



VIOÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN: SOCIAL REPRESENTATION OF THE HEALTH COMMUNITY AGENTS

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER: REPRESENTACIONES SOCIALES DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Daiane Broch¹, Vera Lúcia de Oliveira Gomes², Camila Daiane Silva³, Giovana Calcagno Gomes⁴, Daiane Porto Gautério-Abreu⁵, Marina Bisio Mattos⁶

RESUMO

Objetivo: analisar estrutura e conteúdo das representações dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, realizado em Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Grande/RS. Coletaram-se os dados por meio de evocações livres e entrevistas, os quais foram tratados pelo software EVOC 2005 e análise contextual. De um total de 115 agentes, 27 participaram da entrevista. **Resultados:** compuseram o núcleo central os termos agressão, agressão física, covardia, falta de respeito e tristeza. Trata-se de uma representação fundamentada em aspectos negativos e estruturada por conter as dimensões: conceito, atitude e imagem. **Conclusão:** espera-se que os resultados sejam problematizados no cotidiano de trabalho da equipe de saúde e utilizados para a prevenção, identificação e ampliação de estratégias para o enfrentamento da violência doméstica. **Descritores:** Agentes Comunitários de Saúde; Violência Contra a Mulher; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the structure and content of the representations of the community health agents about domestic violence against women. **Method:** a descriptive study of a qualitative approach based on the theory of social representations held in Family Health Units of the Municipality of Rio Grande/RS. The data were collected through free evocations and interviews, which were treated by EVOC 2005 software and contextual analysis. In a total of 115 agents, 27 participated in the interview. **Results:** the central terms were aggression, physical aggression, cowardice, lack of respect and sorrow. It is a representation based on negative aspects and structured to contain the dimensions: concept, attitude and image. **Conclusion:** it is expected that the results are problematized in the of health staff working daily and used for the prevention, identification and expansion of strategies for fighting domestic violence. **Descriptors:** Community Health Workers; Violence Against Women; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la estructura y el contenido de las representaciones de los Agentes Comunitarios de Salud acerca de la violencia doméstica contra la mujer. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada en Unidades de Salud de la Familia del Municipio de Rio Grande/RS. Se recogieron los datos por medio de evocaciones libres y entrevistas, los cuales fueron tratados por el software EVOC 2005 y el análisis contextual. De un total de 115 agentes, 27 participaron de la entrevista. **Resultados:** compusieron el núcleo central los términos agresión, agresión física, cobardía, falta de respeto y tristeza. Se trata de una representación fundamentada en aspectos negativos y estructurada por contener las dimensiones: concepto, actitud e imagen. **Conclusión:** se espera que los resultados sean problematizados en el cotidiano de trabajo del equipo de salud y utilizados para la prevención, identificación y ampliación de estrategias para el enfrentamiento de la violencia doméstica. **Descriptores:** Agentes Comunitarios de Salud; Violencia Contra la Mujer; Enfermería.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: daiane_broch@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Titular, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: vlog1952@gmail.com; ^{3,4,5}Enfermeiras, Professoras Doutoras em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Rio Grande (RS), Brasil. E-mails: camilad.silva@yahoo.com.br; giovanacalcagno@furg.br; daianeporto@bol.com.br; ⁶Enfermeira (egressa), Universidade Federal do Rio Grande/FURG. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: mattosmarina@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma conduta que afeta sua condição de cidadã. Trata-se de uma violação dos direitos humanos, que prejudica sua integridade física, psíquica e social.¹ Tal fenômeno, multicausal e multidimensional, repercute em vários aspectos da vida da mulher, incluindo o trabalho, as relações sociais e a saúde, tornando-a vulnerável e com poucas estratégias de enfrentamento.²

Em 2006, com o objetivo de prevenir ou coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, foi promulgada a Lei nº 11.340, Lei Maria da Penha, reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres. Tal lei representou um verdadeiro avanço, pois, por meio dela, as mulheres ganharam direitos, proteção e fortalecimento da autonomia. Além disso, a referida lei desencadeou o debate público visando conscientizar a sociedade no sentido de intensificar a luta contra essa modalidade de violação.³

Constatou-se que, em todo o país, 99% das mulheres já ouviram falar na Lei Maria da Penha. Apesar disso, estima-se que mais de 13 milhões e 500 mil mulheres, com 16 anos ou mais, já sofreram algum tipo de agressão, o que representa 19% da população feminina. Destas, 31% ainda convivem com o agressor e 14% ainda sofrem algum tipo de violência. Apesar disso, após a sanção da Lei Maria da Penha, 66% das mulheres referem sentir-se mais protegidas.⁴ De acordo com o “Mapa da Violência 2012”, a taxa de homicídios femininos no Brasil é de 4,4 vítimas em 100 mil mulheres, ocupando assim a sétima posição entre 84 países estudados.⁵

A Central de Atendimento à Mulher, desde sua implantação em 2005, tem contribuído significativamente para a adoção de políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres e para a efetividade da Lei Maria da Penha. Essa central passou a acumular funções de acolhimento e orientação, além de remeter as denúncias aos órgãos competentes pela investigação. Em 2014, cerca de 20.000 denúncias foram encaminhadas aos órgãos de segurança pública e ao sistema de justiça. Houve um aumento de 50% nos registros de cárcere privado e de 18% no número de estupro denunciado. De acordo com o *ranking* das Unidades Federativas, o Distrito Federal ocupa o 1º lugar com 158,48 ligações por grupo de 100.00 mulheres, seguido pelo

Mato Grosso do Sul com 91,61. O Estado do Rio Grande do Sul ocupa a 9ª posição no *ranking*, com 3.222 registros para um total de 5.489.827 mulheres, obtendo 58,60 na taxa de registro.⁶

Considerando que as Unidades de Saúde da Família (USFs) contam com profissionais que vivenciam os problemas da comunidade e mantêm vínculo com os moradores, acredita-se que podem ser grandes aliados na identificação e na prevenção à violência contra a mulher, bem como na assistência às vítimas, pois constituem a porta de entrada do sistema de saúde. A ESF é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.¹

A equipe da ESF é composta por, no mínimo, enfermeiro, médico generalista ou de família, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses, podem integrar a equipe odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros.⁷ O vínculo que os profissionais desse modelo de atenção constroem com a comunidade aproxima-os de cada integrante das famílias, criando um espaço de acolhimento e confiança.⁸

O ACS tem um papel fundamental nessas ações básicas de saúde, sendo visto como um facilitador comunitário, um agente transformador de saúde. Constitui, assim, uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, pois, além de trabalhar ali, é membro desta e possui com ela um envolvimento pessoal, o que possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade.⁹

A assistência à vítima de violência, a escuta qualificada, o acolhimento, o respeito e a articulação entre os diferentes serviços em uma rede integrada de atenção são fundamentais para a superação desse problema que vitimiza mulheres.¹⁰ Acredita-se que a representação que os profissionais em geral e os ACS em particular têm acerca da VDCM interfere diretamente na qualidade da assistência dessas vítimas. Evidenciando-se que poucos são os estudos científicos que investigam as Representações Sociais (RS) da violência doméstica, optou-se por fundamentar esta pesquisa na Teoria das Representações Sociais (TRS).

As RS são caracterizadas como um conjunto de explicações, crenças e ideias que permitem evocar um acontecimento, pessoa ou objeto. Elas produzem e determinam comportamentos, comunicam e se

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

expressam.¹¹ Dessa forma, pressupondo que as representações dos ACS acerca da VDCM, por serem permeadas por crenças, valores e pela cultura, influenciam no cuidado prestado à vítima e na problematização do atendimento, objetivou-se analisar a estrutura e conteúdo das representações sociais dos agentes comunitários de saúde acerca da violência doméstica contra a mulher.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Constitui um recorte do projeto intitulado: “Representações sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde da família, do município do Rio Grande/RS”. Essa teoria é complementada pela abordagem estrutural, a qual apregoa que a representação organiza-se em torno de um Núcleo Central (NC). Neste, encontram-se os elementos que dão significado à representação.¹²

Assim, no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas, localizam-se os termos mais frequentes e mais prontamente evocados. O sistema periférico é mais flexível que o NC, permitindo a integração de experiências e histórias. Os elementos de primeira e segunda periferia situam-se nos dois quadrantes à direita e no inferior esquerdo a zona de contraste, formada por palavras pouco evocadas, porém mais prontamente, abrangendo elementos que expressam variações da representação advindas de subgrupos.¹³

O cenário do estudo foi composto por 19 USFs em funcionamento, sendo sete em área rural e 13 urbanas. As equipes totalizavam 271 profissionais, dos quais 29 enfermeiros, 24 médicos, 40 técnicos de enfermagem e 178 ACS. Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2013, por meio das técnicas de evocações livres e entrevistas. As evocações livres “permitem a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas”.^{14:66} Para essa técnica, convidou-se todos os ACS atuantes nas USFs, excluindo-se os que recusaram o convite e aqueles que estavam afastados por motivo de férias, licença ou falta. Assim, participaram das evocações 115 ACS.

Primeiramente, aplicou-se um questionário com questões fechadas referentes à situação pessoal e socioprofissional. A seguir, solicitou-se aos sujeitos que evocassem cinco palavras ou expressões perante o termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Após as evocações livres, procedeu-se às

Violência doméstica contra a mulher: representações...

entrevistas. Essa técnica elucida informações pertinentes para o objeto de pesquisa na produção de um discurso.¹⁵

Para a definição dos entrevistados, elaboraram-se mapas com a localização geográfica das USFs. Acreditando-se que da proximidade entre as unidades resultem representações semelhantes, dividiu-se o mapa em quatro áreas urbanas e seis rurais, sorteando-se uma USF de cada área mapeada. A seguir convidaram-se, no mínimo, dois ACS por unidade. Houve unidades onde três ou quatro ACS se prontificaram a responder as entrevistas, totalizando, assim, 27 entrevistados. Para a elaboração do roteiro das entrevistas, resgatou-se o significado da VDCM para os ACS. Do ponto de vista pessoal, investigaram-se uma possível vivência da situação de violência no ambiente familiar bem como a conduta adotada, e, quanto ao ambiente de trabalho, foi investigado o atendimento prestado às vítimas.

Os dados foram analisados por meio de duas técnicas, uma destinada às evocações livres e outra, às entrevistas. Para as evocações, utilizou-se o *software Ensemble de Programmes Permettant L’Analyse des Evocations* 2005 (EVOC), criado por Pierre Vergès em 1994. Este programa permite efetuar a organização das palavras, considerando a frequência e ordem de evocação para a construção do quadro de quatro casas.¹³

O tratamento dos dados obtidos por meio das entrevistas ocorreu a partir da Análise de Contexto, a qual constitui uma adequação da análise de conteúdo, pois representa uma unidade mais ampla que contém a unidade de registro e possibilita a compreensão de seu significado.¹⁶ Para articular essas duas técnicas, selecionaram-se, dos dados colhidos nas entrevistas, sentenças que continham as palavras que compõem o quadro de quatro casas deste estudo. Visando preservar o anonimato, as falas foram identificadas pelas letras ACS acrescidas do número arábico correspondente à ordem de coleta das evocações. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, sob nº 020/2013.

RESULTADOS

Dos 115 ACS, oito eram do sexo masculino e 107 eram do sexo feminino. A idade dos participantes variou entre 24 e 65 anos, predominando a faixa etária dos 30 a 39 anos com 45,2%. Possuíam companheiro fixo e moravam com ele 76,5% dos ACS. Evidenciou-se que 77,4% tinham o ensino médio completo

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

e 16,5% cursavam ou haviam finalizado o ensino superior. O tempo de trabalho variou desde alguns meses até 17 anos, predominando 65,3% com dois a cinco anos. No que se refere à participação em algum evento ou curso sobre VDCM, desenvolvido em ambiente de trabalho, 78,3% afirmaram positivamente.

O *corpus* formado pelas evocações dos ACS perante o termo indutor “violência doméstica

Violência doméstica contra a mulher: representações...

contra a mulher” totalizou 572 palavras, sendo 193 diferentes. Em uma escala de 1 a 5, a média das Ordens Médias de Evocação (O.M.E.) ou *rang* foi 3 e a frequência mínima, 8. As palavras com frequência inferior foram excluídas, resultando em uma frequência média de 14. A análise desses dados resultou no quadro de quatro casas:

O.M.E.	<3		>3			
Freq. Méd.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥14	Falta de respeito	25	2,560	Medo	21	3,238
	Agressão	21	2,095	Revolta	16	3,188
	Covardia	18	1,611	Autoestima baixa Submissão	15	3,467
	Agressão Física	16	2,688		15	3,067
	Tristeza	14	2,786			
<14	Abuso	13	2,857	Humilhação	12	3,000
	Sofrimento	12	2,750	Drogadição	08	3,250
	Abuso de poder	11	2,909			
	Dor	10	2,200			
	Impunidade	10	2,800			
	Violência	09	2,778			

Figura 1. Estrutura das Representações Sociais dos ACS acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, 2013.

No quadrante superior esquerdo, em função da frequência e *rang*, localiza-se o possível NC, formado pelos termos *agressão, agressão física, falta de respeito, tristeza e covardia*. Esse foi o mais prontamente evocado, enquanto *falta de respeito* foi o mais frequente. Observa-se que a RS da VDCM é fundamentada em aspectos negativos.

O NC mostra que se trata de uma representação estruturada, pois contém imagem, conceito e julgamento. No que se refere ao conceito, os ACS evocaram *agressão*, quanto à imagem, evocaram *agressão física* e o julgamento foi expresso nos termos *covardia* e *falta de respeito*.

Destaca-se que, embora nas entrevistas os termos *falta de respeito* e *tristeza* não tenham sido expressados literalmente, seu sentido foi contemplado com os termos *desrespeito* e *triste*. Esses, ligados à esfera emocional, podem representar um sentimento desencadeado no profissional e na vítima. Neste estudo, *tristeza* referiu-se ao sentimento de uma ACS como vítima de violência doméstica. O termo *covardia* foi mencionado apenas em uma entrevista. Nela, a informante julgou a violência física contra a mulher como *covardia*, no entanto, questionou os fatores que a desencadeiam, acenando para a possibilidade de a culpa pelo desfecho violento ser da vítima. Contextualizando o aparecimento de alguns termos do NC, observa-se que os entrevistados tinham uma RS estruturada sobre o fenômeno em estudo:

O desrespeito pela mulher, por eles acharem que somos o sexo fraco[...] é agressão em geral. (ACS-25)

Pra mim violência contra a mulher é uma agressão física. (ACS-19)

Já enfrentei violência no ambiente familiar. Foi briga, de se pegar no tapa várias vezes. O motivo foi porque ele bebia muito, bebia quase todos os dias, chegava em casa agressivo [...]. Eu ficava em estado de nervos, ficava com medo. Eu não sabia o que fazer, não sabia se saía ou se ficava, era horrível, muito triste. (ACS-02)

Quanto à violência contra a mulher, eu tenho dois pontos de vista, o da covardia e o do que leva o agressor a fazer aquilo [...]. Eu tenho essa visão mais ampla, não é só o roxão que está no olho da mulher, eu já tento querer saber o que levou o agressor a fazer isso. (ACS-4)

No quadrante superior direito, localiza-se a primeira periferia, composta pelos termos *autoestima baixa, medo, revolta* e *submissão*. Trata-se de um quadrante em que predominam sentimentos negativos. Os termos *submissão* e *autoestima baixa* se referem exclusivamente à vítima e expressam a causa e a consequência da VDCM. O sentimento de *medo* em relação ao agressor pode ser desencadeado tanto na vítima quanto no profissional. A vítima, por temor, não rompe com os atos violentos e o profissional teme represálias a si ou a sua família, ao tentar ajudar a vítima. O sentimento de *revolta* é gerado nos profissionais ao se depararem com os atos violentos e se intensifica quando apoiam a vítima e ela decide permanecer no relacionamento violento.

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

A cara dela deformada[...] olho roxo, boca cortada que não tinha como esconder com base [maquiagem, para cobrir as marcas], aquilo que eu falei[...], a autoestima baixa[...]. (ACS-14)

Ela relatou essa violência do marido, falou que ele bebia. Quando ele não bebia era uma pessoa boa[...] já víamos a submissão dela. (ACS-01)

Ele vai na casa dela[...]ela tem medo[...]mas não sei por que volta[...]eu não entendo isso. (ACS-22)

Aonde tu denunciar, tu não pode continuar trabalhando. Como é que tu vai continuar trabalhando? Tu trabalhas com medo, não consegues fazer nada. Ainda mais que botaram que tem que morar no ambiente que trabalha, todo mundo sabe quem eu sou, o endereço! (ACS-08)

Elas falam sobre a violência, mas não querem que se fale para ninguém. A primeira coisa que dizem é: “Não falas para ninguém, pelo amor de Deus, vou contar para ti, mas se dizer para alguém digo que é mentira tua”. É lógico que não vou sair falando, nem posso, é bem complicado. Ficamos torcendo para chegar na casa e a mulher não estar com o olho roxo, é revoltante. (ACS-22)

Compõem o quadrante inferior direito, ou seja, a segunda periferia, os termos *humilhação e drogadição*. Tais elementos referem-se às situações degradantes a que a vítima é submetida pelo agressor e também evidenciam o uso de drogas como um fator desencadeante da violência.

Violência contra mulher para mim é muita humilhação, a mulher passa por muita submissão, depende muito do marido, é uma coisa horrível ter que depender e ao mesmo tempo apanhar daquela pessoa, é bem complicado. (ACS-09)

A violência contra a mulher é permeada por droga, bebida, significa total desestrutura familiar. É o carro chefe em uma família, depois que entra destrói mesmo. (ACS-11)

No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de contraste. Nesta análise, foram encontrados os termos: *abuso, abuso de poder, dor, impunidade, sofrimento e violência*. O *abuso e abuso de poder* reforçam os termos *covardia e falta de respeito*, presentes no NC. A VDCM pode gerar *dor física e emocional*, gera também *sofrimento*, observa-se que esse quadrante é fortemente marcado pela esfera emocional associada aos sentimentos da vítima perante o ato violento.

Embora o termo *impunidade* não esteja explícito nas falas, pode revelar a naturalização da violência na sociedade, a falta de conhecimento acerca dos direitos das mulheres, o medo das consequências de uma

Violência doméstica contra a mulher: representações...

denúncia e também a burocracia que pode envolver uma denúncia policial, bem como a falta de medidas punitivas ao agressor. Tais aspectos podem representar a existência de um subgrupo minoritário que possui uma representação diferente dos demais.

Eu não sei se era respeito ou era medo, a gente não tinha ação, ficávamos quietas e achando que aquilo era normal, o dono da casa, o homem tem poderes e a gente não tem! (ACS-06)

Conversei com a pessoa, ela estava com dor, tinha caído, a princípio. Eu disse que ela precisava fazer um Raio X. Estava doendo bastante e ela disse que não podia porque iriam perguntar como que isso aconteceu e ela não tinha como explicar. Não queria que ele fosse processado[...]. (ACS-12)

Eu já vou na casa dela há mais tempo, então me contou que sofria, que o marido batia com a cabeça dela na parede, que ela tinha medo de ter alguma coisa[...]. (ACS-22)

O namorado da minha filha não aceitava a separação. Eu tinha muito medo que ele encontrasse ela no centro e fizesse algo. Ela nunca quis dar parte dele. Eu fiz isso, fui na polícia, mas o policial disse que eu não era a vítima. Minha filha que teria que ir. Ele nem registrou queixa, não fez nada, ele só disse que tinha que ser ela, que tinha que ser a vítima e não eu. Isso aconteceu, eu não sei se é legal ou não. (ACS-17)

DISCUSSÃO

Em nossa sociedade, as RS são normas, elas correspondem a necessidades práticas, inclusive de adequar, por meio de transformações, o desenvolvimento das ciências à vida cotidiana.¹¹ Analisar as representações dos ACS sobre a VDCM permite construir possibilidades de enfrentamento da violência.¹⁷ Essa temática é atual, sendo amplamente discutida e investigada nas diversas áreas de conhecimento por ser um problema de saúde pública.¹⁸

Os componentes de uma RS se estruturam a partir de três dimensões: conceito/informação, atitude e imagem/campo de representação.¹¹ O conceito consiste na informação, nos conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto, e neste estudo foi identificado pelos ACS com o termo *agressão*. A atitude é a opinião, o julgamento que se tem sobre o objeto em questão, expressado pelos termos *covardia e falta de respeito*. No que se refere à imagem, ou sensações mentais que indicam as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro, os profissionais evocaram *agressão física*.

O NC de uma representação, estável e mais resistente a mudanças, relaciona-se à

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

memória coletiva, dando significação, consistência e permanência à representação.¹⁹ Os termos *agressão* e *agressão física*, presentes nesse quadrante, indicam uma dimensão conceitual e imagética da representação, respectivamente. Embora a violência física seja a mais facilmente reconhecida, é a violência psicológica a mais frequente, sendo praticada sob a forma de ameaças, controle e cenas de ciúmes.²⁰ Nesse sentido, é preciso que os profissionais consigam reconhecer as diferentes formas de VDCM, não se restringindo apenas à violência física.

Os termos *falta de respeito* e *covardia* relacionam-se a julgamentos dos profissionais em relação às ações do agressor. O sentimento de *tristeza* foi verbalizado por uma profissional como vítima de violência doméstica. Constatou-se que poucas são as publicações que abordam esse aspecto.

Os elementos periféricos têm como uma de suas funções proteger o NC. Neles constam os termos com menor frequência, evocados menos prontamente, mas significativos para a representação. Mostram-se mais sensíveis e instáveis às condições do contexto.¹⁹ Na primeira periferia, surgem os termos *autoestima baixa*, *medo*, *revolta* e *submissão*. A *autoestima baixa* e *submissão* referem-se à forma como os profissionais visualizam a vítima. O sentimento de *medo* fica evidente tanto na vítima quanto nos ACS, por residirem na comunidade onde trabalham e se sentirem ameaçados ao ajudarem a vítima.²¹

A *revolta* é vista como um sentimento do profissional resultante das repetidas reconciliações da vítima com o agressor. Acredita-se que, em virtude disso, o ACS sinta-se desmotivado para apoiá-la e realizar a notificação. Aproximadamente 34% das mulheres que em caso de violência buscam atendimento na USF ou em serviços especializados de atendimento à mulher voltam a viver com o agressor com a esperança de melhorar o relacionamento conjugal.²²

A influência dos papéis de gênero, culturalmente reconhecidos ou naturalizados, fica evidente nas entrevistas. De acordo com estudos, mulheres têm como argumento para a continuidade do relacionamento a dependência financeira mesclada com a dependência emocional. Por outro lado, o homem também é percebido como o detentor do poder, a submissão nessa relação é determinada por um desejo de que o marido ou companheiro mudem seu comportamento.²³

Uma pesquisa realizada com ACS na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Violência doméstica contra a mulher: representações...

identificou a desigualdade de gênero nos discursos, com dominação masculina, assim como o poder e a autoridade do homem como provedor e chefe da casa e as mulheres como subordinadas. Essa realidade é perpetuada com maior frequência no âmbito doméstico, onde as causas são multifatoriais, entre as quais: drogas, desigualdades sociais e desemprego.¹

Na segunda periferia, aparecem os termos *humilhação* e *drogadição*. *Humilhação* como um sentimento desencadeado e *drogadição* como uma das causas da violência. Destaca-se um estudo em que a explicação para atos violentos transita em dois eixos, primeiro na educação voltada para uma cultura machista e a vivência da infância de forma violenta, e segundo pelo uso de drogas. Muitos dos agressores denunciados já viveram em um ambiente onde era comum e constante a VDCM, assim, eles reproduzem esse feito oriundo da infância. Porém, a vivência em um lar violento não significa que pessoas que vivenciaram essas situações possam agir de forma também violenta, o problema é atribuir uma relação de causalidade entre esses acontecimentos.²⁴

O uso de drogas é visto como um potencializador da agressividade, determinante para a ocorrência da agressão conjugal.²⁴ Um estudo realizado na Etiópia evidenciou que quase 70% dos maridos eram usuários de drogas, onde mais de três quartos (78,0%) das mulheres informaram que tinham sofrido pelo menos um tipo de violência doméstica.²⁰

Na zona de contraste, foram encontrados os elementos *abuso*, *abuso de poder*, *dor*, *impunidade*, *sofrimento* e *violência*. O *abuso* e *abuso de poder* demonstram o julgamento das ações do agressor e a VDCM gera *sofrimento* e *dor*. Os profissionais associam o termo *dor* ao sentimento da vítima em relação à sensação corporal por consequência da agressão física. A impunidade faz lembrar a pequena ou demorada resolutividade de medidas que visam punir o agressor.

A enfermagem é essencial no processo de enfrentamento à VDCM. Ela articula saberes e práticas para o cuidado individual e coletivo, construindo espaços de interlocução com objetivo de intervenção e transformação social, ampliando assim a compreensão sobre a complexidade da violência.²⁵ É importante que os enfermeiros compreendam as RS dos ACS, pois são responsáveis pela educação permanente e o trabalho cotidiano desses profissionais.

Os enfermeiros e sua equipe de saúde, além da habilidade no acolhimento e escuta à

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

vítima, necessitam desenvolver um olhar holístico para o atendimento.²⁶ Assegurando que o cuidado ocorra de forma integral, prezando aspectos biológicos, psicológicos, questões jurídicas e socioeconômicas. É imprescindível que os profissionais estejam aptos para identificar mulheres em situação de violência, contribuindo para o seu empoderamento e a consequente ruptura do ciclo.²⁷

CONCLUSÃO

A VDCM é uma questão de saúde pública, que permeia a atuação de profissionais nos diferentes níveis de atuação, constituindo-se em um fenômeno que precisa ser investigado junto a outras categorias profissionais e em diferentes cenários. O suporte teórico utilizado na pesquisa mostrou-se adequado, permitindo que os objetivos propostos fossem alcançados. Como aspectos limitantes destaca-se a dificuldade de discussão dos resultados, pelo reduzido número de publicações científicas referentes a este objeto de estudo.

No que se refere às USFs, o trabalho dos ACS, como integrantes da equipe multiprofissional, tem fundamental importância. No entanto, sua atuação em nível de prevenção, investigação, diagnóstico e recuperação de vítimas precisa ser constantemente problematizada para o delineamento de estratégias de enfrentamento adequadas à situação de cada família. Além disso, capacitações referentes a dados epidemiológicos, direitos das mulheres e sobre a rede de apoio disponível local, estadual e nacionalmente precisam integrar os programas de educação permanente para uma melhor atuação profissional.

Conhecer as representações sociais dos ACS possibilita compreender suas práticas de cuidado no cotidiano profissional perante a situação de violência. Assim, espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa sejam problematizados no cotidiano de trabalho da equipe da USF, especialmente pelo enfermeiro enquanto líder. Da mesma forma, para a prevenção e identificação da violência doméstica, bem como a ampliação de estratégias voltadas para o enfrentamento desse fenômeno. Pretende-se ainda que as práticas dos profissionais em saúde possam ser instrumentos que contribuam para a transformação dos valores e costumes hegemonicamente defendidos e aceitos, mediada por uma atitude de desnaturalização da violência de gênero.

Violência doméstica contra a mulher: representações...

REFERÊNCIAS

1. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violence against women in the perspective of community health agents. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 10];34(1):180-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_23.pdf
2. Ribeiro CG, Coutinho MLL. Representações Sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa (PB). Rev Psicologia e Saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 22];3(1):52-9. Available from: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/81/142>
3. Brasil. Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Conheça a Lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Secretaria de Políticas para as mulheres [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2015 Nov 10]. Available from: http://www.semu.ma.gov.br/files/2013/08/lei_maria_da_penha.pdf
4. Brasil. Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. Secretaria de Transparência Data Senado; 2013.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. São Paulo; 2012 [cited 2014 Sept 8]. Available from: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf
6. Brasil. Central de Atendimento à Mulher. Secretaria de Políticas para as mulheres. Balanço 2014. Ligue 180 [Internet]. Brasília; 2014 [cited 2015 May 10]. Available from: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180_2014-versaoweb.pdf
7. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2015 May 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
8. Lira CEPR, Silva PPAC, Trindade RFC. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 May 06];14(4):928-36. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12237/13358>
9. Lourenço LM, Cruvinel E, Almeida AA, Gebara CFP. Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica. Est Inter Psicol [Internet]. 2010 [cited 2015 May

Broch D, Gomes VLO, Silva CD et al.

- 10];1(1):108-28. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v1n1/a08.pdf>
10. Hanada H, D'oliveira AFP, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2010 [cited 2015 May 06];18(1):33-59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100003
11. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
12. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
13. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizador. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPE Ed. Universitária; 2005. p.573-603.
14. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. México. 2001.
15. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2008.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Social representations of violence against women in the nursing perspective. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* [Internet]. 2011 [cited 2015 Mar 20];15(37):409-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0911.pdf>
18. Bittar D, Kohlsdorf M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Psicol Argum* [Internet]. 2013 [cited 2015 Mar 21];31(74):447-56. Available from: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?d1=12236&dd99=view&dd98=pb>
19. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia. 1998. p.27-38.
20. Semahegn A, Belachew T, Abdulahi M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. *Reprod Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879008/>
21. Vieira EM, Ford NJ, Ferrante FG de, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 20];18(3):681-90. Available from:

Violência doméstica contra a mulher: representações...

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300014&script=sci_arttext
22. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2015 May 20];24(11):2551-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001100010&script=sci_abstract&tlng=pt
1. Porto M, Bucher-Maluschke JSNF. A permanência de mulheres em situações de violência: considerações de psicólogas. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 15];30(3):267-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000300004
23. Lima MLC, Mélo RP. Algumas considerações sobre os homens no contexto da violência contra a mulher. *Rev Psicologia Argumento*. 2013; 31(74):425-35.
24. Gomes NP, Erdmann AL, Santos JLG, Mota RS, Lira MOSC, Meirelles BHS. Caring for women facing domestic violence: Grounded Theory. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited 2015 May 18];12(4):782-93. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4138/html_8
25. Cordeiro LAM, Cordeiro SM, Lima CC, Franco TCB, Gradim CVC. Violência contra a mulher: revisão integrativa. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 18];7(3):862-69. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3082/pdf_2227
26. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 15];23(3):778-86. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88565/91446>

Submissão: 19/03/2016

Aceito: 22/08/2016

Publicado: 01/10/2016

Correspondência

Daiane Broch
Rua Miguel Tostes, 905, Ap. 33
Bairro Rio Branco
CEP 90430-061 – Porto Alegre (RS), Brasil