

■ Artigo Original

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>

Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural

Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach

Representaciones sociales de enfermeras acerca de la violencia doméstica contra la mujer: estudio con enfoque estructural

Daniele Ferreira Acosta^a
Vera Lúcia de Oliveira Gomes^b
Denize Cristina de Oliveira^c
Sérgio Corrêa Marques^c
Adriana Dora da Fonseca^b

Como citar este artigo:

Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e61308. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.

Métodos: Estudo qualitativo realizado com 100 enfermeiras entre maio/setembro de 2014 em dois hospitais de Rio Grande/RS. Colheram-se os dados por meio de evocação-livre e entrevistas semiestruturadas. Foram tratados pelo software Evoc e análise contextual, respectivamente.

Resultados: Observa-se uma representação negativa com elementos nucleares aludindo às formas de violência e ao seu julgamento, expresso em “agressão física” e “desrespeito”. Na periferia, “medo” revela tanto o sentimento das profissionais quanto das vítimas frente ao agressor, e “submissão” é pontuada como causa da violência. Infere-se a possibilidade de um subgrupo com representação diferenciada, frente ao termo “agressão verbal” na zona de contraste.

Conclusões: A visão centralizada nos agravos físicos e na culpabilização da vítima pode limitar as ações de cuidado, portanto é fundamental problematizar este objeto com profissionais da saúde.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Enfermagem. Assistência à saúde. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyse the structure and contents of the social representations of nurses concerning domestic violence against women.

Methods: This is a qualitative study conducted with 100 nurses between May and September 2014 in two hospitals of Rio Grande, RS, Brazil. Data were collected through evocations and semi-structured interviews. The data were processed in Evoc software and subjected to contextual analysis, respectively.

Results: A negative representation was identified with core elements alluding to forms of violence and its judgment, expressed as “physical aggression” and “contempt”. In the periphery, “fear” is how the professionals and the victims feel toward the aggressor and “submission” is mentioned as a cause of violence. The term “verbal aggression” in the contrast zone suggests the possibility of a subgroup with a different representation.

Conclusions: A centralised view regarding physical injuries and the culpabilisation of domestic abuse victims can limit care actions, revealing the need to discuss this subject with health workers.

Keywords: Violence against women. Nursing. Delivery of health care. Nursing care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la estructura y el contenidos de las representaciones sociales de los enfermeros sobre la violencia doméstica contra las mujeres.

Métodos: Estudio cualitativo cumplido em dos hospitales de Río Grande/RS. Los datos fueron recolectados entre mayo/septiembre de 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas, cumplido con 100 enfermera, y evocaciones con 34. Fueron tratadas por un software Evoc y análisis contextual, respectivamente.

Resultados: Se observa una representación negativa con elementos nucleares en alusión a las formas de violencia y su juicio, como “agresión física” y “falta de respeto”. En la primera periferia, “miedo”, revela tanto la sensación de profesionales como las víctimas contra el agresor, y “sumisión” se califica como una causa de la violencia. Se deduce de la posibilidad de una representación del subgrupo diferente, a través del la presencia del término “agresión verbal”, en la zona de contraste.

Conclusiones: Una visión centralizada las lesiones físicas y culpabilidad a la víctima puede limitar las acciones de atención, por lo tanto es fundamental discutir este tema con profesionales de la salud.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Enfermería. Prestación de atención de salud. Atención de enfermería.

^a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Escola de Enfermagem, Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Escola de Enfermagem. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem de Saúde de Grupos Populacionais. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) se configura como um problema de magnitude epidêmica, despertando interesse tanto na ordem pública quanto na comunidade científica. Não se trata de um novo objeto de estudo, mas de algo com raízes histórico-culturais permeado por crenças, tradições e valores, que fundamentam a interpretação do fenômeno, inclusive na área da saúde.

Parte das discussões sobre essa temática fundamenta-se em questões de gênero, categoria analítica que aborda o masculino e o feminino como construção social baseada apenas em aspectos biológicos⁽¹⁾. Essa diferenciação resulta nas relações de poder, de força e de dominação, que podem culminar nas diversas formas de violência contra mulher. Tais relações, desiguais e assimétricas, se expressam nas normas e condutas esperadas para homens e mulheres, fazendo que certos comportamentos violentos sejam naturalizados pelo senso comum.

Po outro lado, há uma busca em analisar as implicações da violência na saúde da mulher⁽²⁻⁴⁾. Diante do reconhecimento dos agravos ao processo de saúde-doença, cabe aos profissionais da saúde prestarem um cuidado relacional e sensível, extrapolando os limites do físico, livre de preconceitos e estereótipos de gênero que ainda permeiam as práticas profissionais⁽⁵⁻⁶⁾.

Com base nos dados epidemiológicos observa-se que na maioria das situações a violência contra a mulher é praticada pelo próprio parceiro íntimo, no âmbito doméstico⁽²⁾, fazendo com que muitos casos sejam silenciados. Ainda assim, os dados são alarmantes pois, uma em cada três mulheres do planeta já foi espancada, forçada a ter relações sexuais ou submetida a algum outro tipo de abuso⁽²⁾.

No Brasil, entre 1980 e 2010 foram assassinadas mais de 92 mil mulheres, destas 43,7 mil foram vitimadas na última década⁽⁷⁾. Quando analisadas as circunstâncias dos homicídios em geral, as armas de fogo são as mais utilizadas nos crimes entre homens; e quando a vítima é mulher, há domínio de objetos cortantes, penetrantes, contundentes e sufocação; levando a crer que a maioria desses episódios decorrem de crime passionai⁽⁷⁾.

Cabe destacar que conceitualmente o termo “violência doméstica contra a mulher” engloba muitas formas de atos violentos, incluindo as formas físicas, sexual, psicológica, moral e patrimonial; praticado por alguém com laços consanguíneos ou que se considere aparentado. No entanto, os casos revelados são, principalmente, os mais graves, que requerem hospitalização⁽⁸⁾ ou aqueles que envolvem ameaça de morte à mulher ou à família.

O pronto socorro pode ser considerado a porta de entrada da mulher nos serviços de apoio. Estudos mostram que a maioria que chega à urgência são mulheres jovens, apresentando lesões contusas, principalmente nos braços, cabeça e face, provocadas por agressão física, bem como decorrentes do uso de arma branca e arma de fogo⁽⁸⁾ ou queimaduras⁽⁹⁾. Nas situações mais brandas, justificam que o parceiro é uma pessoa boa e trabalhadora⁽³⁾ ou ainda são incentivadas por familiares a manter a união, reforçando a subalternidade feminina em nome da tradição do casamento⁽¹⁰⁾.

Assim, pautados nas informações, partilhadas tanto no convívio social, quanto no âmbito hospitalar, é que as enfermeiras constroem suas representações acerca desse fenômeno, as quais podem contribuir para uma prática de cuidado mais, ou menos, humanizada e emancipatória. Enfermeiras, que atuam em nível hospitalar, podem ser importantes aliadas, tanto para a detecção de casos, quanto para a adoção de ações preventivas, de tratamento e reabilitação das usuárias que buscam o serviço de saúde, principalmente nos casos agudos. Para tanto, é preciso que percebam a violência doméstica contra a mulher como um grave fenômeno social e de saúde pública, ultrapassando as crenças, rotulações e pré-julgamentos que podem inibir uma atuação profissional mais efetiva.

No âmbito da saúde, os estudos de representações sociais permitem acesso ao conhecimento social que orienta e justifica as práticas de cuidado. Portanto, reconhecer tal objeto de maneira reificada e representacional, permite dar visibilidade a esse problema, no que tange a atuação em nível hospitalar. Assim, objetiva-se analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.

■ METODOLOGIA

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, em sua Abordagem Estrutural ou Teoria do Núcleo Central⁽¹¹⁾. Essa teoria defende a necessidade de trabalhar a ideia de estruturação e centralidade na organização da representação social, pois justifica o pensamento e a sua relação com a prática.

Participaram do estudo enfermeiras que trabalhavam em dois hospitais de médio porte do município do Rio Grande/RS. Após obter uma lista, junto à coordenação de enfermagem dos dois hospitais, contendo o nome das enfermeiras de cada unidade, convidou-se a participar do estudo todas com atuação mínima de dois meses na atual unidade. Tais unidades foram aquelas com probabilidade de internação de mulheres vítimas de violência doméstica:

maternidade, centro obstétrico, unidade de terapia intensiva, clínica cirúrgica, clínica médica, unidade de queimados, traumatologia e serviço de pronto atendimento. Foram excluídas as que estavam de licença ou em férias.

A coleta de dados, realizada no período compreendido entre maio e setembro de 2014, foi efetuada por meio da Técnica de Evocações Livres e de entrevista semi-estruturada. A primeira consiste em solicitar aos sujeitos que enunciem palavras ou expressões que vêm imediatamente à cabeça diante de um termo indutor, neste caso “violência doméstica contra a mulher”. Esse método permite a apreensão das cognições de maneira descontraída e espontânea, que podem ser marcadados nas produções discursivas⁽¹²⁾, sendo realizado com todos os sujeitos.

A entrevista foi norteada por um roteiro contendo questões abertas sobre as percepção e vivências pessoais e profissionais acerca da VDCM, gravada e transcrita na íntegra. Das 100 enfermeiras que participaram das evocações livres, convidou-se de uma até três de cada unidade, totalizando 34 entrevistadas. Ambas as etapas foram realizadas individualmente, em sala livre da passagem de pessoas, no próprio local de trabalho, conforme escolhido pelos sujeitos.

Para a análise das evocações utilizou-se o *software* EVOCA 2005, o qual realiza análise estatística das palavras segundo a frequência e a ordem média de evocação (O.M.E), servindo de base para a construção do Quadro de Quatro casas. Nele os quadrantes são divididos em Núcleo Central (NC), localizado na parte superior esquerda, zona de contraste (ZC) no quadrante inferior esquerdo, e sistema periférico (SP) localizado nos quadrantes superior e inferior à direita, denominados primeira e segunda periferia, respectivamente.

No NC encontram-se os elementos evocados mais prontamente e mais frequentes, ou seja, conferem significado à representação; estão ligados à memória coletiva e história do grupo⁽¹²⁾. A ZC comporta variações da representação em função de subgrupos sem, no entanto, modificar os elementos centrais; seus elementos são menos evocados. Por fim, o sistema periférico contém os elementos mais flexíveis e heterogêneos, podendo evidenciar a influência do contexto atual na representação⁽¹²⁾. A primeira periferia é mais significativa, pois nela estão os elementos enunciados mais imediatamente e com alta frequência.

Tratou-se as entrevistas por meio da análise de conteúdo, adotando-se a unidade de contexto para a codificação dos dados⁽¹³⁾. Posteriormente, selecionou-se as sentenças que continham as palavras constitutivas do Quadro de Quatro Casas. Os sujeitos foram identificados com as letras HF e HU, conforme atuação no Hospital Filantrópico ou no Hospital Universitário, respectivamente; seguido de numeração arábica correspondente à ordem da coleta. O projeto

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande sob o parecer nº 80/2014.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 100 profissionais que participaram deste estudo apenas quatro eram homens; 54 atuavam no HU e 46 no HF. A média de idade foi de 36, com extremos de 20 e 59 anos; desses, 68 possuíam companheiros. O tempo de atuação profissional na unidade variou entre dois meses e 20 anos.

Para a construção do Quadro de Quatro Casas considerou-se a ordem natural evocada dos termos a fim de conhecer os elementos mais espontâneos dos conteúdos da representação. Foram evocadas 495 palavras, sendo 93 diferentes; isso significa que o *corpus* analisado é homogêneo, considerando a baixa frequência de palavras distintas. O Quadro de Quatro Casas foi construído com a frequência média das palavras de 18, a mínima de 10 e a ordem média de evocação (O.M.E) de 3,0 em um *ranking* de um a cinco. A distribuição dos termos nos quadrantes, possibilitou a análise da estrutura e dos conteúdos da representação, formada pelo núcleo central (NC), elementos periféricos (1ª e 2ª periferia) e zona de contraste.

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

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Observa-se, nas evocações, frente ao termo indutor VDCM, uma distribuição variada dos termos entre os planos. No quadrante superior esquerdo, **agressão física, desrespeito, agressão e humilhação** indicam os possíveis elementos centrais da representação, destacados pela alta frequência e por serem evocados mais prontamente. No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos da zona de contraste **agressão verbal, covardia, dor,**

abuso, inaceitável, capazes de reforçar a primeira periferia ou o núcleo central, ou ainda revelar a presença de um subgrupo com uma representação diferenciada⁽¹²⁾.

Apesar da alta frequência, o termo **medo** integra a primeira periferia, quadrante superior direito, pois foi evocado nas últimas posições. Os termos **família** e **submissão**, na segunda periferia, apontam a interface da representação com as práticas. Cabe destacar que a periferia permite a interface com a realidade, orientando as ações e reações do sujeito frente à representação⁽¹¹⁾. Para uma maior compreensão dos conteúdos da representação analisada, os elementos do Quadro de Quatro Casas foram contextualizados a partir de unidades de registro (UR) selecionadas das entrevistas, agrupados segundo a posição nos quadrantes.

Elementos do Núcleo Central (NC)

Com relação aos possíveis elementos nucleares destacou-se, pela maior frequência, o termo “agressão física”, com 36 evocações, seguida de “desrespeito” evocado 24 vezes, e posteriormente das palavras “humilhação” e “agressão”, essa última citada mais prontamente. Considerando que a estrutura das representações sociais se configura pelas dimensões cognitiva, imagética e atitudinal⁽¹⁴⁾, os termos “agressão” e “agressão física” expressam o conceito que as enfermeiras têm sobre a VDCM.

A “agressão física” engloba todo o tipo de ato violento que cause algum dano físico à vítima. Neste estudo, incluem-se chutes, socos, espancamento, hematomas, mutilação, queimaduras, uso de arma branca e arma de fogo, como exemplificado nas UR.

Me vem à cabeça aquela pessoa toda machucada, agredida mesmo, com facada ou com arma, com água quente, com fogo, violência física. (HF; 025)

[...] A violência física podemos suspeitar quando aparece com um hematoma, alguma coisa meio visível, uma marca no rosto, alguma coisa que dê para enxergar pelo corpo. Quando têm marcas é mais fácil, por que às vezes a pessoa fica retraída, apresenta aspectos de depressão, pode até suspeitar, mas não quer dizer que seja aquilo. (HU; 029)

Nós tivemos aquela paciente que o companheiro botou fogo nela. Ela veio para cá, só que como é um grande queimado, já tinha toda relação que foi uma agressão, a polícia prendeu e tudo. Nós acabamos nos voltando mais para o atendimento. (HF; 018)

Essa forma de violência é a mais reconhecida pelos profissionais da saúde quando as mulheres chegam aos serviços^(8,15). Geralmente, é noticiada e valorizada pela sociedade, pois deixa marcas físicas, o que a torna explícita. Sendo assim, também remete a dimensão imagética da representação associada às marcas no corpo da vítima.

Verifica-se que o universo simbólico das enfermeiras contém elementos atrelados a atividade profissional em âmbito hospitalar, visto que os significados da agressão física estão relacionados a assistência às mulheres vitimadas. Essa relação ganha maior sentido ao observar que profissionais da rede primária de atenção à saúde concebem esse fenômeno atrelado a outros fatores como o uso de drogas, o desemprego, a falta de diálogo; demonstrando a influência sociocomunitária, adjunta ao local de trabalho, na conceituação da violência⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Parece que hematomas, edemas faciais, queimaduras e outros sinais físicos, servem como “respaldo/certeza” para o profissional identificar e interrogar a paciente sobre o assunto⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Na ausência desses, criam-se impasses comunicacionais que acabam mascarando o fenômeno, sem contemplar a subjetividade das mulheres. Sem um ‘marcador’ para a violência, os profissionais não perguntam e as mulheres não revelam, limitando as possibilidades de um cuidado integral.

O NC ainda contém elementos que indicam a dimensão atitudinal, consubstanciada nas palavras “humilhação” com a menor frequência e a maior ordem média de evocação, o que permite questionar a sua centralidade. Juntamente com “desrespeito” expressam um julgamento negativo das enfermeiras frente à VDCM.

Violência doméstica contra a mulher é uma forma de desrespeito entre uma pessoa que tenta demonstrar o poder que não tem, coagindo aquele que é menos favorecido, no sentido de força. Às vezes pode ser no sentido cultural, intelectual, de autoestima; é uma relação entre quem está coagindo e o coagido. (HU; 049)

Percebe-se que há uma maior compreensão das enfermeiras acerca das ações que caracterizam a violência. Assim, a centralidade dessa representação está alicerçada em conteúdos avaliativos negativos, sendo que os elementos aludem aos atos violentos ou às condutas do agressor.

Elementos da zona de contraste

A análise desse quadrante permite compreender que há um significado distinto do NC, pois surge como concepção descritiva do objeto o termo “agressão-verbal”, evo-

cado 17 vezes. Por se referir a uma dimensão não presente em outros quadrantes do quadro de quatro casas, infere-se a possibilidade de um subgrupo com uma representação do objeto diferenciada, cujo núcleo central não se limita a agressão física, mas inclui a agressão verbal.

[...] Por que independente disso pode ter a violência verbal. Não necessariamente tu agrides só fisicamente, só violência física, mas pode ser agredida por um amigo ou por alguém verbalmente e isso machucar profundamente a pessoa fazendo com que tenha mágoas e não consiga se desenvolver enquanto pessoa. Aquela ferida que fica vira uma cicatriz. (HF; 07)

Violência contra a mulher começa primeiro com a violência verbal, começam os xingamentos, as discussões. A mulher geralmente é mais frágil que o companheiro, e eles tentam produzir aquela agressão, às vezes não resolve e tentam partir para a violência física. (HU; 029)

A agressão verbal não deixa marcas físicas, por isso muitas vezes não é reconhecida como um ato violento, no entanto, é uma expressão que marca o início do ciclo de violência⁽³⁾ conforme observado nas entrevistas. Suas consequências deixam cicatrizes na alma, afetando a autoimagem e a autoestima, fazendo com que a mulher se isole da rede social e de apoio. No entanto, essa forma de violência só ganha relevância quando se torna palpável, ocorrendo por meio de cárcere privado ou desencadeando distúrbio mental pela prática de tortura psicológica⁽¹⁾. É uma expressão que, geralmente, não ocorre isolada, o que intensifica os agravos decorrentes da prática da violência.

Mesmo assim, dificilmente as mulheres procuram ajuda externa, elas tendem a aceitar e justificar as atitudes do agressor⁽³⁾. Protelam a revelação até que ocorra uma situação de ameaça à vida ou tentativa de homicídio, ocasiões em que precisam procurar os serviços hospitalares⁽¹⁰⁾. Todavia, a busca por ajuda nas instituições de saúde é recurso não só para a resolução dos agravos físicos, mas também para os psicológicos, geralmente mais sentidos pelas vítimas⁽⁴⁾. Por isso, a importância da capacitação dos profissionais da rede hospitalar, para que possam identificar e tratar tais casos, não se limitando às marcas físicas e a medicalização dos corpos.

O elemento “dor”, evocado prontamente, revela um conteúdo avaliativo afetivo na representação da violência doméstica contra a mulher, pois pode referir-se tanto as consequências dos ferimentos⁽⁹⁾ quanto ao sofrimento desencadeado quando agredida por alguém com quem tem um laço íntimo. Considerando o atendimento hospitalar,

a dor, elencada pelas enfermeiras, expressa as consequências agudas, que necessitam de intervenção imediata.

Ela [mulher vitimada] contou lá pelas quinhentas, ela veio com dor abdominal, contou que o companheiro tinha pulado em cima dela, mas ela demorou a falar; rompeu o baço. (HU, 041)

Depois de alguns dias internada na UTI, eu nem reconheci do dia que ela chegou; porque ela estava muito emaciada, gemia de dor quando chegou, olhos, boca, nariz. Era suspeita de traumatismo craniano e ela era gestante. (SC, 048)

Ela estava queimada e disse que estava tentando se matar, que não aguentava mais viver. Depois de um tempo, ela decidiu dizer que era ele de novo e nós entramos em contato com a delegacia, porque ela quis denunciar. (SC, 012).

Pode-se considerar que quando as situações de violência não são identificadas no âmbito da atenção básica, é no contexto dos serviços de emergência, como os hospitais, que as mulheres buscam o atendimento, em função da maior gravidade⁽¹⁸⁾. É comum entre mulheres vitimadas o desejo de perder a vida, por meio do suicídio⁽²⁰⁾, e o uso frequente de medicamentos⁽⁴⁾ como forma de anestesiarem a dor e o sofrimento advindos dos conflitos conjugais. Portanto, compreender as consequências da violência doméstica vai além da dimensão conceitual, atitudinal e imagética. Na prática, significa não se limitar aos achados da investigação clínica, incorporando no atendimento práticas profissionais holísticas e humanizadoras.

“Covardia” e “abuso” demonstram a atitude negativa das enfermeiras sobre o objeto estudado e sobre as ações do agressor, que expressa a prepotência contra a fragilidade feminina.

Vem à cabeça uma figura de um homem covarde, uma mulher oprimida, uma mulher com medo, com autoestima baixa; e o homem usa da força física para constranger e humilhar muito ela. (HU; 035)

Assim, evidencia-se que esses significados se ancoram no imaginário social que pressupõe certa inferioridade feminina devido ao corpo mais frágil^(16,19). À primeira vista, e tomando o pensamento comum, entende-se que questões de gênero apresentam-se como pano de fundo na interpretação desse fenômeno. Condições histórico-culturais contribuíram e ainda contribuem para a legitimação da subalternidade da mulher e superioridade ao homem, que por meio de relações hierárquicas exerce o poder sobre a esposa e os filhos⁽¹⁾.

Por fim, o termo “inaceitável” também remete a uma atitude positiva em relação fenômeno. Na perspectiva das representações sociais, as atitudes configuram-se como posições favoráveis ou não a determinado objeto. Consequentemente, as opiniões, enquanto atitudes, adquirem uma característica predicativa antecedendo à ação, guiando o comportamento na rede de relações na qual se insere o objeto⁽¹⁴⁾. Sendo assim, infere-se que o repúdio ao objeto contribua para uma assistência acolhedora com foco no empoderamento da mulher.

Eu acho completamente inaceitável. Eu vejo que esses problemas têm muito a ver com a criação das pessoas, com pai e mãe, presente ou não; com os modelos de papéis que foram ensinados a eles [agressores] desde pequenos; com a personalidade que foi construída em relação a isso. Depende de muita coisa do que eles já viveram, mas com certeza teve deficiência em vários pontos para eles serem assim. (HF; 012)

Embora as enfermeiras julguem as ações do agressor, elas reconhecem a influência do meio social na catálise da violência. De acordo com os discursos, o principal desencadeador da violência é fruto da socialização masculina, o que mostra a influência das questões macrosociais no âmbito individual. Conhecer os fatores catalisadores da violência permite repensar intervenções à mulher vitimada e à família, bem como ao homem agressor, além de problematizar as relações equitativas, o processo de socialização masculina e feminina, e evitar o julgamento dos atores da violência, no âmbito profissional.

Elementos periféricos

Os elementos periféricos, localizados nos quadrantes superior e inferior direito, são flexíveis e mutáveis, pois estão mais associados ao contexto imediato no qual os sujeitos estão inseridos⁽¹¹⁾.

No quadrante superior esquerdo, primeira periferia, a palavra “medo” foi relatada 28 vezes. O medo é um termo amplo que expressa um misto de sentimentos tanto da vítima quanto do profissional da saúde frente ao agressor^(4,18). Além disso, evidencia-se, neste estudo, que essa esfera afetiva está atrelada ao despreparo dos profissionais para agir, ao receio de críticas dos colegas de trabalho, e também às sensações da vítima durante o atendimento.

Elas têm medo deles, têm medo da reação, têm medo das críticas que vão receber. Não é só do agressor; elas têm medo de nós, profissionais de saúde, do que nós vamos

falar em relação a isso; do que nós vamos fazer; que tipo de proteção realizar ou não. (HF; 012)

[...] Talvez melhorasse se tivéssemos mais conhecimento, nos sentíssemos até mais amparados para tomar atitudes. Provavelmente dê um pouco de medo, no momento que tu está vivenciando, que tu estás vendo a situação que vais te meter. Medo de represália, medo de teus próprios colegas dizerem: o que tu foi te meter, o que tu foi falar. Ou o próprio agressor dizer: O que tu queres saber? Por que tu vieste te meter? porque tu não és nada. (HU; 034)

Em relação às vítimas, o medo está atrelado às consequência da VDCM, o que lhes impede de denunciar o agressor⁽²⁰⁾. Além disso, evidencia-se, na fala da própria profissional, que as mulheres têm medo de serem culpabilizadas, o que revela a importância do acolhimento nos serviços de saúde, da escuta ativa, e da necessidade de se repensar o modelo tradicional de atendimento.

Quanto aos profissionais, observa-se que o medo não se restringe apenas à dominação masculina. Diante dos achados, corrobora-se que o objeto em estudo integra o cotidiano das entrevistadas, gera discussões, preocupações acerca do atendimento à mulher e, principalmente, sobre a possibilidade de serem criticados pelos colegas perante suas condutas nas situações de violência. Vasta é a literatura nacional e internacional que aborda a falta de capacitação dos profissionais da saúde^(5,19) que se traduz, muitas vezes, em impotência.

Nesse sentido, a assistência à mulher vítima de violência doméstica é algo que ultrapassa as habilidades técnico-científicas dos profissionais da saúde. As evidências deixam clara a necessidade de investimento na formação profissional, por parte dos gestores das instituições de saúde. O medo do agressor é algo que extrapola o âmbito de trabalho, todavia o receio acerca das ações dos colegas é algo que não pode desencadear a inércia dos co-responsáveis pela saúde das mulheres em situação de violência. Por isso, é preciso superar o modelo assistencial pautado na doença e investir numa assistência voltada aos problemas sociais; permeado por relações humanizadoras tanto entre os profissionais da equipe quanto entre profissionais e clientes.

A equipe de enfermagem, por permanecer tempo integral ao lado dos clientes, pode mais facilmente identificar situações de violência contribuindo, principalmente, para a quebra do silêncio da vítima por meio de orientação sobre os serviços de apoio e do empoderamento da mulher e da família. O sigilo e a escuta fortalecem o vínculo, facilitam a comunicação, refletindo positivamente no cuidado. Em relação aos aspectos legais destaca-se a obrigatoriedade

da notificação compulsória, seja dos casos suspeitos, seja confirmados, fundamental para dar visibilidade ao fenômeno. Para o preenchimento dessa ficha não é necessário a anuência da mulher.

Na segunda periferia, quadrante inferior direito, estão os termos “submissão” e “família” apresentando baixa frequência e evocação nos últimos lugares. Nesse quadrante estão os elementos mais mutáveis que fazem a interface com a realidade⁽¹¹⁾. Essa compreensão está diretamente ligada às questões de gênero, aos papéis e comportamentos legitimados aos homens e mulheres na sociedade. A submissão configura o pólo inverso da dominação-exploração, podendo ser entendida como causa ou consequência das agressões.

Identifico que não tem muita informação e não enxerga uma saída para isso. Pode até ter ou existir saída, mas talvez ela não enxergue e não tenha quem ajude a enxergar. Também de alguma maneira deve achar que está merecendo, por que algumas acham que merecem [ser agré-didas] (HU; 027)

Claro que a cultura leva a isso, a submissão da mulher, o machismo que é enraizado nos homens, nas crianças, isso é cultural, é da nossa sociedade. (HU; 032)

A “submissão” enunciada por esse grupo, mantém a imagem da mulher como sujeita ao homem, fruto das questões culturais. Essa passividade permanece como um modelo social de comportamento da mulher em relação ao homem, podendo estar atrelada não só a própria dependência financeira e emocional, mas à manutenção do núcleo familiar ou mesmo à esperança de que o parceiro mude^(3-4,16).

Mulheres vitimadas pelos parceiros podem conceber a violência como uma enfermidade crônica, atrelada ao longo tempo em que vivenciam a situação. Assim, passam a naturalizar o fenômeno, encarando-o como algo punitivo, a ponto de se culparem pela prática violenta, buscando repostas onde não há perguntas; pois entendem que são boas mães, lavam, passam e cozinham.³ Sabe-se que o medo, a vergonha e o silêncio contribuem para a permanência da mulher no lar favorecendo a ocorrência de eventos cíclicos de violência.

O termo “família”, revela um sentido tanto negativo quando positivo. Negativo porque a VDCM atinge todos os membros, ocasionando uma fragilidade no núcleo familiar ou contribuindo para a violência intergeracional; e positivo, pois é na família que se pode encontrar o amparo para romper o ciclo da violência.

Me vem à cabeça o sofrimento, tanto da família, dos parentes desta vítima; por que abala tudo, a família; as crianças que estão vendo. Imagina como que ela fica, por isso que muitas mulheres têm depressão, se sentem lá em baixo, baixa autoestima, acho que é devido a isso. (HF; 020)

Se tu tens só esse apoio, já basta; tu mudas tua vida, mas às vezes elas não têm. É uma das coisas que elas diziam: não tenho para onde ir, não tem a minha família, ninguém da minha família me quer. (HF; 017)

Nas entrevistas, as enfermeiras reconhecem que a violência não se restringe à vítima, tendo reflexo nos filhos e outros parentes. A partir disso, é preciso que os serviços de saúde propiciem um modelo de atendimento linear como arcabouço de proteção e promoção à saúde da mulher, dos filhos e da família, por meio da assistência interdisciplinar e intersetorial⁽⁹⁾. De outro lado, referem a importância da rede de apoio primária, que é composta pela família, amigos, vizinhos.

Os principais motivos que mantêm a mulher na situação de submissão e violência são a falta de apoio familiar e o desconhecimento dos serviços aos quais podem recorrer para assegurar seus direitos. Por outro lado, o amparo prestado pelas pessoas próximas é um dos principais suportes no enfrentamento da violência, pois geralmente é para a mãe, tias e amigas que elas revelam a situação de violência, acreditando que a busca por um serviço não resolverá seu problema⁽¹⁰⁾, somente aumentará sua exposição ou o risco de ser agredida novamente.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Arraigada à memória coletiva, no núcleo central a agressão física também carrega significados da prática profissional, visto ser a forma mais comum de reconhecimento das enfermeiras de uma mulher vitimada. Diante dessa visão, a assistência pode assumir um caráter clínico, priorizando o tratamento de lesões, sem contemplar a subjetividade das mulheres. No entanto, as percepções sobre o objeto ganham expressão e visibilidade perante uma concepção mais ampliada acerca do fenômeno, aludida pelos termos desrespeito, humilhação, e ainda pela possibilidade de uma representação diferenciada, na zona de contraste, consubstanciada no termo agressão verbal.

Para tanto, é preciso enfrentar o medo, sentimento presente tanto entre as vítimas quanto no cotidiano assistencial das enfermeiras. Esse resultado traz à tona a urgência dos serviços de saúde em qualificar os profissionais com o intuito de fornecer ferramentas que impeçam a inércia

frente ao desconhecido e ao receio de críticas pelos colegas. A concepção sobre os atores da violência ancora-se nas relações sociais baseadas nas desigualdades entre os sexos e na submissão versus dominação.

Acredita-se que a articulação entre a rede de apoio primária, exemplificada pela família, e os serviços de atendimento à mulher vitimada possibilite o cuidado emancipatório, bem como o amparo às profissionais de saúde. Estudo como este não encerram a necessidade de investigação sobre o fenômeno, mas permitem levantar questionamentos acerca da dinâmica organizacional dos serviços de saúde e da responsabilização dos gestores em incentivar a capacitação dos profissionais no âmbito hospitalar.

É preciso que a enfermagem, co-responsável pela saúde das mulheres vitimadas, assuma um modelo de cuidado que não se restrinja aos achados clínicos, privilegiando o estabelecimento de relações interpessoais com a equipe, bem como a dimensão biopsicossocial, a individualidade e subjetividade da mulher. Encarar o fenômeno como um problema que afeta o processo de saúde-doença é fundamental para dar visibilidade às práticas de cuidado humanizadas, e não somente curativas, no âmbito hospitalar.

Como limitação do estudo destaca-se a impossibilidade de comparação da representação entre os gêneros, considerando que a maioria foram mulheres. Com base nisso, instiga-se a elaboração de pesquisas que permitam refletir sobre as representações de ambos sexos e a influência no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica.

REFERÊNCIAS

1. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Perseu Abramo; 2011.
2. World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2013-2017 [cited 2015 Jun 14]. Violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions' [about 8 screens]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/
3. Fonseca DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Soc.* 2012;24(2):307-14.
4. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *J Fam Med.* 2013 [cited 2015 Jun 16];2013:313909. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/313909/>
5. García-Moreno C, Hegarty K, Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet.* 2015 Apr [cited Jun 16];385(9977):1567-79. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf).
6. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. *Interface (Botucatu).* 2014;18(48):47-59.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: atualização: homicídio de mulheres no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: FLACSO; 2012 [citado 2015 jun 14]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf.
8. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Women interned due to aggression at an emergency hospital: (in)visibility of violence. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010 Jun;31(2):328-34.
9. 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;30(10):2057-67.
10. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm.* 2010 jul-set;19(3):417-24.
11. 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.
12. 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: UFPB Ed. Universitária; 2005. p. 573-603.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
15. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltos D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(3):681-90.
16. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violence against women in the perspective of community health agents. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):180-6.
17. Costa MC, Lopes JM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):213-21.
18. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2013 jul-set;22(3):789-96.
19. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(6):1-10.
20. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enferm.* 2014 jan-mar;23(1):118-25.

Autor correspondente:

Daniele Ferreira Acosta

Email: nieleacosta@gmail.com

Recebido: 03.01.2016

Aprovado: 19.05.2017