

Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde¹

Vera Lúcia de Oliveira Gomes²
Camila Daiane Silva³
Denize Cristina de Oliveira⁴
Daniele Ferreira Acosta⁵
Cristiane Lopes Amarijo⁶

Objetivo: analisar as representações acerca da violência doméstica contra mulher, entre profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família. Método: estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Coletaram-se os dados por evocações e entrevistas, tratando-os pelo software Ensemble de Programmes Pemettant L'Analyse des Evocations - EVOCE e análise de conteúdo. Resultados: participaram enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Responderam às evocações 201 profissionais e, destes, 64 foram entrevistados. O núcleo central desta representação, formado pelos termos "agressão", "agressão-física", "covardia" e "falta de respeito", tem conotação negativa e foram citados pelos entrevistados. Na zona de contraste, formada pelos termos "abuso", "abuso-poder", "dor", "humilhação", "impunidade", "sofrimento", "tristeza" e "violência", identificaram-se dois subgrupos. A primeira periferia contém os termos "medo", evocado com maior frequência, seguido por "revolta", "baixa autoestima" e "submissão", e na segunda periferia "aceitação" e "apoio profissional". Conclusão: trata-se de uma representação estruturada, pois contém elementos conceituais, imagéticos e atitudinais. Os subgrupos foram formados por profissionais que atuavam na zona rural e que concluíram o curso de formação profissional em 2004, ou após; estes possuíam representação da violência, que difere da representação do grupo geral, embora todos tivessem uma conotação negativa deste fenômeno.

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

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 032/2012.

² PhD, Professor Titular, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

³ Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Doutoranda, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Brasil.

⁶ Mestranda, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Correspondência:

Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem
Rua Visconde de Paranaguá, 102, 3º andar
Centro
CEP: 96203-900, Rio Grande, RS, Brasil
E-mail: vlogomes@terra.com.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Problema universal, independentemente da cultura, grau de instrução, religião, situação financeira dos envolvidos e nível de desenvolvimento do país, a violência contra a mulher vem sendo apontada como um grave problema de saúde pública⁽¹⁻³⁾. Pesquisas realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento apontam suas proporções epidêmicas e o impacto que desencadeia na qualidade de vida das vítimas, famílias e sociedade⁽³⁻⁵⁾.

A Organização Mundial da Saúde revela que a violência perpetrada pelo parceiro íntimo é a mais frequente, atingindo cerca de 30% das mulheres⁽⁴⁾. No panorama mundial da violência, delineado entre 2006 e 2010, El Salvador estava em primeiro lugar, com 10,3 femicídios, e o Brasil em sétimo, com 4,4 em 100 mil mulheres⁽⁵⁾. As notificações compulsórias realizadas no Brasil, entre janeiro de 2000 e novembro de 2010, revelam que 43,5 mil mulheres foram assassinadas. Destes casos, 68,8% ocorreram dentro de casa e o parceiro íntimo foi o responsável por 65% das mortes de mulheres com idade entre 20 e 49 anos. Além disso, a cada dia, 38.020 mulheres são agredidas no Brasil e, destas, 71% moram com o agressor e 66,5% não dependem financeiramente dele⁽⁶⁾.

Os serviços de saúde, muitas vezes, constituem o primeiro local de auxílio às vítimas, sendo importantes para detecção do problema⁽⁷⁻⁸⁾. No entanto, na prática, muitas são as crenças, mitos e representações que dificultam ou impedem o reconhecimento e a abordagem da violência doméstica com as usuárias, pois muitas delas a omitem, por medo ou vergonha⁽⁹⁾. Para romper com o silêncio, acredita-se que as equipes da "Estratégia de Saúde da Família, pela ampla cobertura e vínculo"⁽⁷⁾, estabelecido com as famílias, possam ser eficientes aliadas. Tais equipes atuam tanto na Unidade de Saúde da Família (USF), quanto domiciliar, onde conhecem a intimidade dos lares, facilitando o reconhecimento e a tomada de providências nos casos de Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM)⁽⁷⁾.

Sabendo-se que, a representação social de indivíduos ou grupos reconstitui-se a realidade com a qual se confrontam e para a qual atribuem um significado específico⁽⁹⁾, optou-se por investigar as representações da violência doméstica contra a mulher para os profissionais que integram as equipes de saúde das Unidades de Saúde da Família do Município de Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, tendo-se como objetivo geral analisar tais representações sociais.

Método

Estudo qualitativo, descritivo, fundamentado na teoria das representações sociais, realizado com profissionais de saúde de 19 USFs, sendo 12 na zona urbana e sete na zona rural, do Município de Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Salienta-se que, a equipe de uma UBS da zona urbana rejeitou o convite, alegando falta de tempo. Nas 20 USFs do município atuavam, entre julho e novembro de 2013, durante a coleta dos dados, 29 enfermeiros, 40 técnicos de enfermagem, 24 médicos e 178 ACS, totalizando 271 potenciais integrantes da pesquisa.

A coleta foi efetuada por meio das técnicas de evocações livres e entrevistas. Para as evocações, adotou-se como critério de inclusão: todos os profissionais que concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento. Como critérios de exclusão: profissionais que estivessem em licença saúde, férias ou rejeitassem o convite. Desta forma, participaram das evocações 201 profissionais. Solicitou-se aos informantes que evocassem cinco palavras ou expressões frente ao termo indutor "violência doméstica contra a mulher". A escolha das evocações fundamenta-se na possibilidade de apreender a percepção da realidade, a partir de uma composição semântica preexistente, a qual é concreta, imagética e organiza-se ao redor de alguns elementos simbólicos simples⁽⁹⁾.

Em relação à coleta de dados, por meio de entrevistas, há entre os teóricos das representações sociais o consenso de que 30 é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo⁽¹⁰⁾. No entanto, pela grande distância entre as USFs, bem como pela possível influência das zonas rural e urbana nas representações dos informantes, optou-se pela elaboração do mapa da distribuição das unidades. Foram identificadas cinco áreas com 12 unidades da zona urbana e seis áreas com sete unidades rurais. Acreditando-se que, a proximidade proporcione maior interação entre os usuários e grupos, resultando em representações sociais semelhantes, optou-se por sortear, para a realização das entrevistas, uma USF de cada área delineada. Entre as escolhidas, convidou-se para participação deste estudo, de modo não probabilístico e por conveniência, no mínimo, um médico, uma enfermeira, um TE e dois ACS, resultando em 64 informantes.

Para as entrevistas foi elaborado pela pesquisadora um roteiro com questões abertas, testado em uma das unidades não selecionadas, para esta etapa metodológica. As entrevistas foram realizadas por uma

mestranda, na própria unidade, em sala distante das áreas de circulação e com duração média de 40 minutos.

Para análise dos dados, as evocações foram submetidas ao *software* Ensemble de Programmes Pemettant L'Analyse des Evocations, EVOC 2005. O produto resultante desta submissão é o quadro de quatro casas, tendo como base a frequência e ordem de evocação das palavras. Destaca-se que, cada quadrante contém uma informação essencial à análise da representação estudada. O referido quadro é formado pelo núcleo central, situado no quadrante superior esquerdo e constitui o elemento mais estável de uma representação, formado pelas palavras evocadas com maior frequência e prontamente⁽¹¹⁾. Nos quadrantes superior e inferior direito encontram-se os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente. No quadrante inferior esquerdo constam os elementos de contraste⁽¹¹⁾.

Utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹²⁾, para o tratamento das entrevistas. Segundo esta autora, uma "unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para compreender a significação exata da unidade de registro"⁽¹²⁾. Assim, selecionaram-se algumas frases que continham as palavras que compõem o quadro de quatro casas, retratando-se o contexto em que foram empregadas pelos entrevistados. Tais frases foram identificadas pelas letras M, E, TE e ACS, que correspondem às iniciais da categoria profissional dos informantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer 020/2013.

Resultados

Dos 201 profissionais que participaram das evocações, 26 eram enfermeiros, 21 médicos, 39 TEs e 115 ACS. Nas entrevistas, participaram 64 profissionais, sendo 13 enfermeiros, 12 médicos, 12 TEs e 27 ACS. Nas USFs da zona urbana trabalhavam 146 profissionais e 55 na zona rural. O tempo médio de trabalho foi de cinco anos e seis meses; o funcionário mais antigo tinha 17 anos de serviço e o contratado mais recentemente tinha menos de um ano. Em relação ao tempo de conclusão do curso de formação profissional, 112 o fizeram antes de 2004 e, 89, em 2004, ou após este ano. Quanto ao estado marital, 58 não tinham companheiro fixo, 135

residiam com companheiro e oito tinham companheiro, mas não moravam juntos. Participaram de algum evento promovido na USF, referente à violência contra a mulher, 147 dos informantes.

Os entrevistados evocaram 1002 palavras, sendo 252 diferentes. O quadro de quatro casas é formado pela distribuição das palavras evocadas, considerando os critérios de maiores frequências e ordens médias de evocação (OME)⁽¹¹⁾. Neste estudo, adotou-se frequência mínima de 12, frequência média de 24 e OME 3 (Figura 1).

Sabendo-se que, conceito, imagem e atitude são dimensões formadoras de uma representação social⁽¹³⁾, optou-se por analisar a presença de tais atributos no núcleo central desta representação. Cabe enfatizar que, no núcleo central situam-se as palavras mais significativas para os informantes. Nele, figura-se a parte mais consensual e estável da representação, conseqüentemente menos sensível a mudanças, em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos⁽¹¹⁾.

Neste quadrante, as palavras "agressão" e "agressão física" expressam o conceito que os informantes tinham sobre a VDCM. Além disso, o termo "agressão física" associa-se à imagem do ato violento ou às marcas deixadas no corpo da vítima. O julgamento que os profissionais faziam das ações do agressor foi verbalizado com os termos "covardia", o mais prontamente evocado, e "falta de respeito". Assim, trata-se de uma representação estruturada, cujo núcleo central contém conceito, imagem e julgamento ou atitude dos informantes. Trata-se de uma representação com conotação negativa, que contém tanto aspectos referentes à prática do ato violento, quanto ao agressor. Procurando contextualizar tais termos, apresentam-se trechos das entrevistas, em que foram empregados.

Pra mim a agressão mais grave foi ele ter induzido ela a usar droga. Depois ele agrediu ela fisicamente, verbalmente, e deixou ela sozinha. Ele pegou o ônibus e foi embora, sendo que os dois não eram daqui. Ele foi embora e ela ficou sozinha e sem dinheiro, sem os pertences. Ele era o companheiro. Já vivam juntos. (TE)

A VDCM é uma covardia contra os direitos da mulher como pessoa, visto que elas, geralmente, têm uma capacidade de reação inferior a do homem. Ele tem mais vigor físico, mais força, ela é mais frágil. É um ato de covardia imperdoável. (M)

Covardia do homem, ignorância da parte da mulher e falta de estrutura da comunidade para proteger mulheres. (E)

No quadrante inferior esquerdo situa-se a zona de contraste, formada por palavras muito prontamente evocadas, porém, com baixa frequência⁽¹¹⁾. Neste

estudo, tais palavras mantêm a conotação negativa da representação da VDCM e contêm elementos carregados de sentimentos e julgamento. Os elementos de contraste desta representação qualificam os atos violentos praticados pelo agressor, identificando-os como abuso e abuso de poder. Por outro lado, referem-se tanto aos sentimentos desencadeados nas vítimas, quanto nos profissionais.

Eu acho que violência é abuso, é agressão, é desamor, pela parte da mulher é falta de autoestima, é isso aí. (TE)

Pra mim é muita humilhação. A mulher passa por muita humilhação, muita submissão, às vezes ela é, depende muito do marido, então é uma coisa horrível tu ter que depender e ao mesmo tempo apanhar daquela pessoa, é bem complicado. (ACS)

Minha reação é de tristeza. Por eles não terem o equilíbrio de conversar, manter a calma na hora que as coisas ruins estão acontecendo, brigaram daquele jeito. Eu achei muito chato, muito triste. (TE)

Destaca-se que, na zona de contraste podem constar elementos que evidenciam variações da representação em função de subgrupos, sem alterar os elementos centrais e a própria representação⁽¹¹⁾. Assim, cabe enfatizar que, os termos “impunidade” e “tristeza”, presentes na zona de contraste do quadro geral, integram o núcleo central do quadro de quatro casas dos profissionais que atuavam na zona rural, demonstrando que este subgrupo possuía uma representação diferenciada dos demais. Tal constatação permite inferir que estes profissionais vislumbravam a necessidade de medidas punitivas mais eficazes, além de expressarem, com o termo “tristeza”, a dimensão afetiva que permeia esta representação.

Quando eu falo de impunidade e abandono, é isso que ela comunicou. Está amparada na Lei Maria da Penha, foi abrigada nessa casa de passagem e continua sendo vítima. Ela veio pedir socorro, foi matriciada pelo NASF, e nós totalmente impotentes frente à realidade, porque esse homem está solto, continua oferecendo perigo. Ela já foi a vários órgãos onde disseram que o melhor a fazer é ir embora da cidade. Ele é um usuário de drogas, apenado, agrediu-a fisicamente e verbalmente. Ela teve que sair desse bairro, praticamente deu a casa e se refugiou aqui. Ele veio atrás e simplesmente invadiu a casa. É o relato de uma mulher dizendo que vai chegar um momento que vai matar ele ou ser morta por ele. Isso nos deixa muito angustiadas e tristes, porque ela já percorreu toda a instância legal, notificou, têm vários boletins de ocorrência, e ele é um marginal. Ela tem medo. A família apoia, mas é uma família de mulheres, que têm medo, porque ele é um marginal. (M)

Analisando-se, ainda, a representação da VDCM, segundo o tempo de formação, percebe-se que no núcleo central da representação dos profissionais formados no ano de 2004, ou após, figura-se o termo “abuso”. Este termo, que integra a zona de contraste do quadro geral, evidencia a existência de uma diferenciação⁽¹¹⁾ entre a representação deste grupo e a da totalidade dos informantes.

Na primeira periferia da representação, situam-se as palavras que tiveram alta frequência e posição média na ordem de evocação, não permitindo que integrassem o núcleo central⁽¹¹⁾. Neste estudo, tal periferia é formada pelos termos “medo”, evocado com maior frequência, seguido por “revolta”, “baixa autoestima” e “submissão”.

O maior medo delas é denunciar e continuar dentro de casa com a pessoa, então só denunciar não adianta, tem que tirar ela desse local para facilitar essa função. (M)

OME*	< 3			≥ 3			
	Frequência Média	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME*
≥ 24		Agressão	43	1,907	Baixa autoestima	26	3,423
		Agressão física	26	2,269	Medo	43	3,186
		Covardia	34	1,794	Revolta	26	3,038
		Falta de respeito	36	2,500	Submissão	25	3,280
< 24		Abuso	22	2,227	Aceitação	12	3,667
		Abuso de poder	20	2,800	Apoio profissional	15	3,933
		Dor	15	2,333			
		Humilhação	16	2,938			
		Impunidade	19	2,895			
		Sofrimento	16	2,688			
		Tristeza	21	2,762			
		Violência	13	2,692			

*Ordens Médias de Evocação

Figura 1 - Quadro de quatro casas da representação social acerca da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde das USFs do Município de Rio Grande, RS, Brasil, 2013

Tu fica com medo de te meter, de orientar, porque a gente sabe que acontece uma vez... aí passa! O casal briga e no dia seguinte volta ao normal. Aí, numa conversa eles dizem: Ah! Se eu fosse atrás do que me dizem, eu tinha te denunciado.. Quando tu vê, tá te incomodando porque tu te mete. É errado, mas muita coisa a gente oculta, escuta e guarda, pois a gente também tem medo de se expor. (TE)

A primeira coisa que elas te dizem: Tu não fala pra ninguém, pelo amor de Deus! Vou contar para ti, mas, se tu contar para alguém, eu vou dizer que é mentira tua. É lógico, que eu não vou sair dali falando. Até nem posso. É bem complicado. É uma coisa que não tem, não tem o que fazer. Tu ficas torcendo, mas chega na casa e ela tá com o olho roxo. Tu não vai poder fazer muita coisa. É muito, muito revoltante, não poder fazer nada. É bem complicado. (ACS)

Sinto revolta, porque eu acho muito injusto uma mulher sofrer violência de qualquer forma. Até mesmo aquela mulher que trabalha o mês inteiro e o marido é quem dita como vai gastar o dinheiro. Já vi até colegas que recebiam e tinham que deixar o dinheiro na mão do marido. Ele que sabia o que tinha e o que não tinha que pagar, no que tinha e no que não tinha que gastar. Eu acho isso horrível porque a mulher é um ser humano assim como o homem, tem direitos e vontades iguais. (ACS)

No quadrante inferior direito localizam-se os termos com baixa frequência e ordem de evocação, formando a segunda periferia, que constitui a interface mais próxima da representação com as práticas sociais⁽¹¹⁾. Os termos "aceitação" e "apoio profissional", que a compõem, não foram citados literalmente pelos depoentes, porém o contexto expressa seu significado.

Primeiro acolhemos e deixamos a mulher desabafar, falar o que ela está sentindo, para depois tentar fazer o exame clínico e procurar as redes de apoio que temos para ajudar essa mulher. Tentamos seguir mais ou menos o ponto de vista tanto ético do profissional, quanto aquilo que temos por lei. Quando está acolhendo, ouvindo, tentar não se posicionar, não ser crítico e também não dar um direcionamento para vida daquela pessoa que está te pedido ajuda. (E)

Discussão

O núcleo central de uma representação social constitui-se o elemento mais estável e de consenso⁽¹¹⁾. A presença concomitante dos termos "agressão" e "agressão física" no núcleo central pode expressar que os entrevistados, além da violência física, incluíam em suas representações as outras modalidades de violência descritas na Lei Maria da Penha, ou seja, a psicológica, patrimonial, sexual e moral⁽¹⁴⁾. Dentro destas formas de violência, um estudo identificou a ocorrência de

ameaças, humilhação, intimidação, insulto, chutes, arremesso de objetos, empurrões, sexo forçado com o parceiro, entre outras⁽¹⁵⁾.

O termo "medo", que consta na primeira periferia, comporta duas interpretações. Pode referir-se ao sentimento da vítima frente ao agressor, assim como aos dos próprios profissionais que temem em se envolver, ou envolver a família com clientes violentos. O temor de retaliação é expresso em um estudo que aborda a subnotificação da VDCM, destacando que, dar visibilidade a este crime pode acarretar em consequências danosas tanto para usuárias, quanto para profissionais⁽¹⁶⁾. A impotência e o temor dos profissionais de saúde frente à VDCM também vêm sendo publicados por outros pesquisadores^(8,17). Tal situação pode gerar sentimentos de revolta, baixa autoestima e submissão, em ambos.

Ao contrário do medo, que é um sentimento negativo e, muitas vezes, imobilizador, a revolta constitui-se em um sentimento positivo, podendo ser precursora do enfrentamento, ou seja, de uma tomada de posição, que possibilite minimizar ou resolver o problema. A partir dos anos de 1980, desencadeou-se um movimento de revolta, levando mulheres a se rebelarem contra a impunidade de crimes praticados, sob alegação de legítima defesa da honra. Elas reivindicavam por políticas públicas de segurança e justiça. Este movimento desencadeou a promulgação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha⁽¹⁴⁾, que aumentou o rigor das punições e possibilitou a criação do programa de reeducação e recuperação de agressores, assim como, dos serviços de proteção às vítimas⁽¹⁴⁾.

Negativos também, por levarem à inatividade, figuram os termos "submissão" e "baixa autoestima". Neste sentido, a biofarmacêutica Maria da Penha, ao comemorar seis anos da lei, que leva seu nome, referiu que é mais fácil as mulheres reagirem nas primeiras tentativas de agressão. Após serem submetidas a um longo período de constrangimento, deixam de denunciar, pois a "autoestima delas desaparece", e esta passividade pode levar à naturalização da violência doméstica⁽⁶⁾. Um estudo de base fenomenológica complementa, apontando a necessidade de superação das atitudes naturais, com questionamento sobre "conhecimentos sociais herdados e reproduzidos que levam a relações tão desiguais entre homens e mulheres, e que culminam em atos violentos"⁽²⁾, os quais muitas vezes são precursores da reprodução intergeracional da violência.

Os termos "aceitação" e "apoio profissional" demonstram a interface da representação da VDCM com a prática social dos entrevistados⁽⁷⁾. Frente à

complexidade do problema, referiram buscar apoio na equipe multiprofissional do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), na tentativa de obter maior resolutividade. Por outro lado, um estudo realizado em São Paulo descreve as limitações do NASF, por vincular-se a várias USFs, não conseguindo atender à demanda⁽⁷⁾. Além disso, outra pesquisa denuncia a desarticulação entre os serviços, alertando que esse problema precisa ser superado, pois há uma gama de serviços funcionando isoladamente. A articulação, quando ocorre, “é feita mediante iniciativas pontuais e pessoais, não estando estabelecida uma rede articulada e referenciada para a atenção a esses casos”⁽⁶⁾. Ainda, um estudo realizado com enfermeiros e médicos identificou que estes elencaram como facilitadores para o atendimento a vítimas o acesso aos colegas para consulta, participação em uma equipe multidisciplinar e apoio de outros serviços, como assistência social⁽¹⁸⁾.

A zona de contraste contém termos que podem tanto reforçar a primeira periferia, quanto expressar um pensamento diverso dentro do grupo ou, ainda, um subgrupo com representação diferenciada⁽¹¹⁾. Neste estudo, os subgrupos formados por profissionais que atuavam na zona rural e os que concluíram o curso de formação profissional no ano de 2004, ou após, têm a representação da VDCM diferenciada em relação à totalidade do grupo. Neste estudo, a zona de contraste mantém a conotação negativa e contém elementos carregados de sentimentos e julgamentos.

Os elementos de contraste desta representação reforçam o núcleo central, julgando os atos do agressor e qualificando-os como abuso e abuso de poder. Por outro lado, também referem-se aos sentimentos que a violência desencadeia nas vítimas, como tristeza, humilhação, sofrimento e dor, os quais estão em consonância com a primeira periferia. O termo “impunidade”, contido na zona de contraste, pode expressar a omissão dos informantes, do ponto de vista jurídico; neste sentido, salienta-se que, a crença na impunidade pode ser incentivadora da perpetuação da violência, por desestimular o enfrentamento⁽²⁾.

Assim, como estratégias de enfrentamento da VDCM, estudos recentes apontam como imprescindível o preparo dos profissionais para detecção de casos, assim como, a necessidade de equipes multiprofissionais articuladas e com atuação em rede, pois iniciativas isoladas são ineficientes⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Apontam ainda, a subnotificação como um entrave para avaliação da magnitude do problema e delineamento de estratégias que conduzam à resolutividade^(8,16).

Conclusão

A análise das representações sociais sobre a VDCM, entre os profissionais de saúde que atuavam nas USFs do Município de Rio Grande, evidenciou tratar-se de uma representação com conotação negativa e estruturada, pois contém elementos conceituais, imagéticos e atitudinais.

Outro aspecto relevante identificado foi a presença dos subgrupos formados por profissionais que atuavam na zona rural e que concluíram a formação profissional em 2004, ou após, com uma representação da VDCM que difere da representação do grupo geral, embora mantivessem uma conotação negativa acerca do fenômeno.

Com base nas representações apreendidas, realizou-se uma mesa-redonda, com autoridades no assunto, a fim de debater, juntamente com os profissionais das USFs e acadêmicos de enfermagem, aspectos referentes à notificação compulsória, código de ética profissional e Lei Maria da Penha, as implicações jurídicas, éticas e legais do atendimento às vítimas e os encaminhamentos possíveis e necessários. Estratégias como esta auxiliam na detecção, combate e prevenção da VDCM, devendo ser reproduzidas em reuniões das equipes de saúde da família, ambiente hospitalar e entre acadêmicos das áreas da saúde.

Referências

1. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. [Socio-demographic profile for women who faces the violence and get the support at specialized police stations]. Esc Anna Nery. 2012;16(3):435-42.
2. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. [Intentionalities of women who decide to denounce situations of violence]. Acta Paul Enferm. 2012;25(3):423-9.
3. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. [Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead]. The Lancet. 2011;377(9781):1962-75.
4. World Health Organization. Report highlights violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions'. WHO [Internet]. 2013. [acesso 14 out 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html
5. Waiselfisz JJ. [Map of Violence 2012. The new patterns of homicidal violence in Brazil]. São Paulo. Instituto Sangari; 2011.

6. Secretaria de Política para as Mulheres (BR). Balanço da central de atendimento à Mulher. [Internet]. [acesso 11 mar 2014]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2010/10/balanço-da-centra-de-atendimento-a-mulher.
7. Gomes NP, Erdmann AL. [Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1):76-84.
8. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. [The evaluative limits and possibilities in the Family health strategy for gender-based violence]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):304-11.
9. Silva LA, Gomes AMT, Oliveira DC, Souza MGG. [Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients]. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):124-31.
10. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. [Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS]. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):408-16. Portuguese.
11. Oliveira DC, Gomes AMT, Acioli S, Sá CP. [The Brazilian health care system in the mental cartography of health professionals]. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):377-86.
12. Caregnato RCA, Mutti R. [Qualitative research: discourse analysis versus content analysis]. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):679-84. Portuguese.
13. Paschoal EP, Espírito Santo CC, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. [Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS]. *Esc Anna Nery*. 2014;18(1):32-40. Portuguese.
14. Brasil. [Law n. 11,340 of August 7, 2006. Maria da Penha Law]. Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações [Internet]. 2007 [acesso 2 set 2011]. Disponível em: <http://www.cepal.org/oig/doc/Bra2006Leimariadapenha.pdf>. Portuguese.
15. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. *BMC Public Health*. [Internet]. 2011;11:913 [acesso 25 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252295/>
16. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. [Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15. Portuguese.
17. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada HDJ. [Comprehensive health (care) services to women in gender violence situation: an alternative to primary health care]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50. Portuguese.
18. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: qualitative analysis. *BMC Public Health*. [Internet]. 2012;12:473. [acesso 26 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444396/>
19. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. [Internet]. 2011;3:105-15. [acesso 26 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089428/>
20. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. [Internet]. 2002 Apr 27 [acesso 24 ago 2014];359(9316):1509-14. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08417-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08417-9/fulltext)

Recebido: 20.05.2014

Aceito: 09.12.2014