

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN AMONG HEALTH PROFESSIONALS: A COMPARATIVE STUDY

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Daiane Broch¹, Camila Daiane Silva², Daniele Ferreira Acosta², Marina Bisio Mattos³, Cristiane Lopes Amarijo⁴, Vera Lúcia de Oliveira Gomes⁵

RESUMO

Objetivo: identificar e comparar as representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família das zonas urbana e rural. **Métodos:** pesquisa qualitativa, baseada na Teoria das Representações Sociais. Colheram-se os dados entre julho e novembro de 2013 pelas técnicas de evocações livres e entrevistas, que foram tratadas pelo software EVOC e análise contextual, respectivamente. **Resultados:** comparando o núcleo das representações dos profissionais das áreas urbanas e rurais foi observada uma conotação negativa do objeto, bem como a presença de elementos comuns como "agressão" e "covardia". A representação também comportou diferentes dimensões entre os profissionais, provavelmente influenciadas pelo contexto de trabalho dos profissionais de saúde. **Conclusão:** espera-se que os resultados sirvam de subsídio para um repensar sobre as práticas dos profissionais que atendem diariamente vítimas de violência, com destaque para a sua prevenção e identificação dos casos.

Descritores: Violência doméstica; Saúde; Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: to identify and compare the social representations of domestic violence against women among professionals working in Family Health Units in urban and rural areas. **Methods:** qualitative research based on the Social Representations Theory. Data were collected between July and November 2013, by the techniques of free evocation and interviews, which were treated by the EVOC software and content analysis, respectively. **Results:** the comparison of the core of the representations of professionals from urban and rural areas revealed a negative connotation of the object, as well as the presence of common elements such as "aggression" and "cowardice". The representation also had different dimensions among the professionals, probably influenced by the work context of the health professionals. **Conclusion:** we hope that the results serve as a subsidy for a rethinking of the practices of professionals who assist victims of violence in the daily routine of the services, with emphasis on prevention and identification of cases.

Descriptors: Domestic violence; Health; Family health strategy.

RESUMEN

Objetivo: identificar y comparar las representaciones sociales de la violencia doméstica contra la mujer entre profesionales que actúan en Unidades de Salud de la Familia de las zonas urbanas y rurales. **Métodos:** investigación cualitativa, basada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se recogieron los datos entre julio y noviembre de 2013 por las técnicas de evocaciones libres y entrevistas, que fueron tratadas por el software EVOC y análisis contextual, respectivamente. **Resultados:** comparando el núcleo de las representaciones de los profesionales de las áreas urbanas y rurales se observó una connotación negativa del objeto, así como la presencia de elementos comunes como "agresión" y "cobardía". La representación también comportó diferentes dimensiones entre los profesionales, probablemente influenciadas por el contexto de trabajo de los profesionales de la salud. **Conclusión:** se espera que los resultados sirvan de subsidio para un repensar sobre las prácticas de los profesionales que atienden a víctimas de violencia, con destaque para su prevención e identificación de los casos.

Descriptores: Violencia doméstica; Salud; Estrategia de salud familiar.

¹Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ²Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. ³Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. ⁵Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora titular na Universidade Federal do Rio Grande.

Como citar este artigo:

Broch D, Silva CD, Acosta DF, et al. Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. 2017;7:e1630. [Access _____]; Available in: _____. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1630>

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher, independentemente da cultura, religião, escolaridade, situação socioeconômica ou localização geográfica, tem sido apontada como um grave problema de saúde pública⁽¹⁻²⁾. É a principal forma de agravo, por causas externas, contra as mulheres, sobrepondo os assaltos, estupros por desconhecidos e acidentes de carro⁽³⁾. É conceituada pela Lei nº11.340/2006, como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”⁽⁴⁾.

Dados epidemiológicos referentes a 83 países evidenciam que El Salvador ocupa a primeira posição no *ranking* de feminicídios, com uma taxa de 8,9 a cada 100 mil mulheres, enquanto o Brasil é o quinto colocado, com a taxa de 4,8. Nesse levantamento, países como Anguila, Bermuda, Tunísia e Ilhas Cayman não apresentaram registro desse tipo de violência, o que não significa a inexistência de sua ocorrência, pois muitas são as situações que ficam restritas ao ambiente familiar⁽⁵⁾.

A violência atinge as diferentes esferas da sociedade, causa desordem familiar, deixa marcas físicas e psicológicas na vítima, repercutindo no seu processo de saúde-doença. Uma pesquisa desenvolvida na Delegacia da Mulher, de um município do estado do Paraná, evidenciou que 93,4% das vítimas de violência residiam na zona urbana, enquanto somente 6,6% na zona rural⁽⁶⁾. Isso evidencia a necessidade de investimentos em ambos os locais, pois a violência doméstica é multifatorial e atinge tanto a zona rural, como a urbana⁽⁶⁾. Na zona rural é agravada, possivelmente, pela localização geográfica que, além do afastamento dos centros urbanos, promove o distanciamento de recursos de proteção e atenção social, favorecendo a invisibilidade da violência⁽⁷⁾.

Nesse sentido, destaca-se o trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na identificação e atendimento às vítimas de violência. A ESF é composta basicamente por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentre as atribuições designadas aos profissionais, está a visita domiciliar que possibilita conhecer a intimidade dos lares, facilitando a tomada de providências nos casos de violência doméstica contra a mulher⁽⁸⁾.

No entanto, pode haver diferentes percepções acerca da violência doméstica contra a mulher entre esses profissionais: alguns enfocam majoritariamente a forma física, enquanto outros não reconhecem tal agravo, culpabilizando assim a vítima. O imaginário pautado em modelos biologizantes⁽⁹⁾, interfere no diagnóstico da violência e, consecutivamente, na orientação à vítima quanto à rede de apoio, fator fundamental para evitar a revitimização.

Considerar a violência doméstica contra a mulher como um problema de cunho social, não pertencente à área da saúde, inibe ações de cuidado mais efetivas que contemplem as subjetividades e individualidades das mulheres agredidas. Em determinadas situações, os profissionais não investigam a violência, pois possuem incertezas e preocupações acerca dos procedimentos e encaminhamentos que devem ser realizados⁽¹⁰⁾. Frente a isso, é preciso um olhar holístico por parte dos profissionais, a fim de auxiliar a mulher a construir um projeto de vida e sair da situação violenta.

Sabe-se que as ações dos profissionais de saúde que prestam assistência a mulheres vítimas de violência doméstica se encontram arraigadas em valores, julgamentos e dimensões afetivas que podem influenciar positiva ou negativamente a sua prática profissional. Tais concepções são construídas no dia a dia de trabalho, influenciadas pela mídia e compartilhadas na vida social⁽¹⁰⁾, gerando as representações sociais desses profissionais.

As representações sociais da violência doméstica contra a mulher podem desencadear diferentes formas de cuidar⁽¹¹⁾. Com base nisto, utilizou-se neste estudo a Teoria das Representações Sociais (TRS) caracterizada como um conjunto de crenças, opiniões e saberes capazes de explicar um fenômeno social. As representações sociais são resultantes da interação social do sujeito com o objeto social⁽¹²⁾.

Para os profissionais de saúde, a violência doméstica contra a mulher é uma realidade no âmbito de trabalho ou mesmo na esfera pessoal. Além disso, é um fenômeno que carrega características histórico-culturais de gênero, fazendo com que essa construção social possa refletir nas práticas de cuidado. Ainda, a violência, por ser um fenômeno que ocorre em centros urbanos e rurais, exige profissionais de saúde que prestem uma assistência integral às

vítimas, ponderando as crenças, opiniões e saberes em que estão inseridos.

Nesse sentido, realizou-se o presente estudo com o objetivo de identificar e comparar as representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família das zonas urbana e rural.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na TRS. O município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, conta com 13 USF na área urbana e 7 na área rural. A equipe multiprofissional é composta por, no mínimo, 1 médico generalista, 1 enfermeiro, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As USF do município do Rio Grande contam, então, com 29 enfermeiros, 24 médicos, 40 técnicos de enfermagem e 178 ACS.

Adotou-se como critério de inclusão: ser profissional da saúde atuante em USF do município. Foram excluídos os que estavam afastados por motivo de férias, folga ou licença, pois não ocorreu o retorno à unidade após o término do afastamento. Destaca-se que uma equipe da zona urbana se recusou a participar do estudo, justificando a grande demanda e falta de tempo. Desse modo, 19 USF, sendo 12 em área urbana e 7 em área rural, participaram da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de julho e novembro de 2013, por meio das técnicas de evocação livre e entrevista semiestruturada. Participaram da técnica de evocações livres, 201 profissionais atuantes nas USF do perímetro urbano e rural do município. 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⁽¹³⁾. Neste estudo, foi solicitado que os participantes verbalizassem as cinco primeiras palavras lembradas frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”.

Para as entrevistas, foi construído um roteiro semiestruturado de perguntas para colocar em evidência o conteúdo das representações sociais dos participantes. Devido ao grande número de profissionais e também pela extensa dimensão geográfica do município, para as entrevistas, foram sorteadas 4 USF urbanas e 6 rurais. Nessas unidades, para dar representatividade à todas as profissões da equipe, foram convidados a participar da

entrevista, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 2 ACS, totalizando 64 profissionais. As entrevistas foram realizadas na própria unidade, em sala distante das áreas de circulação e tiveram uma duração média de 40 minutos. Foram gravadas e transcritas na íntegra. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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⁽¹⁴⁾. A partir dessa análise, foi possível gerar o quadro de quatro casas, onde as palavras são distribuídas, considerando os critérios de frequência (quantas vezes foi evocada) e ordem média de evocações (O.M.E.)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. 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. As palavras são distribuídas nos distintos quadrantes do quadro de quatro casas, pelo *software*⁽¹⁷⁾. O quadro de quatro casas é composto pelo Núcleo Central, Sistema Periférico e Zona de Contraste⁽¹⁵⁾.

No quadrante superior esquerdo, estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, provavelmente, o Núcleo Central da representação social⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Os termos presentes no Núcleo Central são aqueles mais prontamente evocados e citados com maior frequência pelos informantes⁽¹⁴⁻¹⁹⁾. Nos quadrantes superior e inferior direitos, estão localizados os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente, ou seja, os menos salientes, mas significativos^(14,15,19). O sistema periférico constitui a “parte mais acessível e mais viva da representação”⁽²⁰⁾, sendo uma de suas funções, a de prescrever comportamento⁽²⁰⁾.

As palavras constantes, na primeira periferia, possuem frequência, também, maior ou igual à frequência média e um *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC. Portanto, “os elementos periféricos de uma representação social estabelecem a *interface* entre o Núcleo Central e a realidade concreta, na qual são

elaboradas e funcionam as representações” (p. 591)⁽¹⁶⁾. As palavras localizadas no quadrante inferior esquerdo constituem a Zona de Contraste, ou seja, aquelas que foram citadas numa frequência baixa, porém foram evocadas mais prontamente^(14,15,19). Já as palavras da segunda periferia “apresentam baixa frequência e ordem de evocação mais distantes do 1”⁽¹⁶⁾, ou seja, elas possuem uma frequência menor que a frequência média e um *Rang* maior ou igual ao estabelecido pelo EVOC. Essa construção possibilita a análise da estrutura da representação.

Para a análise dos dados provenientes das entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo⁽²¹⁾. Esta consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, permitindo, assim, a escolha de unidade de contexto para a codificação. A pré-análise consiste na organização do material e tem “por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais” (p.125)⁽²¹⁾, de maneira que seja possível desenvolver, com precisão, as demais operações do plano de análise. Na fase da exploração do material, os dados brutos vão, de forma gradativa e sistemática, sendo transformados em unidades de registro. Estas poderão ser palavras, frases ou mesmo parágrafos e com base nos critérios de relevância ou frequência de aparecimento das unidades de registro, criam-se as categorias analíticas, as quais

representam as faces do objeto de estudo que foram apreendidas. E por fim, no tratamento dos resultados, nesta fase, procura-se destacar os resultados obtidos, podendo-se apresentá-los de forma discursiva⁽²¹⁾.

Visando o anonimato, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde foram identificadas por E, M, TE e ACS, correspondendo às iniciais da categoria profissional do informante, bem como zona urbana e rural por ZU e ZR, respectivamente. 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 livres, 146 profissionais da zona urbana e 55 da zona rural, sendo 26 enfermeiros, 21 médicos, 39 técnicos de enfermagem e 115 Agentes Comunitários de Saúde. Das entrevistas, participaram 64 profissionais, sendo 13 enfermeiros, 12 médicos, 12 técnicos de enfermagem e 27 ACS.

O *corpus* formado pelas evocações dos profissionais da zona urbana frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 730 palavras, sendo 222 diferentes. Numa escala de um a cinco, a ordem média de evocação (O.M.E.) foi de três, a frequência mínima foi de dez e a frequência média de dezoito. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (Figura 1).

Figura 1 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde da zona urbana frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” - Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2013.

Frequência ≥ 18 / Rang < 3				Frequência ≥ 18 / Rang ≥ 3			
	Freq	Rang			Freq	Rang	
Agressão	27	2.000		Baixa autoestima	20	3.700	
Agressão física	21	2.429		Medo	33	3.333	
Covardia	24	1.625		Submissão	20	3.050	
Falta de respeito	30	2.700					
Frequência < 18 / Rang < 3				Frequência < 18 / Rang ≥ 3			
	Freq	Rang			Freq	Rang	
Abuso	16	1.875		Apoio profissional	11	3.636	
Abuso poder	14	2.857		Impunidade	12	3.250	
Dor	10	2.300					
Humilhação	14	2.857					
Revolta	17	3.000					
Sofrimento	11	2.818					
Tristeza	14	2.857					

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No quadrante superior esquerdo, estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, provavelmente, o Núcleo

Central da representação social⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Entre os profissionais da zona urbana, “covardia” foi o termo evocado mais prontamente, seguido de

“agressão”. Nos quadrantes superior e inferior direitos, estão localizados os elementos da primeira e segunda periferia, com menor importância pelos depoentes, pois são elementos mais flexíveis^(14,15,19). Na primeira periferia, os termos revelam uma dimensão afetiva, sendo o “medo” a palavra mais frequente. Na segunda periferia, “apoio profissional” revela o caráter pragmático da representação (Figura 1 1).

O *corpus* formado com as evocações dos profissionais da zona rural frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, totalizou 272 palavras, sendo 121 diferentes. A O.M.E. foi três, a frequência mínima foi cinco e a frequência média sete. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas (Figura 2).

Figura 2 - Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde da zona rural frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher” - Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2013.

Frequência ≥ 7 / Rang < 3				Frequência ≥ 7 / Rang ≥ 3			
Freq		Rang		Freq		Rang	
Agressão	16	1,750	Revolta	9	3,111		
Covardia	10	2,200					
Impunidade	7	2,286					
Medo	10	2,700					
Tristeza	7	2,571					
Frequência < 7 / Rang < 3				Frequência < 7 / Rang ≥ 3			
Freq		Rang		Freq		Rang	
Abuso-poder	6	2,667	Abuso	6	3,167		
Agressão física	5	1,600	Falta de diálogo	6	3,333		
Baixa autoestima	6	2,500	Submissão	5	4,200		
Dor	5	2,400					
Falta de respeito	6	1,500					
Sofrimento	5	2,400					

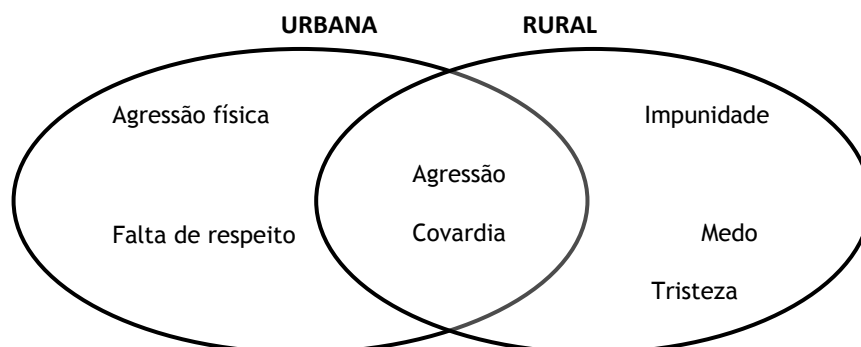
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A centralidade da representação dos profissionais que atuam na zona rural é marcada pelos termos “agressão” e “covardia”, semelhante ao Núcleo Central dos profissionais da zona urbana.

Todavia, na primeira e segunda periferia, os termos apontam para a realidade desses profissionais que convivem com a “submissão” das mulheres, com a “falta de diálogo” nos lares e a “revolta” pela impunidade, revelando a influência do contexto sociocultural onde trabalham.

Comparando-se o Núcleo Central da representação da violência doméstica contra a mulher entre os profissionais atuantes nas unidades das zonas urbana e rural (Figura 3), é possível distinguir, pelas intercessões, os elementos em comum de uma ou outra representação. Assim, observa-se que os grupos comparados, embora atuem em zonas diferentes, por um lado mantêm a centralidade da representação, marcada pelos mesmos termos “agressão”, seguido de “covardia”, localizados no quadrante superior esquerdo das Fiugras 1 e 2.

Figura 3 - Comparação do Núcleo Central da representação de profissionais da zona urbana e rural, acerca da violência doméstica contra a mulher - Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Trata-se de uma representação com conotação negativa e estruturada, definida pelas três dimensões retratadas por Moscovici⁽²²⁾: 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 consiste na opinião, no julgamento que se tem sobre o objeto em questão. A imagem, ou sensações mentais, representa as impressões que pessoas ou objetos deixam no cérebro⁽²²⁾. Considerando essas três dimensões estruturantes da representação social, o vocábulo “agressão” assume as dimensões conceitual e imagética da violência, enquanto “covardia” demonstra o julgamento desses profissionais ao fenômeno. Esses dois termos reforçam a homogeneidade do grupo em relação à representação, cuja determinação é relativamente ligada ao contexto histórico e social.

Por outro lado, existem variações na centralidade da representação, visto que, no Núcleo Central da representação dos profissionais que atuam na zona urbana, também constam os termos “agressão física” e “falta de respeito” (Figura 1). Esse último termo, juntamente com “covardia” apontam para o sistema de valores do grupo, revelando a dimensão normativa do núcleo⁽²³⁾.

O elemento “agressão física” configura-se como a principal forma de violência reconhecida entre os profissionais da zona urbana. Esse termo também figura no Núcleo Central da representação de gestores municipais e profissionais da saúde, acerca da violência contra as mulheres rurais, em estudo realizado no sul do Rio Grande do Sul⁽²⁴⁾. Tradicionalmente, a violência contra a mulher está intimamente relacionada com a agressão física que, além de ser a mais reconhecida, é socialmente considerada a mais perigosa e de alta prevalência⁽¹⁾. As marcas corporais deixadas pela violência física favorecem sua visibilidade, e detecção, conferindo maior notoriedade social⁽²⁵⁾.

Quanto aos elementos do provável Núcleo Central da representação dos profissionais da zona rural, “medo” e “tristeza” (Figura 2) apontam a dimensão afetiva desta representação, demonstrando a fragilidade frente às situações de violência doméstica contra a mulher. Já o vocábulo “impunidade” (Figura 2), remete a aspectos jurídicos do problema ou,

ainda, ao fato de a vítima, muitas vezes por medo, manter o relacionamento com o agressor, isentando-se de o culpabilizarem pelo ocorrido.

Essas diferenciações refletem a influência do contexto de trabalho na representação. Para que “duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes”⁽¹⁵⁾. Caso contrário, trata-se de “estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem os dois grupos”⁽¹²⁾.

Para contextualizar os prováveis elementos do Núcleo Central, apresentam-se trechos extraídos das entrevistas. “Violência doméstica é um desrespeito ao todo, ao ser humano. Para mim, a violência é um desrespeito porque não é só o espancamento, é ação verbal, um desrespeito do ser humano à parceira, à mãe”. (TE, ZU) “Violência contra a mulher, eu acho que é uma impunidade bem grande que acontece. Presenciamos aquela questão da impotência, acho que esse é o maior de todos os termos para se usar, porque quem sofre tem muito essa sensação de estar impotente frente aquela situação, dor, sofrimento que gera e todas as consequências que vêm desse tipo de violência”. (E, ZR) “Tristeza como ser humano, tristeza de ver uma coisa que poderia ser resolvida no diálogo passar para uma agressão física”. (E, ZU) “As equipes, por estarem na mesma comunidade do agressor, têm medo. Principalmente, se é uma pessoa violenta, chefe de tráfico, bandido solto da cadeia, fugitivo. Existe o medo da ameaça, do fato de todo mundo saber onde moras, que carro anda, quem é tua família[...] Existe muito medo, inclusive, ela tem muito medo de seguir o que recomendamos, por medo de retaliação do próprio marido”. (M, ZR)

Estudo que buscou conhecer e analisar práticas de cuidado de profissionais de saúde a mulheres rurais, vítimas de violência⁽⁷⁾, evidenciou que a localização de unidades de saúde, em áreas rurais, contribui para o afastamento e dificulta o acesso das vítimas aos serviços de proteção como a delegacia da mulher, defensorias, juizados. Assim, percebe-se que, sem esse suporte imediato, há maior dificuldade para uma tomada de posição, fazendo com que os profissionais se sintam vulneráveis frente aos atendimentos referentes à violência doméstica contra a mulher.

Na representação dos profissionais da zona urbana, surge, na primeira periferia, a esfera sentimental, identificada pelo termo “medo”, o mais frequente (Figura 1). Já os termos “submissão” e “baixa autoestima”, tiveram a mesma frequência de evocação (Figura 1). Essas palavras evidenciam a imagem que os profissionais criam das vítimas, que se encontram imersas em um comportamento prejudicial à saúde. A baixa autoestima pode estar associada às consequências da violência e ao isolamento social⁽³⁾.

Estudos⁽²⁶⁻²⁷⁾ evidenciam que, na visão de profissionais de saúde, é difícil entender porque a mulher se submete aos episódios de violência. Mesmo assim, reconhecem que a permanência no lar pode estar atrelada a uma diversidade de fatores como a dependência econômica, o medo de ameaças por parte do agressor, medo de perder os filhos ou pela valorização atribuída ao casamento⁽²⁶⁻²⁷⁾, o que reforça a dominação masculina nas relações conjugais.

Na representação dos profissionais da zona rural, a primeira periferia é composta pelo único termo “revolta” (Figura 2). Esse sentimento pode expressar o julgamento dos profissionais perante a reconciliação da vítima com o agressor, apesar do apoio para encorajá-la a sair do contexto violento. A seguir, apresentam-se trechos extraídos das entrevistas para contextualizar os elementos da primeira periferia da zona urbana e rural. “Violência à mulher é abuso, é agressão, é desamor. Pela parte da mulher, é falta de autoestima”. (E, ZU) “Aqui a cultura da comunidade que eu atendo é bem diferente. As pessoas não relatam, mas notamos que o homem tem aquela cultura de patriarca. Às vezes, ele se sobrepõe à mulher e a mulher é mais submissa”. (TE, ZR) “Ficamos revoltados, porque ela queria ir na delegacia, colocamos ela no carro e levamos. A partir disso ela passou a negar que tinha sido o marido”. (M, ZU)

Na Zona de Contraste, localizada no quadrante inferior esquerdo, constam os termos “dor” e “sofrimento” em ambos os quadros de quatro casas (Figuras 1 e 2), evidenciando que, tanto os profissionais da zona urbana, quanto rural, visualizam o sofrimento e a dor que os atos violentos podem causar à vítima. Ainda em comum na zona de contraste, dos dois quadros de quatro casas, o termo “abuso poder” refere-se ao julgamento dos profissionais em relação às ações abusivas do agressor. O poder é, histórica e culturalmente, instituído ao homem sobre a

mulher, fazendo com que a violência se sustente nessas desigualdades, muitas vezes naturalizadas na relação conjugal. A própria vítima, por temer novas agressões ou ameaças de morte⁽²⁸⁾, acaba, indiretamente, reforçando a relação vertical, permeada por um jogo de força e dominação. Os trechos a seguir caracterizam a dimensão pertencente a Zona de Contraste. “Então, não tínhamos ação, ficava muito quieto, achando que aquilo era normal, o dono da casa, o homem ter poderes e nós, mulheres, não temos, aceitávamos aquilo como se fosse algo normal”. (ACS, ZR) “Discriminação mesmo, porque eles não sabem o que a mulher sofre, acham que os homens podem mais porque dão alimentação”. (ACS, ZU)

No quadrante inferior direito, estão situados os termos pouco frequentes e considerados menos importantes pelos sujeitos da pesquisa. Esse quadrante constitui a *interface* mais próxima da representação com as práticas sociais⁽²³⁾. Na representação dos profissionais da zona urbana (Figura 1), o termo “apoio profissional” significa o compromisso da equipe em amparar a vítima. Entre os trabalhadores da zona rural, o termo “falta de diálogo” (Figura 2) foi identificado pelos profissionais como um dos motivos pelo qual a violência é desencadeada.

A falta de diálogo sinaliza a pouca comunicação entre vítima e agressor, o que pode ser o gatilho para a prática de violência. Ainda, esse termo pode revelar a dificuldade da vítima em declarar o ocorrido ao profissional que a atende, ou seja, à falta de comunicação entre vítima-profissional, agressor-profissional e entre a própria equipe de saúde. O silêncio e a invisibilidade que envolvem essa questão são resguardados no âmbito da vida privada e das relações familiares⁽²⁸⁾. Fatores como o uso de drogas pelo agressor também podem impossibilitar uma relação dialógica, potencializando os atos violentos⁽²⁹⁾.

Evidencia-se, nos trechos das entrevistas apresentadas a seguir, o apoio profissional e a comunicação limitada entre o profissional que prestou atendimento e a mulher que sofreu violência. “Nós chamamos [a vítima de violência], porque ela queria dar queixa. Nós a trouxemos para uma sala reservada, conversamos, mas é aquilo, nos envolvemos até ali. Demos apoio, conversamos, acolhemos, porque nós temos que acolher a pessoa. Ela queria dar parte, eu acho até que, na época, falamos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o

psicólogo, e a encaminhamos para a assistente social". (TE, ZR.)

Vinculado à USF, existe o NASF, serviço elencado como coadjuvante no cuidado prestado às vítimas de violência. Isso demonstra que, nas representações sociais, a violência doméstica contra a mulher é descrita como um complexo problema de saúde, que necessita ser enfrentado por meio da articulação de uma rede de apoio multiprofissional. Embora haja reconhecimento da importância da articulação dos serviços, estudo realizado com médicos trabalhadores em USF constatou que eles não conhecem os locais de encaminhamento, delegando essa função à enfermagem⁽²⁶⁾.

Percebe-se que, além de conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher, para que se busque um cuidado transcendente e holístico, é preciso investir na reestruturação de uma rede de apoio articulada. A falta de tempo, o número reduzido de funcionários^(8,26) e o despreparo para agir diante do fenômeno⁽⁸⁾, também são considerados obstáculos para que a equipe de saúde desenvolva ações preventivas e educativas acerca da violência doméstica contra a mulher junto à comunidade.

CONCLUSÃO

A partir da comparação da representação social da violência doméstica contra a mulher, verificou-se que a representação entre os profissionais de saúde, que atuam na zona urbana e rural, apresentou características comuns e, ao mesmo tempo, variações em função das situações específicas do cotidiano e cenário de atuação dos profissionais.

Tanto os profissionais da área urbana quanto da rural evocaram os termos "agressão" e "covardia" no Núcleo Central, indicando o conceito ou imagem e o julgamento dos profissionais em relação à violência. Portanto, trata-se de uma representação estruturada, com conotação negativa.

Destaca-se, na comparação da representação social, que os profissionais da área rural evidenciam a dimensão afetiva da representação, apoiada na sensação de vulnerabilidade tanto da equipe, quanto das mulheres rurais. No que se refere à ação/atuação dos profissionais junto à vítima, pode ser observada a partir do único termo "apoio profissional", evocado apenas pelos trabalhadores da zona urbana, possivelmente por

estarem inseridos em unidades urbanas, com fácil acesso aos serviços de proteção à mulher. Tal aspecto demonstra que a violência doméstica contra a mulher ainda não está sendo visualizada como um objeto da área da saúde. As inúmeras consequências à vítima, reveladas na literatura, reforçam a importância de os profissionais da saúde a encararem como um problema social articulado com a saúde.

Os outros elementos representacionais sinalizam para conteúdos ancorados no senso comum, considerando que retratam aspectos subjetivos relacionados às vítimas como dor, humilhação, baixa autoestima, sofrimento, tristeza, medo. Há necessidade de gestão dos serviços de atenção à mulher vitimada e da capacitação dos profissionais, não somente para identificar mais um caso de violência, mas para promover o empoderamento da mulher por meio da orientação quanto aos seus direitos. A problematização dessa temática, em diferentes espaços, também possibilita diluir as desigualdades de gênero, existentes na sociedade, contribuindo para a prevenção do fenômeno.

O estudo possui limitações devido ao seu desenvolvimento em um único contexto sociocultural, evidenciando-se a necessidade da ampliação para outras realidades e experiências envolvendo profissionais, tanto da Atenção Básica à Saúde quanto em outros níveis de atenção. Espera-se que o estudo sirva de subsídio para um repensar acerca das práticas profissionais junto às mulheres vitimadas, principalmente em áreas de USF, em que a dinâmica de trabalho permite conhecer e atuar frente às particularidades da comunidade adstrita.

REFERÊNCIAS

- 1 - Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2012;16(3):435-42. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300002>
- 2 - Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano MAS, Monteiro JCS. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. Rev Es. Enferm USP. 2014;48(2): 206-13. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200002>

- 3 - Kulwicki A, Asward B, Carmona T, Ballout S. Barriers in the utilization of domestic violence services among arab immigrant women: perceptions of professionals, service providers & community leaders. *J Fam Viol.* 2010;25:727-35. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9330-8>
- 4 - Brasil. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Diário Oficial União. 9 ago 2006.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Flacso; 2015 [Acesso em 8 mar 2016]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
- 6 - Raimondo ML, Labronici LM, Larocca LM. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. *Cogitare Enferm.* 2013 [Acesso em 27 de jun 2017];18(1):43-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26539/20012>
- 7 - Costa MC, Lopes MJM. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(5):1088-95. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500008>
8. Gomes NP, Erdmman AL. 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. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3062.2397>
- 9 - Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29(6):1230-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
- 10 - Vieira EM, Ford NJ, Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Cienc Saúde Coletiva.* 2013;18(3):681-90. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300014>
- 11 - Borges MS, Queiroz LS, Silva HCP. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(6):1427-33. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600021>
- 12 - Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Ed UERJ; 1998.
- 13 - Magalhães EMM, Maia H. O trabalho docente por professores de curso de Pedagogia. *Rev Múltiplas Leituras.* 2009;2(1):189-206. <https://doi.org/10.15603/1982-8993/ml.v2n1p191-206>
- 14 - Machado LB, Aniceto RA. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio Aval Pol Publ Educ.* 2010;18(67):345-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362010000200009>
- 15 - Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social.* Goiânia: AB; 2000. P. 27-38.
- 16 - Oliveira DC, Marques S, Gomes AMT. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais.* João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p. 573-603.
- 17 - Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psic Teore Pesq.* 2011;27(4):521-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>
18. Costa TL, Oliveira DC, Formozao GA, Gomes AMT. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: possibilidades de convivência, normatividade e resignificação. *Psicol Saber Social.* 2013 [Acesso em 30 out 2016];2(1):104-14. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/6931/4904>
19. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 20 - Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. *Representações sociais e práticas educativas.* Goiânia: UCG; 2003. P. 37-58.
- 21 - Bardin L.. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. Capítulo 3: A codificação; 103-114.
- 22 – Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012.

23 - Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto Contexto - Enferm.* 2007;16(3):377-86.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300002>

24 - Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):214-22.

<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200003>

25 - Arruda CN, Braide ASG, Nations M. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;(10):2057-67.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00175713>

26 - De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu).* 2009;13(31):287-99.

<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400005>

27 - Gomes NP, Erdmann AL, Carneiro JB, Paixão GPN, Santos JAS, Bettinelli LA. Profissionais de saúde significando a permanência da mulher na relação de violência conjugal. *Rev RENE.* 2013;14(3):558-67.

<https://doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i3.3433>

28 - Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev RENE.* 2013;14(4):683-93.

<https://doi.org/10.15253/rev%20rene.v14i4.3523>

29 - Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(3):366-72.

<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140048>

Nota: Agência de fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital nº32/2012. Relatório de Pesquisa.

Recebido em: 12/11/2016

Aprovado em: 18/10/2017

Endereço de correspondência:

Daiane Broch

Rua Miguel Tostes, 905, apartamento 33

ZIP CODE: 90430-061 Porto Alegre/RS - Brasil

E-mail: daiane_broch@hotmail.com