “seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão” (Bourdieu, 2014. p. 22).

“Eu conversei bastante com a paciente. [...] Eu me senti um pouco incapacitada. Eu não tive capacidade de orientar ela, de fazer com que ela entendesse que ela tinha que voltar..., que os filhos dela estavam a esperando e que eles iriam ficar muito felizes se ela voltasse para eles. Eu me senti incapaz.” (TE-6)

Essa forma de pensamento social, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, pode explicar, mesmo que em parte, o comportamento dos profissionais frente à VDCM. O “não bater de frente” consiste em um comportamento apaziguador que, pode levar à perpetuação da violência, pois mesmo desaconselhando o enfrentamento, ficam com a sensação de que fizeram algo pela vítima. Essa conduta profissional pode ser incentivadora da submissão e da impunidade. Nesse sentido, o termo “*impunidade*” pode se referir tanto aos casos em que a vítima não denuncia ou quanto à desistência da criminalização dos agressores, pela retirada da queixa. Muitas delas, perante o juiz, renunciam à denúncia, perdendo, a oportunidade de culpabilizar o agressor (Souza e col., 2014). A vergonha de ter sido vítima de violência de gênero também representa um fator impeditivo à denúncia, principalmente entre as mulheres com maior escolaridade e renda (Brasil, 2013).

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

As palavras localizadas no quadrante inferior esquerdo, “abuso”, “abuso-de-poder”, “agressão física” e “tristeza”, constituem os elementos contrastantes da representação (Sá, 2002; Abric, 2000; Machado; Aniceto, 2010). Abrangem termos que foram evocados por poucos participantes, porém nas primeiras colocações, o que demonstra a maior importância que o grupo lhes confere (Costa e col., 2013). Tais termos podem “revelar elementos que reforçam as noções presentes na primeira periferia ou a existência de um subgrupo minoritário

portador de uma representação difere (Oliveira; Marques; Gomes, 2005. p.582). Podem também complementar e discutir o núcleo central (Nascimento; Gomes; Erdmann, 2013). Em nosso estudo não foi detectada a presença de um subgrupo com representação diferenciada, entre os profissionais investigados. Assim a zona de contraste pode estar complementado ou mesmo reforçando o núcleo central. Nesse sentido, o conceito e a imagem expressos no NC pelo termo “agressão”, estão reforçados por “agressão física”, presente na zona de contraste. A dimensão atitudinal, no NC, é composta pelas palavras “covardia” e “falta-de-respeito”, reforçadas por “abuso” e “abuso-de-poder”, na zona de contraste. Pode-se inferir, ainda, que o sentimento expresso, no NC, pelo termo “revolta” é complementado por “tristeza”, na zona de contraste.

Considerações finais

A partir da análise dos prováveis elementos que integram o núcleo central (NC), foi possível perceber que a representação da violência doméstica contra a mulher para os profissionais da enfermagem apresenta conotação negativa. Trata-se de uma representação estruturada, pois a violência foi representada com termos que expressaram conceito, imagem e atitude. Observou-se que, nas falas, os profissionais da enfermagem distinguem as formas de violência doméstica contra a mulher, não se restringindo à conceituação da agressão física.

Os elementos periféricos, mais relacionados à realidade vivenciada pelos sujeitos investigados, revelam que, além dos sentimentos que a violência de gênero desencadeia, o apoio às vítimas integra o cotidiano de alguns dos profissionais da enfermagem. No conteúdo das entrevistas pôde-se observar que o medo de represálias limita a atuação profissional, bem como não expõe a realidade da violência contra a mulher, uma vez que as vítimas, por medo, não denunciam seus agressores.

A aceitação pode interferir, de forma negativa, sobre o cuidado prestado às vítimas além de influenciar nas estratégias de intervenção e combate à violência. A apreensão das representações sociais de técnicos de enfermagem e enfermeiros pode contribuir para a fomentação de discussões acerca da violência doméstica contra a mulher junto aos profissionais envolvidos no cuidado às vítimas, bem como facilitar o delineamento de estratégias de combate e prevenção da violência.

Reconhece-se que uma das limitações do estudo foi o número reduzido de profissionais da enfermagem, o que impossibilitou a realização de uma comparação das representações de técnicos de enfermagem com a de enfermeiros. Além disso, a pouca

produção científica sobre a RS de profissionais da enfermagem atuantes em USFs acerca da VDCM dificultou maiores discussões.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. *Estudos interdisciplinares em Representação Social*. Goiânia: AB Editora, 2000.

ABRIC, J.C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS. (Orgs.). *Representações Sociais e práticas educativas*. p. 37-57. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):547-53.

ALMEIDA, L.R de; SILVA, A.T.M.C da; MACHADO, L.D.S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 37 (1): 110 – 119; 2013.

ALMEIDA, L.R de; SILVA, A.T.M.C da; MACHADO, L.D.S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface, comunicação, saúde e educação*. 2014; 18(48): 47-59.

ARRUDA, A. Teoria das representações Sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

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

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BRASIL. Data Senado. *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. Secretaria de Transparência. 2013.

COSTA, M.C da; LOPES, M.J.M.; SOARES, J.S.F. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):214-22.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 2005; 13(6):1011-8.

GONZÁLES, G.C.; BEJARANO, C.R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. nº 33. Enero 2014.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp. 2):1731-5.

HESLER, L.Z., et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):180-186.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.

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

MACHADO, L.B.; ANICETO, R.A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, abr./jun. 2010.

MAGALHÃES, E.M.M.; MAIA, H. O trabalho docente por professores de curso de Pedagogia. *Revista Múltiplas Leituras*, v.2, n. 1, p. 189-206, jan. / jun. 2009.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. Editora Vozes. Petrópolis, 2005 (3ª ed.).

MOSCOVICI, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Traduzido do inglês por Sofia Fuhrmann. Editora Vozes, 2012.

NASCIMENTO, K.C.; GOMES, A.M.T.; ERDMANN, A.L. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1):176-84.

OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.; GOMES, A.M.T. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. World Health Organization, 2010.

SÁ, C.P. de. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: _____. *A identificação dos fenômenos de representação social*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SÁ, C.P. de. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C.P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJP. O conhecimento no cotidiano: *As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social*. Editora brasiliense, 2004.

SILVA, E.B. da.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(6):608-13.

SILVA, C. D., et al. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Impresso), v. 49, p. 22-29, 2015.

SOUZA, M.C. de, et al. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. *Revista Âmbito Jurídico. Caderno Internacional*. 2014. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874 Acessado em 11 nov. 2015.

6.4.2 Artigo 2

A ENFERMAGEM FRENTE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER SOB A ÓTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Resumo

Objetivou-se analisar as ações desenvolvidas por profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS frente à violência doméstica contra a mulher. Pesquisa qualitativa, teve como informantes 25 profissionais de enfermagem. A entrevista foi utilizada para coletar os dados que foram inseridos do *software* Nvivo 10 e tratados a partir da análise de conteúdo. Foram elaboradas quatro categorias analíticas: Os componentes da VDCM: conceito, imagem e atitude; Detecção dos casos de VDCM; Os cuidados prestados às vítimas e, Compromissos éticos e legais frente à VDCM. A RS pode influenciar as práticas, tanto preventivas quanto assistenciais. Distintamente do que a literatura expõe, os cuidados prestados não se restringiram à dimensão física do ser humano. O acolhimento mostrou-se como um momento propício para estabelecer um vínculo de confiança com as mulheres. Acredita-se que a articulação, em rede, dos serviços de proteção e assistência às vítimas e a elaboração de um fluxo de encaminhamentos tornam o atendimento mais efetivo, resolutivo e integral.

Descritores: Violência; Violência Doméstica; Saúde da Família; Enfermagem.

Abstract

This study aimed to analyze the actions taken by the acting nursing professionals in the health units of the City family of Rio Grande / RS front of domestic violence against women. Qualitative research, its informants 25 nursing professionals. The interview was used to collect the data that was inserted from Nvivo 10 software and treated from the content analysis. Four analytical categories were produced: The components of VDCM: concept, image and attitude; Detection of cases of VDCM; The care for victims and ethical commitments and legal front VDCM. The RS can influence the practices, both as preventive care. Distinctly that literature exposes the care provided were not restricted to the physical dimension of the human being. The host proved to be a good time to establish a bond of trust with women. It is believed that the joint, networked, protection of and assistance to victims and the elaboration of a stream of referrals make the most effective service, resolute and comprehensive.

Descriptors: Violence; Domestic violence; Family Health; Nursing.

INTRODUÇÃO

Considera-se violência doméstica contra a mulher (VDCM) aquela praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente do vínculo familiar (Brasil, 2006). Anualmente, a violência doméstica acarreta uma perda de nove milhões de anos de vida saudável (González; Bejarano, 2014).

As mulheres podem vivenciar a violência de gênero por anos sem buscar ajuda, o que pode lhes acarretar sérios problemas de saúde. Tal afirmação se respalda no fato de que aproximadamente 35% das queixas que as levam a procurar o setor de saúde relacionam-se com algum tipo de violência (Guedes; Fonseca; Egry, 2013). Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária (González; Bejarano, 2014).

Nesse contexto, as Unidades de Saúde da Família (USFs), por se pautarem na integralidade do cuidado (González; Bejarano, 2014), encontram-se em patamar privilegiado para detectar condições de risco, identificar as possíveis vítimas e intervir na questão da VDCM. Nesse modelo, além de buscar identificar e tratar problemas que afetam as famílias, os profissionais devem desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos junto aos usuários e à comunidade (Hesler et al., 2013).

É dever do profissional cuidar de forma humanizada e integral, procurando atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Nesse sentido, os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM (Almeida; Silva; Machado, 2013).

Entretanto, esse atendimento pode ser influenciado pela representação que os profissionais envolvidos no cuidado têm sobre a VDCM (Silva e col., 2015). A Representação Social (RS) consiste em “uma modalidade de saber gerada através da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas” (Sá, 1998. p.68). Ela determina o comportamento considerado aceitável, tolerável e lícito, sob influência do contexto social dos indivíduos (Moscovici, 2012).

Por constituir-se parte do projeto intitulado “Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande/RS”, objetivou-se analisar as ações desenvolvidas por profissionais da enfermagem atuantes em Unidades de Saúde da Família frente à VDCM.

METODOLOGIA

Pesquisa social, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em Unidades de Saúde da Família do Município do Rio Grande/RS, Brasil. Os dados foram coletados de julho a novembro de 2013, por meio de entrevista em profundidade.

Visando o anonimato, as falas foram identificadas por E (Enfermeiro) e TE (Técnico de Enfermagem). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande sob o Parecer nº 020/2013.

As entrevistas foram transcritas e inseridas no *Software* NVivo versão 10 e submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). O NVivo é um *software* de análise qualitativa que permite criar categorias, codificar, fazer buscas, explorar o material, não favorecendo uma metodologia de coleta de dados em particular. Ele foi desenvolvido para facilitar técnicas qualitativas comuns para organizar, analisar e compartilhar dados, independentemente do método usado (QSR, 2014).

Inicialmente as fontes, ou seja, as entrevistas foram exploradas e codificadas em “nós”, os quais constituem estruturas de armazenamento das informações. Assim, os “nós” contém os fragmentos das fontes, que, posteriormente, originarão as categorias analíticas (Grijó, 2013).

Elegeu-se como unidade de registro o tema. Nesse sentido, “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa [...]” (Bardin, 2011. p. 135).

Como uma das vantagens do NVivo é promover a criatividade do pesquisador, ele pode optar por criar previamente os “nós” e ir “preenchendo-os” ou criá-los enquanto explora suas fontes. A primeira requer prévio conhecimento das fontes. Na segunda, as categorias surgem na medida em que o material vai sendo explorado, opção adotada neste estudo. Tanto uma quanto a outra forma requerem habilidade por se tratarem de codificação manual (Grijó, 2013).

Assim, a codificação dos “nós” pode proporcionar ao pesquisador a organização hierárquica dos mesmos (Grijó, 2013), formando as “árvores de nós”, conforme a necessidade e criatividade. Essa estrutura se assemelha a categorias e subcategorias ou classes e subclasses. No que se refere à apresentação dos resultados, o *software* possibilita a utilização de variados recursos, entre eles a identificação da frequência dos termos empregados pelos informantes, a nuvem de palavras, esquemas ou modelos dinâmicos, gráficos e relatórios.

A nuvem de palavras consiste em uma das formas de visualizar os resultados do estudo. É obtida a partir da ferramenta “frequência de palavras” que possibilita gerar uma lista dos termos mais citados nas entrevistas. Nessa nuvem, há uma relação direta entre o tamanho do desenho da palavra e sua frequência de verbalização.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram das entrevistas 13 Es e 12 TE. Destes, seis Es e seis TE atuavam na zona urbana, os demais na zona rural. Apenas dois informantes eram do sexo masculino, a idade variou entre 30 e 57 anos, predominando a faixa de 40 a 49 anos, com 14 informantes. Participaram de cursos, palestras ou seminários referentes à temática nove E e oito TE. Quanto à situação conjugal, seis não tinham companheiro fixo, dois tinham, porém não residiam juntos e 17 residiam com companheiro. Seis TE e 12 E concluíram o curso de formação profissional antes de 2003, os demais, após esse ano.

OS COMPONENTES DA VDCM: CONCEITO, IMAGEM E ATITUDE

A VDCM, na maioria das vezes, naturalizada pelo senso comum, também faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde, tanto no contexto familiar quanto no profissional, o que pode interferir no atendimento às vítimas (Leal; Lopes; Gaspar, 2011). Essa naturalização pode estar relacionada com a Representação Social (RS) que os profissionais têm sobre esse objeto de estudo. O termo Representação Social (RS) designa uma “modalidade de conhecimento particular” que determina o comportamento considerado aceitável, tolerável e lícito, além de orientar as ações e as relações sociais (Moscovici, 2012).

Nesse sentido, considerou-se pertinente visualizá-las nas falas dos participantes, para tanto, gerou-se uma nuvem de palavras. Nela, os termos mencionados com maior frequência aparecem em destaque.

Figura 1: Nuvem de palavras acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Observa-se a saliência dos termos “física”, “agressão”, “abuso” e “verbal”. Esses vocábulos ainda encontram-se permeados por “respeito”, “casa”, “desrespeito”, “moral”, “psicológica”, “escândalos”, dentre outras. Essas palavras revelam uma conotação negativa da Representação Social da VDCM para os participantes.

Referindo-se à “agressão”, o maior destaque evidenciado no termo “física”, se comparado ao termo verbal, pode ser decorrente da relação que existe entre a violência contra a mulher e a agressão física. Ela é a mais reconhecida e, socialmente, considerada mais

perigosa e de alta prevalência (Acosta; Gomes; Barlem, 2013). Ressalta-se que a associação entre os termos “agressão” e “verbal” pode indicar o reconhecimento, por parte dos profissionais, da violência psicológica. A violência verbal gera graves danos às mulheres através de palavras ou frases desqualificadoras utilizadas com a intenção de desprezá-las (Giraldo; Ballén, 2014). Essa forma de agressão contra a mulher geralmente encontra-se associada às agressões físicas e, em alguns casos, acompanhada da violência sexual (Albuquerque e col., 2013).

No que concerne à RS, ela é formada por três dimensões: conceito/informação, atitude/julgamento e imagem/campo. O conceito consiste na informação, nos conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto. A atitude constitui a opinião, o julgamento que o grupo tem sobre o objeto em questão. A imagem representa as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro (Moscovici, 2012). Assim, pode-se inferir que o destaque dos termos “física” e “agressão” deve-se ao fato de a VDCM ser um constructo social que se encontra intimamente relacionado com a imagem que os participantes possuem acerca da violência. Essa afirmativa é ilustrada pela fala a seguir.

Quando se pensa em violência doméstica contra a mulher a primeira coisa que a gente pensa é em agressão física, mas eu acho que a violência doméstica não se restringe só à questão da violência física, eu acho a violência física acontece muito porque é aquela que a gente mais enxerga, que a gente ouve no rádio, vê na TV, no jornal, que vai para mídia, que aparece com os artistas, que acaba gerando os escândalos. (E-144)

Estudo realizado com 150 enfermeiras de Lisboa, que objetivou identificar as Representações Sociais da violência contra a mulher por parte de enfermeiras, revelou que, frente ao estímulo “Quando penso em violência, lembro-me de...”, as seis palavras mencionadas com maior frequência foram: agressão, dor, agressão física, agressão psicológica, maus-tratos e lesões. Para elas, as agressões física e psicológica encontravam-se associadas com lesões físicas (Leal; Lopes; Gaspar, 2011).

Os termos “física” e “agressão” podem, ainda, se enquadrar como parte do conceito da VDCM, na RS dos profissionais da enfermagem, pois observa-se, nas falas, a alusão a outras formas de violência como, por exemplo, a violência verbal, que gera graves danos às mulheres. Ela é exercida através de palavras ou frases desqualificadoras que seus companheiros usam para desprezá-las. Esses desqualificativos apresentam efeito controlador e manipulador sobre as mulheres, efetivando-se, assim, a violência psicológica (Giraldo; Ballén, 2014). Essa forma de agressão contra a mulher geralmente antecede as agressões físicas (Albuquerque e col., 2013).

Violência doméstica contra a mulher significa uma violação do direito da mulher... Tem a violência física, mas existem outros tipos de violência às quais elas se submetem. (E-05)

Para mim violência doméstica contra a mulher é desde uma agressão verbal até uma violência física. A violência é de várias formas. Pode ser até no olhar.(TE-06)

Em relação ao conceito, imagem e atitude, essas três dimensões fornecem uma visão do conteúdo e do sentido da RS. No que concerne à imagem, ela consiste em impressão mental do mundo em seus distintos aspectos (Moscovici, 2012), podendo ser caracterizada pelas expressões “violência física”, “outros tipos de violência” e “agressão verbal”. “A imagem é concebida como um reflexo interno da realidade externa, cópia conforme no pensamento daquilo que se encontra fora dele, assim, é reprodução passiva do dado imediato.” (Moscovici, 2012. p. 44). A atitude pode ser considerada um comportamento em miniatura, “[...] pois deduz-se o que o sujeito vai fazer conforme o que diz [...]”(Moscovici, 2012. p. 44). A expressão “significa uma violação do direito da mulher” como julgamento e guia para a ação, pode-se inferir que os profissionais buscam, de alguma forma, garantir os direitos das vítimas.

Os vocábulos “casa” e “desrespeito”, presentes na nuvem, podem indicar que, para esses profissionais, a violência constitui um desrespeito que ocorre na própria casa da vítima, ou do casal, assim, o local que deveria servir de proteção configura-se inseguro para as vítimas, uma vez que o agressor encontra-se dentro de casa.

Violência doméstica contra a mulher significa um descaso, uma falta de respeito com a mulher em casa...(E-103).

Para mim a violência doméstica é uma grande falta de respeito.(TE-138)

As estatísticas apontam o parceiro íntimo como sendo o agressor na maioria dos casos de VDCM. Entre os anos de 2007 e 2012, a Central de Atendimento à Mulher, também conhecida por Ligue 180, registrou 257.562 denúncias de violência doméstica. Dessas, a maioria causada pelo parceiro íntimo (Brasil, 2013).

Violência doméstica contra a mulher é uma agressão do companheiro à sua própria esposa. Agressão e violência. (TE-75)

Percebe-se que aquela imagem de marido companheiro, cuidador, protetor da mulher e dos filhos é deturpada pela imagem de homem perverso, agressor, que fere sua companheira através da violência e da brutalidade. Julgam o ato como uma covardia.

Para mim violência doméstica contra a mulher é uma coisa totalmente brutal. (TE-08)

Violência doméstica contra a mulher é covardia. (E-11)

Apesar de julgarem a VDCM como algo negativo, em determinadas situações os próprios profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não “bater de frente” (Kind; Orsini, 2013). Entretanto, há de se considerar que profissionais que atuam no cuidado às vítimas não estão livres de vivenciar a violência conjugal, o que pode dificultar o atendimento.

DETECÇÃO DOS CASOS DE VDCM

A violência de gênero, um ato de transgressão dos direitos humanos femininos, pode apresentar-se sob as formas: física, psicológica, moral, patrimonial e sexual (Brasil, 2006). Embora a VDCM possa ser caracterizada de acordo com os danos reais ou potenciais, em determinadas situações, essas formas se imbricam de tal modo que fica impossível delimitar apenas um tipo (Vieira e col., 2013). Frequentemente coexistem a violência física, a psíquica e a sexual (González; Bejarano, 2014).

A nuvem dessa categoria permite inferir que as práticas vivenciadas pelos profissionais contribuem para a construção de suas RS sobre o tema e vice-versa (Sá, 2004). Assim, a referida nuvem põe em evidência a “paciente”. Para detecção da vitimização trás como segunda palavra em maior destaque a “conversa”. Por meio dela a enfermeira desenvolve, na “unidade” de saúde, o “acolhimento” e a “consulta”. Como formas de diagnóstico da violência, foram mencionadas a presença de “hematomas”, a paciente “machucada”, “assustada” e com “medo”. Os termos “casa”, “companheiro” e “agrediu” evidenciam o cenário do ato violento, bem como seu agente causador. Assim, esses termos podem revelar como os profissionais visualizam as vítimas e as ações que compõem o atendimento.

Figura 2: Nuvem de palavras da categoria detecção dos casos de violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Dessa forma, pode-se inferir que, quando a paciente busca o serviço, a conversa é um dos principais recursos para detectar a vitimização. Assim, são primordiais o acolhimento e o estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissional e vítima para a abordagem do problema. No entanto, algumas vítimas chegam ao serviço relatando a violência sofrida.

A paciente chegou até nós pedindo ajuda porque tinha sido agredida pelo companheiro... a paciente conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram, como chegou até a violência física (E-166)

Porque foi dito por elas. Quando elas falavam, porque no Pronto-Socorro às vezes chegavam mortas. (E-11)

A expressão “conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram” ilustra a dificuldade das vítimas para relatarem o vivenciado. A situação descrita a seguir evidencia que no momento do atendimento a mulher não relatou a violência sofrida, deixando transparecer que ocorrera um aborto espontâneo. Isso pode decorrer do medo ou da vergonha de expor a situação.

Foi um horror! Quando a gente chegou no local havia tido um aborto em casa. A cena foi bem feia. Ela tinha abortado e o nenê tinha jeito de estar todo formado, tinha jeito de ter uns 8 para 9 meses de gestação. Na hora ela disse que sentiu dores, que começou a se espremer e se evacuou. Tinha sangue, tinha fezes, era uma cena de filme, horrível! E que tinha, tinha

abortado. E nós encaminhamos ela e o feto para o hospital, depois, investigando, fiquei sabendo que tinha sido por violência, ela tinha apanhado do companheiro. (E-144)

Por vezes, quando a mulher busca o serviço, a violência encontra-se mascarada por sintomas inespecíficos (González GC, Bejarano, 2014). Apesar de serem rotuladas como poliqueixosas, polissintomáticas e hipocondríacas, elas não relatam a real situação pela qual estão passando (Vieira e col., 2013), devido a vergonha ou medo. Contudo, há profissionais que alegam reconhecer a violência sem necessitar do relato das vítimas.

Para mim não precisa nem a paciente falar. Tu vê pelo estado, às vezes físico, emocional que ela está. Algumas chegam a relatar. (TE-06)

Observa-se que o profissional mencionou ser desnecessária a verbalização do ocorrido para identificar a situação de violência contra a mulher, porém complementa afirmando que algumas expõem o fato. Isso pode manter ocultos casos de vitimização, principalmente entre mulheres amedrontadas ou que se mantêm caladas mediante ameaças.

Devido à complexidade da VDCM e também para que as ações frente às vítimas possam ocorrer de maneira efetiva, é necessária uma atuação multiprofissional. É possível detectar, nos trechos a seguir, o trabalho em equipe.

Durante a conversa com a mulher surgiu o assunto e a agente chamou a enfermeira responsável que começou a resolver o assunto. (TE-145)

A gente faz o registro no prontuário. Faz o registro no prontuário e passa para a assistente social. [...] A gente liga para a assistente social ou para a psicóloga para saber para qual órgão a gente manda a vítima. A psicóloga e a assistente social nos ajudam também a ver para qual órgão a gente vai fazer essa denúncia. (E-103)

O fato de um profissional passar o caso para o outro não significa que o primeiro esteja querendo que o colega resolva o problema. Essa situação denota, sim, um trabalho em equipe pautado na integralidade do cuidado, na comunicação e interação entre os profissionais. Quando o campo de atuação de um deles alcança o seu limite, ele envolve outra categoria profissional no cuidado para dar continuidade à assistência à vítima. Detectam-se, aqui, a importância e a atuação em equipe, prezando o cuidado integral às necessidades psicossociobiológicas.

A Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, em seu artigo 34º, deixa claro que o profissional da enfermagem não pode “ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência” (COFEN, 2007. p. 35), devendo atuar de acordo com os preceitos inerentes à função que exerce (Garbin, 2015).

Para outros profissionais, as marcas corporais foram as evidências encontradas para diagnosticar a violência, revelando a brutalidade dos casos.

Eu recebi um marido e a esposa que estavam discutindo de noite. Ela estava fazendo comida e ele, não sei por qual motivo, jogou uma panela de óleo quente nela. [...] A mulher chegou mal, chegou toda queimada, toda desmanchada da queimadura. (E-103)

Baseados na subalternidade e subserviência feminina, muitos homens adotam a violência como uma forma de corrigir o comportamento por eles considerado incorreto. O direito da mulher de decidir e fazer escolhas é compreendido como um comportamento errôneo que deve ser penalizado (Giraldo; Ballén, 2014).

A VDCM não se justifica, contudo, existem fatores que são considerados seus precursores. Esses podem, ao mesmo tempo, atuar como motivadores ou inibidores da denúncia. Alguns inibidores são a falta de condições econômicas para viver sem o companheiro, a preocupação com os filhos e o medo de serem assassinadas. Como motivadores citam-se o desejo de acabarem com a situação vivenciada, que pode envolver ciúmes, traições, usos de drogas lícitas e ilícitas; o desejo de ter paz e retomar sua vida e planos de estudar, trabalhar, relacionar-se com amigos e familiares, usar roupas de sua escolha; bem como a intenção de optar pela separação (Vieira e col., 2012).

A paciente chegou até nós pedindo ajuda porque tinha sido agredida pelo companheiro. Após a coleta de dados, a paciente conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram, como chegou até a violência física. Falou sobre a questão do comportamento do companheiro em casa, de ter sido sempre violento. Falou sobre todo esse tempo que eles estão juntos até ela ter coragem de chegar na unidade e falar isso. [...] Num segundo momento essa paciente já mudou um pouquinho a fala, aquela velha questão de que ela não tem como se manter fora disso. Falou do medo da denúncia, de não ter o que fazer com os filhos, de perder os filhos. (E-166)

A elevada frequência das mulheres aos serviços de saúde deve-se, também, ao seu papel social de cuidadora dos filhos, do marido ou de si mesma. Nessas oportunidades, a consulta de enfermagem constitui-se num recurso propício à detecção dos casos de violência (Guedes; Fonseca; Egry, 2013). Entretanto, para que o cuidado prestado seja transformador, é necessário que o enfermeiro considere a singularidade de cada mulher, bem como suas experiências (Batista e col., 2013).

Eu identifiquei o caso em uma consulta de enfermagem [...]. A gente foi falando, foi conversando, e elas vão contando a vida delas. (E-167)

A credibilidade consiste em um aspecto essencial para a detecção dos casos de violência, pois sem ela não há o relato das situações vivenciadas, bem como fica prejudicada a relação entre a mulher e o profissional (Hesler e col., 2013).

OS CUIDADOS PRESTADOS ÀS VÍTIMAS

O cuidado de enfermagem é composto por duas dimensões, a instrumental ou técnica e a afetiva ou expressiva (GOMES; SILVA; ERN, 2003). A primeira refere-se a habilidade técnica e a constante atualização da prática. A segunda, agrega o carinho, a atenção e a valorização do ser humano. O cuidar engloba, então, um conjunto de ações que vão desde a prática até gestos, olhares e palavras (WALDOW, 2008).

Nesta categoria apresentam-se aspectos que vão além dos cuidados das lesões físicas provenientes dos atos violentos. Nela, alguns profissionais relatam como agiram frente ao caso mais grave por eles atendido.

Figura 3: Nuvem de palavras da categoria cuidados prestados às vítimas de violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do Município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais da enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família. 2015. Dissertação.

Os termos “apoio”, “encaminhamos”, “ajuda”, “conversar”, “atendimento” e “orientei” referem-se ao momento em que os profissionais recebem a vítima no serviço e o acolhimento que prestam a ela. É durante o acolhimento que as vítimas devem ser orientadas

sobre seus direitos e os recursos que poderão utilizar no combate da violência, como grupos de autoajuda, atendimentos por membros da equipe multiprofissional (Kind; Orsini, 2013). Isso requer preparo profissional, conhecimento atualizado da legislação e dos serviços de apoio (González; Bejarano, 2014). Nesse sentido, os termos revelam que os informantes prestam um cuidado global as clientes que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O acolhimento e a identificação das vítimas de VDCM “é o início da sensibilização para a visibilização da questão como um problema de Saúde Pública [...]” (Leal; Lopes; Gaspar, 2011. p.421). Há profissionais que referem ter realizado o acolhimento.

Comecei a conversar com ela, passei a gaze onde ela estava machucada. Passar a gaze para tirar o sanguezinho. Fui conversando e dizendo que ia tudo se tranquilizar, ia melhorar. Fui amenizando, para ver se ela parava de chorar. Um conforto com as palavras para ver se ela ficava menos ansiosa, porque ela estava muito emotiva, chorando. Eu tento fazer a minha parte que é tranquilizar, fazer o curativo, passar carinho naquela hora que ela está precisando, compreensão. (TE-8)

Nós trouxemos ela para uma sala reservada e conversamos. É aquilo, nos envolvemos, mas até ali. Demos apoio, conversamos com ela, acolhemos [...] (TE-138)

O cuidado prestado por enfermeiras de Lisboa a vítimas de VDCM é representado pelos termos: apoio, ajuda, encaminhar, cuidar, compreensão e denúncia (Leal; Lopes; Gaspar, 2011), semelhantes ao encontrado no estudo em tela. Esses vocábulos revelam o apoio prestado às vítimas por meio de conversa, orientação e encaminhamentos.

Eu disse para ela que teria que ser removida porque nós não tínhamos como fazer uma sutura daquele nível. Falei que ela ia para o pronto socorro. Foi chamada a ambulância e ela foi tranquila. (TE-86)

Eu fiz o acolhimento e encaminhamos ela para a delegacia da mulher. (E-05)

Ao prestar o cuidado, a enfermagem necessita “olhar além do fato ou queixa apresentada, pensar globalmente sobre os fatores que contribuem para a produção da violência e direcionar as suas ações de cuidado à pessoa considerando as suas especificidades e singularidades” (Batista e col., 2013. p.176), considerando sua necessidade e multidimensionalidade.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma rede articulada de atendimento e proteção às vítimas de VDCM para prestar um cuidado integral, uma vez que apenas ações baseadas na clínica não são suficientes para a resolução de um problema complexo, como é a violência de gênero, que requer soluções multifacetadas (Giraldo; Ballén, 2014).

Em relação aos serviços de proteção às mulheres, alguns profissionais os desconhecem e, outros possuem um conhecimento parcial, porém não sabem qual acionar pela inexistência de um fluxo de atendimento às vítimas e pela falta de integração dos serviços disponíveis.

Não conheço nenhum serviço de proteção à mulher aqui de Rio Grande. Não ouvi falar de nenhum serviço de proteção à mulher. (TE-106)

Existe muitos órgãos, mas a gente não sabe qual acionar. Eu nem sei te dizer quantos são de proteção à mulher. Existem muitos órgãos e pouca resolutividade. (E-103)

Pode-se observar, assim, o desconhecimento acerca dos órgãos e serviços, por parte dos profissionais da enfermagem, bem como a inexistência de uma rede articulada que atue na prevenção e combate à VDCM. Essa situação pode levar a vítima a percorrer um longo caminho, marcado por avanços e retrocessos antes de romper com a violência, denominado de rota crítica (Silva; Padoin; Vianna, 2015).

O papel dos serviços de saúde deveria ser de articulador da rede de enfrentamento da violência, porém, devido à pouca efetividade como porta de entrada para os casos de VDCM, essa função não é realizada. A ineficácia institucional, a fragmentação dos serviços e a falta de orientação dos profissionais de saúde para com as vítimas são fatores que contribuem de forma negativa para o rompimento da violência (Brasil, 2003).

Nesse sentido, a fragmentação dos serviços pode levar a vítima a percorrer diferentes serviços sem encontrar soluções. Isso leva ao descrédito na resolutividade e à desistência de romper com o ciclo da violência. Se houvesse uma rede interligada com um fluxo de atendimentos e encaminhamentos definido, a assistência às vítimas ocorreria de maneira mais efetiva. Essa conexão entre os serviços contribuiria para que a vítima não desistisse da busca por soluções, seja para sua saúde, seja para a punição do agressor.

COMPROMISSOS ÉTICOS E LEGAIS FRENTE À VDCM

Ao gerar a nuvem correspondente a essa categoria, pode-se observar a centralidade do termo “compulsória”, que aparece acompanhado pelos vocábulos “ficha”, “notificar”, “dados”, “paciente”, “agredida”, “casos”, dentre outros. Essas palavras podem apontar para a natureza compulsória da notificação dos casos de VDCM, bem como acerca dos instrumentos e procedimentos empregados frente a sua ocorrência.

Orsini, 2013). Conhecer os instrumentos necessários para o atendimento às vítimas de violência proporciona maior segurança e habilidade ao profissional para conduzir o caso (Garbin e col., 2015). Entretanto, há aqueles que atenderam vítimas e desconhecem a existência, a importância e a finalidade da notificação.

Não sei o que é notificação, nunca fiz. Não tem nenhum papel, aqui no posto, que se faça notificação de violência. (E-103)

Não sei o que é notificação e nem para que ela serve. (TE-08)

Em relação a eventos referentes à temática VDCM, apenas oito profissionais nunca participaram. Isso não justifica o desconhecimento sobre a Notificação Compulsória, uma vez que esta constitui uma importante ferramenta de trabalho e, legalmente, é de preenchimento obrigatório. As falas apresentadas a seguir são de profissionais que não participaram de eventos, porém possuíam o conhecimento.

Notificação compulsória é para qualquer agravo que tu tenha que fazer uma notificação. A notificação serve para ver os dados, para colher os dados, de quantas pessoas foram agredidas [...] (TE-141)

A notificação compulsória é quando se tem algum problema, seja de violência ou outras doenças, a gente identifica e notifica ao serviço adequado, que recebe essa notificação. A notificação serve para registrar o caso. Serve para que o caso venha ao conhecimento da vigilância e também para que se tenham dados estatísticos sobre o que está acontecendo em relação à violência doméstica, realidade da nossa cidade. Não fiz nenhuma notificação porque não prestei esse atendimento. (E-154)

Um enfermeiro que atendeu vítimas de violência doméstica revelou saber o que é a Notificação Compulsória, já a ter realizado e compreender qual o destino dessa ficha após seu preenchimento. O que chama atenção, nesse caso, é que o profissional não participou de eventos cujo foco fosse VDCM. Seu conhecimento pode ter sido proveniente da formação acadêmica ou ainda obtido por iniciativa própria depois de formado.

Sei o que é a notificação compulsória e já fiz através da ficha de notificação. Não tive nenhuma dificuldade em preencher a ficha. Enviei a ficha via malote para a Secretaria de Saúde. A gente fecha todos os documentos, protocola e encaminha para nossa coordenação e ela encaminha direto para o setor de origem. (E-144)

Após o preenchimento, a Ficha de Notificação, deve ser encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica ou à Secretaria Municipal de Saúde para inserção das informações no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), sendo possível visualizar o perfil do fenômeno. Essa auxilia na construção de políticas públicas de enfrentamento à

VDCM (Sousa e col., 2015), entretanto, a existência de um sistema de informação que exponha as realidades vivenciadas pelas mulheres não significa que ações específicas serão realizadas (Kind; Orsini, 2013). As falas a seguir demonstram certo conhecimento do profissional acerca da finalidade da notificação e para onde ela deve ser encaminhada.

Notificação compulsória eu acho que é tu registrar um documento, colocar todos os dados da paciente, da vida dela ali. É um documento que será encaminhado para um outro local onde será contabilizado junto com outros. (TE-06)

O profissional que não notificar está sujeito a penalidades legais previstas do Código Penal Brasileiro (Brasil, 2003). Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no artigo 34 proíbe o profissional de omitir informações sobre qualquer forma de violência. Assim, a subnotificação de qualquer forma de VDCM, contraria aos princípios éticos da profissão. É dever do profissional da enfermagem promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas, respeitando os direitos humanos (COFEN, 2007).

Detectou-se, nas falas de alguns profissionais, a confusão entre os termos denúncia e notificação compulsória. A denúncia representa uma “peça processual que dá início à ação penal pública promovida pelo Ministério Público” (Brasil, 2011. p. 39), devendo ser diferenciada da notificação, que é apenas usada para fins estatísticos e consequentemente direciona o delineamento de estratégias prevenção e enfrentamento (Kind e col., 2013).

Quando tu faz uma notificação eles investigam a pessoa [...] Eu acho complicado a denúncia do postinho. (E-94)

Ela serve para registrar a violência contra essa mulher [...] Se não notificamos não tem nada que prove que essa mulher foi agredida. (TE-54)

Essa confusão de termos demonstra o desconhecimento de ambos e principalmente da notificação, com seu caráter sigiloso, importância estatística e obrigatoriedade (Kind e col., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica é uma realidade nas Unidades de Saúde da Família e os profissionais da enfermagem são, geralmente, os primeiros a prestarem atendimento às vítimas. Para os profissionais da enfermagem atuantes em USFs do Município do Rio Grande/RS, a representação social da violência apresenta conotação negativa e possui conceito, imagem e atitude. Ressalta-se a forte saliência da dimensão da imagem, ilustrada

pela frequência da expressão “violência física” na fala dos participantes, que pode ter sido alimentada pelas visualizações das marcas deixadas nos corpos das vítimas.

Há de se considerar que a RS que estes profissionais possuem acerca da VDCM pode influenciar suas práticas, tanto preventivas quanto assistenciais, contribuindo de forma positiva ou negativa para a detecção e desfecho dos casos, bem como para garantia dos direitos femininos. Entretanto, detectou-se que, distintamente do que a literatura expõe, os cuidados prestados pelos profissionais deste estudo não se restringiram ao físico. Eles preocuparam-se em acolher as vítimas, estabelecer um vínculo de confiança a partir do diálogo, esclarecendo-lhes sobre a continuidade do atendimento com o encaminhamento a outros serviços.

Observou-se, ainda, que parte significativa dos profissionais prestou atendimento a vítimas de violência, porém poucos realizaram a Notificação Compulsória, revelando o desconhecimento da obrigatoriedade e a importância da mesma. Detectou-se, ainda, a necessidade da articulação em rede dos serviços de proteção e assistência às vítimas e a elaboração de um fluxo de encaminhamentos. Essas ações, além de facilitarem a trajetória a ser percorrida pelas vítimas, tornam o atendimento mais efetivo, resolutivo e integral. A assistência às vítimas deve considerar cada mulher em sua singularidade e integralidade, buscando a prevenção de novas manifestações violentas.

Chama-se a atenção para o fato de alguns profissionais terem confundido a notificação compulsória com a denúncia policial, revelando o desconhecimento principalmente da notificação, com seu caráter compulsório e sigiloso. Essa situação pode limitar a atuação do profissional da enfermagem que por medo de ser identificado como o autor do registro da violência, não a notifica. Nesse sentido, torna-se imprescindível abordar a notificação compulsória junto a esses profissionais para que, esclarecidos, possam notificar sem medo de sofrerem represálias, contribuindo, assim, para o aumento do número de casos notificados bem como para uma maior visibilidade da violência doméstica contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(6):547-53.

ALBUQUERQUE, J.B.C.et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):382-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18941>. Acessado em 08 jan 2015.

ALMEIDA, L.R de; SILVA, A.T.M.C da; MACHADO, L.D.S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 37 (1): 110 – 119; 2013.

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

BATISTA, J.M.S. et al. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.1, pp. 173-178. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/24.pdf> Acesso em: 23 nov. 2015

BRASIL. *Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm Acesso em: 01/09/2015. 2003.

BRASIL. *Lei n° 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. *Relatório final*. Brasília; 2013.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Resolução COFEN n° 311/2007*. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

GARBIN, C.A.S., et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1879-1890.

GIRALDO, S.L.H.; BALLÉN, M.N.R. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index de enfermería*. primer-segundo trimestre 2014, vol. 23, n. 1-2.

GOMES, V. L. O.; SILVA, A. L.; ERN E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 24, n. 2, p. 177-188, ago. 2003.

GONZÁLES, G.C.; BEJARANO, C.R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. n° 33. Enero 2014.

GRIJÓ, W.P. *Uso de software de pesquisa qualitativa na análise de dados da recepção midiática*. X POSCOM - Seminário dos Alunos de Pós-Graduação em Comunicação Social da PUC-Rio 04, 05 e 06 de novembro de 2013. Disponível em: <http://pucposcom-rj.com.br/wp-content/uploads/2013/11/Wesley-Pereira-Grijo%CC%81.pdf> Acesso em 16 jun 2015.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(2):304-11.

HESLER, L.Z., et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):180-186.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.

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

MOSCOVICI, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Traduzido do inglês por Sofia Fuhrmann. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2012.

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.

QSR International. *Manual NVivo 10*. 2014.

SÁ, C.P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.P. *O conhecimento no cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social*. Editora brasiliense. São Paulo. 2004.

SILVA, E.B. da.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):608-13.

SILVA, C. D., et al. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Impresso), v. 49, p. 22-29, 2015.

SOUZA, M.C. de, et al. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. *Revista Âmbito Jurídico*. Caderno Internacional. 2014. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874# Acessado em 32/02/2014

VIEIRA, L.B. et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. *Acta paul. enferm*. 2012, vol.25, n.3, p. 423-429.

VIEIRA, L.J.E.S.; et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21(4):[08 telas]. jul.-ago. 2013.

WALDOW, V. R. *Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem*. Petrópolis: Vozes, 2008.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por constituir-se em uma temática inserida no cotidiano dos indivíduos, a violência doméstica contra a mulher necessita ser amplamente discutida. Considerando-se que a enfermagem é uma profissão que se encontra atuando na linha de frente do cuidado às vítimas, faz-se imprescindível estudar as representações sociais que estes profissionais possuem sobre a problemática, uma vez que elas delineiam seus comportamentos e suas práticas. Nesse sentido, as Representações Sociais podem nos auxiliar a compreender as práticas de cuidados desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem junto às vítimas de VDCM.

A metodologia utilizada para alcançar os objetivos propostos se mostrou adequada. A provável centralidade dos elementos que integram o núcleo central revelou uma representação estruturada da violência doméstica contra a mulher, de conotação negativa. Os vocábulos pertencentes ao núcleo central põem em evidência os universos conceituais, imagéticos e atitudinais da representação. Entretanto, o número reduzido de profissionais da enfermagem foi uma das limitações, pois impossibilitou a comparação das representações de técnicos de enfermagem com a de enfermeiros. Outra limitação foi a escassez de investigações de representações sociais de profissionais da enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher impediu discussões mais aprofundadas.

Um dos achados mais importantes deste estudo foi que, distintamente do que a literatura expõe, os cuidados prestados pelos profissionais da enfermagem não se restringiram ao aspecto físico. Eles preocuparam-se em acolher as vítimas e em estabelecer um vínculo de confiança a partir do diálogo, esclarecendo-lhes sobre a continuidade do atendimento com o encaminhamento a outros serviços.

Apesar disso, constatou-se que parte significativa dos profissionais que prestaram atendimento a vítimas deixou de fazer a Notificação Compulsória, revelando o desconhecimento da obrigatoriedade e da importância da mesma. Outro aspecto que chama a atenção é a confusão entre os termos notificação compulsória e denúncia policial. Torna-se imprescindível abordar a notificação compulsória junto a esses profissionais para que, esclarecidos, possam notificar sem medo de sofrerem represálias, contribuindo, assim, para o aumento do número de casos notificados bem como para uma maior visibilidade da violência doméstica contra a mulher.

Acredita-se que a apreensão das representações sociais de enfermeiros e técnicos de enfermagem é imprescindível para fomentar discussões acerca da violência doméstica contra

a mulher junto aos profissionais envolvidos no cuidado às vítimas, bem como facilitar o delineamento de estratégias de combate e prevenção da violência.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.) **Estudos interdisciplinares em representações sociais**. p.27-38. Goiânia: AB Editora, 1998.
- ABRIC, J.C. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. **Estudos interdisciplinares em Representação Social**. Goiânia: AB Editora; 2000. p. 27-38.
- ABRIC, J.C. Prefácio. In: SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 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**. p. 37-57. Série Didática. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.
- ABRIC, J.C. Introdução. In: SPINK, M.J.P. O conhecimento no cotidiano: **As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora brasiliense. São Paulo. 2004.
- ACOSTA, D.F.; GOMES, V.L.O.; BARLEM, E.L.D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(6):547-53.
- ALBUQUERQUE, J.B.C.et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):382-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18941>. Acessado em 08 jan 2015.
- ALMEIDA, L.R de; SILVA, A.T.M.C da; MACHADO, L.D.S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. **Rev. Bras. Educ. Médica.** 37 (1): 110 – 119; 2013.
- ALMEIDA, L.R de; SILVA, A.T.M.C da; MACHADO, L.D.S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface, comunicação, saúde e educação.** 2014; 18(48): 47-59.
- ANFLOR, N.T.F. A Lei Maria da Penha e as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher. In: RIO GRANDE DO SUL. **Relatório Lilás**. Porto Alegre: Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2014.
- BANDEIRA, L. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 2, p. 401-438, maio/ago. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. **Decreto Lei 3.688 de 03 de outubro de 1941. Lei de Contravenções Penais**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm Acessado em 26 jul 2014.

BRASIL. **Lei Nº 9.099, de 26 de setembro de 1995**. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica nº 8, série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília, 2002.

BRASIL. **Código civil: quadro comparativo 1916/2002**. Brasília: Senado Federal, subsecretaria e edições técnicas. 561p. 2003a.

BRASIL. **Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm Acessado em: 01/03/2014. 2003b.

BRASIL. **Enfrentando a Violência contra a Mulher**. Brasília. 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. 2006.

BRASIL. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html Acessado em: 27 jul 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília : Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. **Relatório final**. Brasília; 2013a.

BRASIL. Data Senado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Secretaria de Transparência. 2013b.

BRASIL. IBGE. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es> Acessado em: 16 dez. 2015

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13104.html#art1 Acessado em: 12 mar. 2015a.

BRASIL. **Balanço 2014**. Secretaria de Polícia para as Mulheres. 2015b.

BRASIL. Programa de Saúde da Família. Disponível em:
<https://www.mprs.mp.br/infancia/pgn/id101.htm> Acessado em: 16 dez. 15. 2015 c

BOURDIEU, P. A dominação masculina. 12^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

CASTRO, A. **Para especialistas, tipificação do feminicídio fortalecerá combate à violência contra as mulheres.** Senado Federal. 2013. Atualizado em 19/11/2013 - 22h07. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/11/19/para-especialistas-tipificacao-do-femicidio-fortalecera-combate-a-violencia-contra-as-mulheres> Acessado em 01/04/14.

CAVALCANTE, M.A.L. **Comentários ao tipo penal o feminicídio (art. 121 § 2º, VI, do CP).** 11 mar. 2015. Disponível em: www.dizerodireito.com.br/2015/03/comentarios-ao-tipo-penal-do.html Acessado em: 13 mar. 15.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311/2007.** Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

CORTÊS, I.R.; MATOS, M.C. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida - Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário.** CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria. 2009.

CÔRTEZ, G.R. Violência doméstica: centro de referência da mulher “Heleieth Saffioti”. **Estudos de Sociologia**, 17(32), 149-168. 2012.

COSTA, T.L.; et al. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação. **Psicologia e Saber Social**, 2(1), 104-114, 2013.

COSTA, M.C da; LOPES, M.J.M.; SOARES, J.S.F. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. **Rev Esc Enferm USP**. 2014; 48(2):214-22.

DIAS, M.B. Lei de violência contra a mulher. 2011. Disponível em:
www.idecrim.com.br/index.php/direito/30-lei-de-violencia-contra-a-mulher Acessado em 08 mar. 2015

DOMINGOS SOBRINHO, M.D. Representações Sociais como Obstáculos Simbólicos à incorporação do *Habitus* Científico. **Revista de Ciências Humanas e Artes**. v. 16, n. 1/2, jan./dez. 2010.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

FONSECA, D.H. da; RIBEIRO, C.G.; LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**; 24 (2), 307-314, 2012.

FRANCO, S. **Crime de feminicídio poderá ser incluído no Código Penal.** Senado Federal. 2013. Atualizado em 19/07/2013 - 13h48. Disponível em:

<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/07/18/crime-de-feminicidio-podera-ser-incluido-no-codigo-penal> Acessado em: 01/04/2014.

GAZZINELLI, M.F.C. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 553-571, set./dez. 2013

GIRALDO, S.L.H.; BALLÉN, M.N.R. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. **Index de enfermería**. primer-segundo trimestre 2014, vol. 23, n. 1-2.

GOMES, V. L. O.; SILVA, A. L.; ERN E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 24, n. 2, p. 177-188, ago. 2003.

GOMES, N.P., et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc Anna Nery** (impr.). 2013a out - dez ; 17 (4): 683 – 689.

GOMES, N.P., et al. Cuidado à mulher em situação de violência conjugal: teoria fundamentada nos dados. **Online Bazilian Journal of Nursing**. v. 12, n. 4. 2013b.

GOMES, N.P.; ERDMANN, A.L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; 22(1): 76-84.

GONZÁLES, G.C.; BEJARANO, C.R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. **Enfermería Global**. nº 33. Enero 2014.

GRIJÓ, W.P. **Uso de software de pesquisa qualitativa na análise de dados da recepção midiática**. X POSCOM - Seminário dos Alunos de Pós-Graduação em Comunicação Social da PUC-Rio 04, 05 e 06 de novembro de 2013. Disponível em: <http://pucposcom-rj.com.br/wp-content/uploads/2013/11/Wesley-Pereira-Grijo%CC%81.pdf> Acessado em 16 jun 2014.

GROULX, L-H. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GROULX, L.H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A.P. **A pesquisa qualitativa – Enfoques epistemológicos e metodológicos**. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2008.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45(Esp. 2):1731-5.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**. 2013; 47(2):304-11.

HESLER, L.Z., et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(1):180-186.

ILHA, M.M.; LEAL, S.M.C.; SOARES, J.S.F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. 2010.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Tolerância Social à violência contra as mulheres**. 2014.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: ____ (Org.). **As representações sociais**. Tradução: Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. Uerj; 2001.

KI-MOON, B. **Violência contra as mulheres: a situação**. Organização das Nações Unidas – ONU. Disponível em: <http://www.onu.org.br/unase/sobre/situacao/> Acessado em: 10/10/2013.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 29(9):1805-1815, set, 2013.

LAGE, M.C. Utilização do software NVivo e m pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **ETD – Educ. Tem. Dig**. Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011. ETD – Educ. Tem. Dig., Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar, 2011.

LANE, S.T.M. Usos e abusos dos conceitos de Representação Social. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora brasiliense. São Paulo. 2004.

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

LEITE, M.T.S. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014, vol.22, n.1, pp. 85-92. ISSN 0104-1169.

MACHADO, L.B.; ANICETO, R.A. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, abr./jun. 2010.

MAGALHÃES, E.M.M.; MAIA, H. O trabalho docente por professores de curso de Pedagogia. **Revista Múltiplas Leituras**, v.2, n. 1, p. 189-206, jan. / jun. 2009.

MENEGHEL, S.N. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface**. v.17, n.46, p.523-33, jul./set. 2013.

METZNER, C.; DALTOÉ, C.M.; OLIVEIRA, T.C. de. **Pesquisa técnica e jurídica sobre a notificação compulsória da violência contra a mulher nos serviços de saúde**. Curitiba. 2012. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/notificacao_compulsoria.pdf Acessado em: 26 jul 2014.

MONTEIRO, C.F.D.S. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jul-ago; 61(4): 454-8.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Traduzido do inglês por PEDRINHO A. GUARESCHI. Editora Vozes. 3ª ed. Petrópolis, RJ. 2005.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Traduzido do inglês por Sofia Fuhrmann. Editora Vozes. Petrópolis, RJ. 2012.

MOURA, M.A.V; NETTO, L.; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Esc. Anna Nery [online]. 2012, vol.16, n.3, pp. 435-442. ISSN 1414-8145.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Famílias e Patriarcado: da Prescrição Normativa à Subversão Criativa. **Psicologia & Sociedade**; 18 (1): 49-55; jan/abr. 2006

NOBRE, M.T.; BARREIRA, C. Controle social e mediação de conflitos: as delegacias da mulher e a violência doméstica. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 10, nº 20, jul./dez. 2008, p. 138-163.

OEA - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. 1994. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/belemdopara.pdf> Acessado em: 05/03/2014.

OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.; GOMES, A.M.T. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; CAMARGO, B.V.; JESUÍNO, J.C., NÓBREGA, S.M.; (Orgs.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Informe Mundial sobre Violencia y Salud**. Organización Mundial de Salud. Ginebra, 2002.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. World Health Organization, 2010.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OMS; 2002.

REICHENHEIM, M.E., et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**; 377(9781): 1962-75, 2011 Jun 4.

RIO DE JANEIRO. Violência doméstica e familiar contra a mulher. 2ª ed. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro: 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Casos de violência contra mulheres passam de 8 mil em 7 meses no RS**. Notícias G1 - 12/08/2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-dosul/noticia/2013/08/casos-de-violencia-contra-mulheres-passam-de-8-mil-em-7-meses-no-rs.html>. Acesso em: 08/03/2014

RÜCKERT, T.R., et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Cienc Cuid Saude**. 2008, Abr/Jun; 7(2):180-186.

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.

SÁ, C.P. de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C.P. de. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora brasiliense. São Paulo. 2004.

SANTINON, E.P.; GUALDA, D.M.R.; SILVA, L.C.F.P.da. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499 Acessado em: 25 jul 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 108 p.

SAWAIA, B.B. Representação e ideologia – o encontro desfetichizador. In: SPINK, M.J.P. **O conhecimento no cotidiano: As Representações Sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora brasiliense. São Paulo. 2004

SILVA, E.B. da.; PADOIN, S.M.M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm**. 2013; 26(6):608-13.

SILVA, C. D., et al. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (Impresso), v. 49, p. 22-29, 2015.

SOUZA, M.C. de, et al. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. **Revista Âmbito Jurídico**. Caderno Internacional. 2014. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874# Acessado em 32/02/2014

SSP/RS – Secretaria da Segurança Pública/RS. Femicídio: um tema para debate. In: RIO GRANDE DO SUL. **Relatório Lilás**. Porto Alegre: Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2014.

VALE, S.L.L., et al. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev Rene**. 2013; 14(4):683-93.

VELOSO, M.M.X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5):1263-1272, 2013.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: Uma década de mudanças na opinião pública**. Fundação Perseu Abramo / Sesc SP. São Paulo, 2013.

VERAS, G.G.; CUNHA, M.L.N. A Lei Maria da Penha sob uma perspectiva do direito feminista. **Padê: Est. em Filos., Raça, Gên.e Dir. Hum.**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2010

VIEIRA, L.B. et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta paul. enferm.** 2012, vol.25, n.3, p. 423-429.

VIEIRA, L.J.E.S.; et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 21(4):[08 telas]. jul.-ago. 2013a.

VIEIRA, E.M.. et al. The response to gender violence among Brazilian health care professional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):681-690, 2013b.

VIVIESCAS-VARGAS, D.P.; et al. Cobertura efectiva del manejo de la violencia contra mujeres en municipios Mexicanos: límites de la métrica. **Rev Esc Enferm USP.** 2013; 47(4):781-7.

WACHELKE, J., WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. vol.27, n.4, p. 521-526. 2011.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012** – Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. 2012.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015** – Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. 2015.

WALDOW, V. R. Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2008.

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

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS				
Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).				
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID 10)	3 Data da notificação
	4 UF	5 Município de notificação	Y09	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente			9 Data de nascimento
	10 (ou) idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Não gestacional ignorado 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
Dados de Residência	14 Escolaridade	0- Analisado 1- 1ª e 2ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3- 3ª a 8ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (artigo primário ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados Complementares	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Dados da Pessoa Atendida	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Ocupação			
	32 Situação conjugal / Estado civil	33 Relações sexuais		
Dados da Ocorrência	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	34 Possui algum tipo de deficiência/transorno?	35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4
Dados da Ocorrência	45 Ponto de Referência	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência	49 Ocorreu outras vezes?		
	01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
				SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		
	01 - Cortusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura		
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei	61 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado	
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1- Encaminhamento ambulatorial 2- Internação hospitalar 8- Não se aplica 9- Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			
68 Classificação final 1- Confirmado 2- Descartado 3- Provável 8- Inconclusivo			69 Evolução do caso 1- Alta 2- Evasão / Fuga 3- Óbito por Violência 4- Óbito por outras causas 9- Ignorado			
70 Se óbito por violência, data			71 Data de encerramento			
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180			Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências			Snan NET		SVS 10/07/2008	

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

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

PARECER Nº 020/ 2013**CEPAS 03/2013**

Proc.: 23116.000220/2013-64

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

Pesq. Resp.: Vera Lúcia de Oliveira Gomes

PARECER DO CEPAS:

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

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP. Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

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

Rio Grande, RS, 01 de março de 2013.

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO C – Declaração da instituição co-participante

**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Universidade Federal do Rio Grande / FURG

www.cepas.furg.br

Declaração da instituição Co-participante:

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

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Vera Elizabeth Lima da Silva

Vera Elizabeth Lima da Silva
SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RIO GRANDE

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

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

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

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

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

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

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

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

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RG/RS.

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS Data: ____/____/____

ENTREVISTADORA: _____

UBSF _____ Informante nº: _____

Localização da UBSF em zona:

Zona urbana ou litorânea Zona rural

DADOS DO INFORMANTE:

Sexo:

Feminino Masculino

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

Estado conjugal

sem companheiro fixo
 com companheiro mora com ele
 com companheiro não mora com ele

Nível de escolaridade:

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

Formação profissional:

Médico Enfermeiro
 Técnico de enfermagem ACS

Ano de conclusão do curso de formação profissional: _____

Mês e ano em que iniciou seu trabalho nesta UBSF: _____ / _____

ROTEIRO - Evocações livres

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

2º - Que estabeleça a ordem de importância, sendo que a palavra mais importante deve receber o número UM.

- () _____
- () _____
- () _____
- () _____
- () _____

Fontes de informação sobre o tema Violência Doméstica Contra a Mulher

- () rádio
- () televisão
- () jornais
- () revistas em geral
- () livros em geral
- () conversas no cotidiano profissional
- () palestra ou curso de capacitação
- () congresso ou seminário
- () livros e artigos científicos
- () outro Qual _____

Já participou de eventos promovidos em seu trabalho sobre VDCM?

- () Sim () Não

Se sim, esse evento foi:

- () reunião temática de equipe () conferência ou seminário
- () curso ou capacitação () outro ----Qual?

APÊNDICE C - Roteiro para coleta de dados – Entrevista

- 1-Para você o que significa violência doméstica contra a mulher?
- 2-No seu ambiente de trabalho, você já atendeu a alguma cliente vítima de violência doméstica? (Se não, passar para nº 11)
- 3-Como você identificou que se tratava de um caso de violência doméstica contra a mulher?
- 4-Qual foi o caso mais grave de violência doméstica contra a mulher, atendido por você nesta UBSF? Porque?
- 5- Como você atendeu a essa cliente?
- 6- Neste trabalho entende-se por conduta ética as ações adequadas do ponto de vista profissional, e por legal as ações que atendem a legislação ou seja, corretas perante a lei. Do ponto de vista ético e legal, como você avalia sua conduta? Porque?
- 7-Como você acredita que essa cliente seria atendida por uma colega sua?
- 8-Do ponto de vista ético e legal, como você avalia a conduta que você acredita que sua colega adotaria? Porque?
- 9-Como você acha que um profissional do sexo masculino atenderia essa cliente? (se o entrevistado for homem, substituir para “um profissional do sexo feminino”)
- 10-Do ponto de vista ético e legal, como você avalia a conduta que você acredita que seu colega adotaria? Porque?
- 11-Em seu ambiente familiar você já enfrentou ou presenciou alguma situação de violência contra a mulher? (Se não, passar para nº 14)
- 12-Você pode descrever essa situação?
- 13-Qual foi sua reação frente a essa situação?
- 14-Você conhece, no município do Rio Grande algum serviço de proteção à mulher Vítima de violência doméstica? Se sim, qual?
- 15-Você conhece alguma legislação que regulamente a sua conduta profissional para o atendimento de vítimas de violência doméstica? Se sim qual?
- 16-Quais seus compromissos legais frente a uma situação de violência doméstica contra a mulher?
- 17 – Você sabe o que é notificação compulsória? Para que ela serve? Você já fez alguma? Pode descrever a situação?

APÊNDICE D - Mapeamento das USFs por regiões do município do Rio Grande/RS