

Representações Sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre violência doméstica contra a mulher

Social Representations of Family Health Strategy professionals on domestic violence against women

Representaciones sociales de profesionales de la Estrategia de salud familiar sobre violencia doméstica contra las mujeres

Recebido: 25/05/2020 | Revisado: 26/05/2020 | Aceito: 29/05/2020 | Publicado: 16/06/2020

Gilberto Alves Dias

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7032-7354>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil.

E-mail: gilbertoalvesdias2015@gmail.com

Luana Ramos da Silva

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5634-1830>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

E-mail: ramossil@outlook.com

Larisse Ramos de Oliveira

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4637-0747>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

E-mail: laryoliveira00@gmail.com

Elba Miranda Nascimento

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5521-9179>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

E-mail: elbamiranda@gmail.com

Juliana Costa Machado

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2258-0718>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil.

E-mail: juliana.costa@uesb.edu.br

Charles Souza Santos

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5071-0359>

Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Brasil.

E-mail: charlesss@uesb.edu.br

Alba Benemérita Alves Vilela

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2110-1751>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.

E-mail: albavilela@gmail.com

Vanda Palmarella Rodrigues

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5689-5910>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

Resumo

Objetivou-se analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais sobre a violência doméstica contra a mulher elaboradas por profissionais da Estratégia Saúde da Família. Pesquisa qualitativa sustentada na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais, realizada com as equipes da Estratégia Saúde da Família de um município baiano, Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de evocações livres e a entrevista semiestruturada; o tratamento dos dados contou com a colaboração do *software Ensemble de Programmes Permettant l' Analyses des Evocations*, versão 2005. Utilizou-se a análise prototípica e análise de similitude por coocorrência para os dados provenientes das evocações livres; para a entrevista, a análise de conteúdo. Nota-se que a possível estrutura do núcleo central dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a violência doméstica contra a mulher está baseada nos termos agressão, desrespeito e xingamento, caracterizando as formas de violência identificadas pelos profissionais. A análise de similitude busca validar parte dos achados da análise prototípica apontando ainda o termo falta de amor como pertencente ao núcleo central. Urge a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado às mulheres em situação de violência doméstica, visando o cuidado integral.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Mulher; Gênero e Saúde.

Abstract

The objective was to analyze the structure and content of social representations about domestic violence against women, elaborated by professionals from the Family Health Strategy. Qualitative research based on the structural approach of the Theory of Social Representations, carried out with the teams of the Family Health Strategy of a municipality in Bahia, Brazil. For data collection, we used the technique of free evocations and semi-

structured interviews; the treatment of the data had the collaboration of the software Ensemble of Programs Permettant 1 'Analyzes des Evocations, version 2005. The prototypical analysis and similarity analysis by co-occurrence was used for the data from the free evocations; for the interview, content analysis. It is noted that the possible structure of the central nucleus of the professionals of the Family Health Strategy on domestic violence against women is based on the terms aggression, disrespect and cursing, characterizing the forms of violence identified by the professionals. The similarity analysis seeks to validate part of the findings of the prototypical analysis, pointing out the term lack of love as belonging to the central nucleus. There is an urgent need for training health professionals to care for women in situations of domestic violence, aiming at comprehensive care.

Keywords: Domestic Violence; Family Health Strategy; Women's Health; Gender and Health.

Resumen

El objetivo fue analizar la estructura y el contenido de las representaciones sociales sobre la violencia doméstica contra las mujeres, elaboradas por profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. Investigación cualitativa basada en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada con los equipos de la Estrategia de Salud Familiar de un municipio de Bahía, Brasil. Para la recopilación de datos, utilizamos la técnica de evocaciones gratuitas y entrevistas semiestructuradas; el tratamiento de los datos contó con la colaboración del software Conjunto de programas Permettant 1 'Analyzes des Evocations, versión 2005. El análisis prototípico y el análisis de similitud por coincidencia se utilizaron para los datos de las evocaciones libres; para la entrevista, análisis de contenido. Cabe señalar que la posible estructura del núcleo central de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre la violencia doméstica contra las mujeres se basa en los términos agresión, falta de respeto y maldición, que caracterizan las formas de violencia identificadas por los profesionales. El análisis de similitud busca validar parte de los hallazgos del análisis prototípico, señalando el término falta de amor como perteneciente al núcleo central. Existe una necesidad urgente de capacitar a profesionales de la salud para atender a las mujeres en situaciones de violencia doméstica, con el objetivo de una atención integral.

Palabras clave: violencia doméstica; Estrategia de salud familiar; La salud de la mujer; Género y salud.

1. Introdução

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) retrata um problema de saúde pública que vem ganhando espaço em meio aos estudos acadêmicos. Todavia, esse evento não se configura como um objeto de pesquisa recente, mas sim como um fenômeno com raízes histórico-culturais que ocorre desde os princípios da humanidade, sendo permeado por valores, crenças, tradições e julgamentos ligados diretamente à cultura patriarcal (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018).

No contexto brasileiro, a Lei nº 11.340 de 2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, a VDCM pode se manifestar de diversas formas: violência física perpetuada por danos à integridade física da mulher; violência psicológica relacionada a qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher, controle das ações, comportamentos, crenças e decisões, por meio de ameaça, constrangimento e humilhação, entre outros; violência patrimonial a qual consiste em retenção de bens, documentos ou destruição parcial ou total de objetos; violência moral caracterizada como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria; violência sexual presente nas relações sexuais forçadas (Brasil, 2006).

No cenário internacional no período de 2010 a 2013, o ranking de 83 países com uma taxa de feminicídios padronizada para cada 100 mil mulheres, El Salvador (8,9), Colômbia (6,3), Guatemala (6,2) e a Federação Russa (5,3) foram os quatro países que mais mataram mulheres no mundo. Nesse mesmo período, o Brasil (4,8) ocupou o 5º lugar no ranking mundial. Tunísia, Kuwait, Ilhas Cayman, Grenada e Bermudas destacaram-se como os países que não apresentaram casos. A Costa Rica ocupou a 22ª posição com uma taxa igual a 1,8 (Waiselfisz, 2015).

Por conseguinte, o número de feminicídios no Brasil cresceu em 2017. Cerca de 13 mulheres morreram por dia no território brasileiro, totalizando 4.936 mortes por ano, sendo esse o maior número desde 2007. Durante a década de 2007 a 2017, houve um aumento de 20,7% na taxa de homicídios de mulheres. A taxa que era de 3,9 passou para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil. As unidades federativas que registraram maior crescimento no número de mulheres mortas foram: Rio Grande do Norte (214,4%), Ceará (176,9%) e Sergipe (107,0%) (Cerqueira et al., 2019).

No intuito de uma possível desnaturalização da VDCM, vislumbram-se as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) como responsáveis pela identificação, notificação e acompanhamento das mulheres em situação de violência doméstica. Entretanto, apesar disso,

muitas equipes da ESF não estão preparadas para a alta demanda dos casos de VDCM (Silva et al., 2015).

A VDCM é um fenômeno carregado por crenças, tradições, estereótipos e julgamentos entre os profissionais de saúde, o que requer a problematização de suas competências éticas e legais ante a assistência prestada às mulheres em situação de violência (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018).

Dessa forma, este estudo apresenta como questão de pesquisa: quais as Representações Sociais (RS) dos profissionais de saúde das equipes da ESF sobre a VDCM? Entende-se que este estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) contribui para suscitar reflexões sobre os conceitos, imagens e atitudes que estes profissionais têm sobre o fenômeno, compreendendo assim o direcionamento de suas práticas profissionais à mulher em situação de violência doméstica.

As RS são um conjunto de conceitos, proposições e explicações que estão diretamente ligadas à vida cotidiana. Dessa forma, as RS se dedicam, na sociedade, a estudar os sistemas de mitos, crenças e tradições as quais são manifestadas diretamente com fatores do senso comum (Moscovici, 1981).

Estudos relacionados à VDCM são de extrema relevância, pois por meio destes emergem informações que têm a finalidade de mostrar as diversas nuances e complexidades que permeiam esse fenômeno. Entender como as equipes da ESF representam a VDCM é um fator crucial, uma vez que a ESF é porta de entrada de muitas mulheres envolvidas nesse contexto (Silva et al., 2015). O artigo teve como objetivo analisar a estrutura e os conteúdos das RS sobre a VDCM elaboradas por profissionais das equipes da ESF.

2. Metodologia

Trata-se de um recorte de projeto de pesquisa intitulado: Violência doméstica contra a mulher: representações sociais das equipes saúde da família. Sob tal enfoque, possui caráter qualitativo, com embasamento na Teoria do Núcleo Central proposta em 1976 por Jean-Claude Abric, a qual compreende que a RS é centralizada em um Núcleo Central (NC) consistente, mas que depende de complementos indispensáveis, sendo esses: a primeira e segunda periferia, as quais possuem alta frequência e evocações complementares ao NC (Abric, 1984).

Foi desenvolvido em 12 USF de um município do interior da Bahia, Brasil. Essas instituições foram selecionadas com base nos seguintes critérios: unidades nas quais

funcionam duas equipes ou equipe única da ESF, localizada em zona urbana, contando com equipe mínima completa, conforme os protocolos do Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2016 a abril de 2017, por meio da técnica de associação livre de palavras aplicada a 100 profissionais das equipes da ESF. Além disso, entre os 100 profissionais, foram selecionados, de forma aleatória, 24 para participarem de entrevista semiestruturada.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos profissionais de saúde: profissional de saúde vinculado às equipes das USF com experiência profissional de, no mínimo, seis meses e como critérios de exclusão: férias e/ou licença de qualquer natureza. Após contato com a coordenação da USF, agendou-se um encontro com os profissionais de saúde aos quais foi apresentada à pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação à técnica de associação livre de palavras, solicitou-se que o profissional evocasse as cinco primeiras palavras que surgiam em sua mente após o termo: violência doméstica contra a mulher.

Para a análise das evocações, utilizou-se o *software Ensemble de Programmes Permettant l' Analyses des Evocations* (EVOC), versão 2005, proposto por Pierre Vergès (Sá, 2002). O programa realiza a análise prototípica das RS a qual consiste na organização das palavras evocadas pelos participantes a partir da técnica de associação livre de palavras, considerando a frequência e a ordem média de evocações. Assim, os valores definem a localização de cada palavra no quadro de quatro casas, denominados de quadrantes: núcleo central (NC), localizado na parte superior esquerda, elementos de contraste no quadrante inferior esquerdo, primeira periferia e segunda periferia nos quadrantes superior e inferior direito respectivamente (Abric, 1984).

Para a validação do possível NC, utilizou-se a análise de similitude por meio da árvore máxima. As conexões que um elemento mantém com outros elementos de representação têm sido constantemente tomadas como um segundo indicador de um NC. Dessa forma, a análise de similitude constitui um dos recursos metodológicos que muito contribui para essa avaliação (Sá, 2002).

Decorre da análise de similitude a relação entre o número de coocorrências, o que define o número de ligações estabelecidas entre dois itens específicos. As coocorrências consistem nas ligações entre palavras diferentes de cada linha proveniente do *corpus* gerado a partir da técnica de associação livre de palavras. As linhas que não apresentam coocorrências são retiradas do *corpus*. Dessa forma, o resultado de cada valor de coocorrência corresponde

ao valor de cada ligação dividido pelo número de linhas mantidas no *corpus* (Sá, 2002). Como afirmado anteriormente cada linha corresponde a um participante da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em local privativo da USF, de forma individualizada, sendo gravadas e tendo duração média de 40 minutos. Para tanto, foi utilizado um roteiro com dados sociodemográficos para a caracterização dos participantes e questões disparadoras, a saber: O que você entende por VDCM? Em sua opinião, quais motivos estão relacionados às situações de VDCM? Quais são as ações desenvolvidas pela equipe mediante os casos de VDCM?

A análise dos dados das entrevistas ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Dessa forma, foi realizada a transcrição detalhada das entrevistas, por conseguinte, seguiram-se as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2011). Neste artigo, foram apresentadas apenas as unidades de registro agrupadas nos temas que estavam relacionados às evocações, no intuito de destacar a forte associação dos resultados que emergiram das evocações e das entrevistas.

Nessa perspectiva, a saturação teórica das entrevistas ocorreu a partir da 24ª entrevista. Notou-se que não emergiram novos temas relacionados ao objeto de estudo, sem novas ocorrências. Logo, a realização de novas entrevistas supostamente não acrescentaria informações relevantes à discussão da temática, tendo em vista sua densidade teórica (Fontanella et al., 2011). Para garantir o anonimato, os participantes foram codificados com a letra E, acompanhada de um algarismo arábico correspondente à ordem crescente de realização das entrevistas.

Ressalta-se que o estudo contemplou os requisitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 (Brasil, 2012). Nesse direcionamento, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Campus de Jequié sob o CAAE: 49736915.3.0000.0055, sendo aprovado sob o parecer nº 1.304.618 de 31/10/2015.

3. Resultados

Dos 100 profissionais de saúde, 89% eram do sexo feminino e 11% do sexo masculino. Destes 53% eram ACS, 11% enfermeiros, 9% técnicos de saúde bucal (TSB), 20% técnicos de enfermagem, 1% auxiliar de enfermagem, 4% cirurgiões-dentistas, 2% médicos. As idades variaram de 27 a 67 anos. Em relação à escolaridade, 15% tinham ensino superior

completo, 13% ensino superior incompleto, 17% realizaram Pós-graduação *Lato sensu*, 54% ensino médio incompleto e 1% ensino fundamental completo.

No que diz respeito ao tempo de atuação profissional, 3% atuavam de seis a nove meses, 20% de um a nove anos, 58% de 10 a 20 anos, 19% de 21 a 30 anos. Sobre o tempo de atuação na USF, 10% estavam entre seis a 11 meses, 61% de um a nove anos e 29% de 10 a 18 anos. Dos 100 profissionais de saúde, 62% já participaram de capacitação sobre VDCM.

Com relação à estrutura da evocação, destaca-se que o conjunto dos participantes evocaram 489 palavras, sendo 92 palavras diferentes, gerando um quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 10, frequência média de 24 e a ordem das ordens médias de 2,8. Expõe-se, a seguir, a figura 1 conforme o resultado elaborado pelo *software* EVOC 2005:

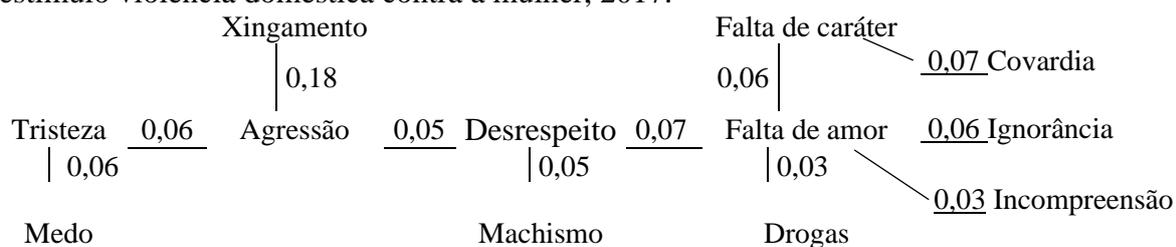
Quadro 1 – Quadro de quatro casas formado pelas evocações dos profissionais de saúde ante ao estímulo violência doméstica contra a mulher, 2017.

Frequência > 24 / Rang < 2,80			Frequência < 24 / Rang > 2,80		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
Agressão	38	2,553	Falta-de-amor	29	3,034
Desrespeito	30	2,400	Medo	25	3,360
Xingamento	25	2,228	Tristeza	26	2,846
Frequência >= 23 / Rang < 2,80			Frequência < 23 / Rang > 2,80		
	Freq.	Rang.		Freq.	Rang.
Covardia	23	1,826	Drogas	14	3,571
Humilhação	10	2,600	Falta-de-caráter	11	3,273
Ignorância	11	2,727	Incompreensão	10	3,300
			Machismo	18	3,722

Fonte: Autores, 2017.

Da análise das conexidades dos elementos evocados decorreu a seguinte árvore máxima:

Figura 1 – Análise de similitude por meio das evocações dos profissionais de saúde frente ao estímulo violência doméstica contra a mulher, 2017.



Fonte: Autores, 2017.

Nota-se nas evocações supracitadas frente ao estímulo VDCM apresentadas no Quadro 1, uma variedade de termos. Assim, o quadrante superior esquerdo representa o NC, caracterizado por evocações socialmente determinadas e mais significativas para os entrevistados, possuindo uma alta frequência e contendo os termos mais prontamente evocados (Abric, 1984).

Como possíveis elementos centrais das RS dos profissionais de saúde, em ordem decrescente de frequência, emergem os termos: *agressão*, *desrespeito* e *xingamento*. Apesar de o termo *agressão* ter sido evocado mais vezes, ele foi o menos prontamente evocado. Em ordem decrescente dos termos mais prontamente evocados estão: *xingamento*, *desrespeito* e *agressão*.

Em relação à análise de similitude apresentada por meio da árvore máxima na Figura 1, nota-se como conexão mais forte de toda análise a ligação entre os termos *agressão* e *xingamento*. Ressalta-se que, dessa forma, a análise de similitude busca validar as evocações *agressão* e *xingamento* como possíveis elementos do NC das RS dos profissionais da ESF frente à VDCM.

Contextualizando os termos encontrados no NC, destacam-se os núcleos de sentido:

[...] Agressão física [...] ele agredia a filha e a mãe foi intervir, e ele matou a mãe [...] o marido brigando com a mulher, eles sempre brigavam [...] ele deu uma facada no pescoço dela, foi sábado passado, aí matou [...] (E6, TSB).

[...] Eu acho que a violência doméstica pelo que a gente tem percebido [...] ela vem de várias formas, tanto a agressão física [...] (E5, Enfermeira).

[...] Quando vai conversar, chama de louca, de doida, pra mim tudo isso é um tipo de violência [...] (E22, Enfermeira).

[...] Eu entendo como [...] um desrespeito à própria mulher [...] (E15, Técnico de Enfermagem).

Os elementos periféricos localizados no quadrante superior direito e no quadrante inferior direito são chamados respectivamente de primeira e segunda periferia e funcionam como complementos do NC. De modo geral, são caracterizados por conterem elementos mais flexíveis quando comparados às evocações do NC.

Entre os termos evocados na primeira periferia, por ordem decrescente de frequência, estão: *falta de amor, tristeza e medo*. O termo *tristeza* foi o mais prontamente evocado seguido de *falta de amor*. Destaca-se que *tristeza* possivelmente refere-se às relações afetivas que se desnudam a partir da problemática vivenciada com a violência, podendo estar relacionado às questões de afeto como destacado a seguir:

[...] A gente percebe muito a tristeza, a irritabilidade também, a feição é uma feição sofrida [...] (E13, TSB).

Como *falta de amor*, apreende-se uma possível RS dos profissionais de saúde, na qual a VDCM está diretamente ligada à falta de sentimentos socialmente estabelecidos para uma convivência harmoniosa.

[...] Em poucas palavras eu vou dizer que é falta de amor à mulher, e é isso aí, tá precisando de muito amor, porque infelizmente é o que eu vejo muito (E12, ACS).

O *medo* foi o termo menos evocado e de forma mais tardia. Nesse sentido, retrata um possível sentimento tanto das mulheres em situação de violência como dos profissionais de saúde, os quais têm medo de se envolverem nas situações e serem também violentados, como observado nas falas:

Ela não falava com a gente do posto, foi descoberto pelos vizinhos, porque ela [mulher em situação de violência doméstica] tinha muito medo dele [...] (E20, Enfermeira).

[...] Elas acabam todas voltando, por medo, não por dependência da pessoa que agrediu, mas por medo, acabam voltando [...] (E15, Técnico de Enfermagem).

[...] Chamou os agentes comunitários, mas eles também temem, não querem intrometer até pra não se comprometer, e não querem se envolver na verdade, até com medo de repressão, com medo de perder a própria vida [...] (E6, TSB).

Em determinados contextos, elementos localizados nas periferias podem ser considerados centrais em virtude das altas frequências que foram evocadas. Todavia, como

complementaridade um segundo indicador deve ser admitido a partir dos laços entre os elementos de uma representação (Abric, 1984).

Nesse direcionamento, em relação à análise de similitude, nota-se que a cognição *falta de amor* teve um alto número de conexões como o termo *desrespeito*. O termo *desrespeito*, por sua vez, encontra-se no NC segundo a análise prototípica. Já o termo *falta de amor*, está localizado na primeira periferia do quadro de quatro casas. Entretanto, assume-se que a possibilidade de conexões pode ser considerada um segundo critério de centralidade⁹. Por hipótese, esse léxico possivelmente é considerado pertencente ao NC das representações sociais dos profissionais da ESF frente à VDCM.

A segunda periferia contempla termos com frequências menores quando comparadas ao NC e à primeira periferia. Evidencia-se em ordem de maior frequência para menor: *machismo, drogas, falta de caráter e incompreensão*.

Em relação às evocações *falta de caráter, incompreensão e machismo*, aparentam caracterizar o agressor. Emerge dos profissionais das equipes da ESF uma representação associada a termos de cunho negativo ligados ao agressor. O termo *machismo* possivelmente remete à cultura patriarcal que naturaliza os atos violentos do agressor. A *incompreensão* possivelmente caracteriza as atitudes dos agressores no contexto da VDCM.

[...] Bom, eu penso assim, que o homem ele perdeu o lado racional e ele age pelo lado irracional [...] e geralmente quando a gente ouve falar ou até presença, não é só aquela vez, é várias vezes isso e se torna um ciclo vicioso (E9, Técnica de Enfermagem).

No que diz respeito ao termo *drogas*, o segundo mais evocado na segunda periferia, nota-se a relação que os profissionais fazem sobre as drogas como elemento que precipitam à VDCM.

[...] A mulher reclama de alguma coisa, o marido não gosta, fica chateado, e aí vai recorrer às drogas, vai se drogar, e quando chega em casa drogado já chega transtornado, então, uma parte gira em torno disso aí [...] os motivos, os vizinhos comentaram que ah, eles brigaram muito, trancou a casa e saiu [...] ele sempre envolvido com drogas [...] (E16, ACS).

No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de contraste que consistem nos termos que foram mais tardiamente evocados. Formam o último quadrante os seguintes termos: *covardia, humilhação e ignorância*.

O termo *covardia*, segundo a análise de similitude, contempla uma forte ligação com o termo *falta de caráter*. Os elementos de contraste representam o pensamento de um grupo reduzido de profissionais, os quais podem pensar de forma diferente da maioria dos demais pesquisados. Nesse sentido, o pensamento desse grupo pode ao decorrer do tempo tender a se tornar parte do NC, como sugere a análise de similitude.

Destacam-se como elementos de contraste os termos associados aos sentimentos que, possivelmente, são representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao que se imagina dos sentimentos vivenciados pelas mulheres em situação de violência doméstica, que reafirmam a cultura machista decorrente da construção social desigual entre homens e mulheres, impondo-as a posição de submissão e inferioridade em relação aos homens, por meio da coerção, humilhação e ignorância. As falas dos participantes vão de encontro às evocações:

[...] Por vergonha. Eu acho, que nem é medo não [...] é vergonha mesmo! De tanto, ela tá humilhada [...] você adulta e tomar uma surra não é brincadeira não e você admitir que você tomou alguma surra de alguém [...] (E13, TSB).

E até ignorância mesmo, [...] falta de respeito contra a mulher (E12, ACS).

[...] Tenta aumentar a autoestima dela, porque geralmente esses agressores fazem com que essa mulher fique com uma autoestima muito baixa, muito abalada, porque eles têm que fazer com que elas fiquem submissas a eles [...] precisa de uma pessoa que lhe diga olha vai dá certo [...] (E2, ACS).

Eu diria que é uma covardia, [...] covardia no sentido amplo, de você assumir um poder de coagir o outro (E8, Técnica de Enfermagem).

4. Discussão

O NC de uma representação retrata experiências, condições históricas, ideológicas e sociológicas, as quais se associam a valores, normas e princípios que estão intrinsecamente

fundamentados nas RS (Bardin, 2011). Nesse sentido, as RS podem ser compreendidas por meio das dimensões imagética, conceitual e atitudinal. A dimensão imagética vislumbra o formato de imagem das RS; a dimensão conceitual aborda o entendimento que determinado grupo tem sobre o objeto estudado; já a atitudinal contempla as ações frente à problemática do objeto (Sá, 2002; Moscovici, 2012).

Nessa perspectiva, os termos *agressão* e *xingamento* evocados no primeiro quadrante, representam uma dimensão conceitual, na qual os profissionais elucidam a violência não somente sob a forma física, mas também psicológica.

Estudo realizado com 100 enfermeiros, utilizando a técnica de abordagem estrutural, frente ao estímulo violência doméstica contra a mulher, também obteve evocações com campo semântico relacionado à agressão como resultado do NC, assim como os achados deste estudo. Por sua vez, outro estudo aponta que a América Latina está entre os continentes que mais matam mulheres no mundo, sendo os países com mais casos de agressões registradas o Brasil, a Colômbia, o México e outros (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018; Molinatti & Acosta, 2015).

Comumente atrelado ao conhecimento do senso comum, o entendimento sobre a violência, em muitas situações, se estreita à manifestação da forma física por apresentar machucados, hematomas, associado ao semblante de medo, propiciando que as outras formas permaneçam veladas (Amarijo, Barlem, Acosta & Marques, 2018). Os achados do presente estudo mostram que os profissionais não sinalizaram a violência moral, patrimonial e sexual como formas de VDCM. Nesse sentido, os profissionais não identificam todas as formas de violência que acometem as mulheres, como exemplifica a Lei nº 11.340, a qual afirma que VDCM pode se manifestar de forma física, psicológica, patrimonial, moral e sexual (Brasil, 2006).

Entretanto, sabe-se que muitas vezes, a agressão física é a fase final do ciclo da violência, antes dela, a mulher é submetida à agressão psicológica, retenção de bens, calúnias e difamações que configuram como violações do direito e integridade à saúde da mulher.

As diferentes formas de agressões constituem um fator de agravo à saúde da mulher. Pesquisas apontam possíveis inter-relações entre a violência física contra a mulher e agravos à saúde, como problemas gastrointestinais e fatores de risco para a inadequação do rastreamento do câncer de colo de útero (Rafael & Moura, 2017; Coronel & Silva, 2018). Dessa forma, nota-se a responsabilidade dos profissionais da ESF na prevenção, identificação, notificação e manejo adequado nos casos de VDCM, a fim de que os mesmos não potencializem outros problemas de saúde entre as mulheres.

Demonstrando a fragilidade das notificações dos casos de violência contra mulheres por parte dos profissionais de saúde, estudo realizado com 20.999 notificações entre os anos de 2010 e 2014 identificou fragilidades frente às informações notificadas e nos encaminhamentos para os demais setores da rede de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher (Lawrenz et al., 2018). Tal perspectiva aponta para a necessidade de investimentos na formação e capacitação dos profissionais para identificação, notificação e encaminhamento das mulheres em situação de violência.

A análise de conteúdo relacionada aos termos *xingamento* e *agressão*, também evidenciou que os profissionais da ESF compreendem apenas as formas física e psicológica de VDCM. Assim, é notório que essa compreensão facilite a identificação dos casos de mulheres em situação de violência.

Convergindo com esta linha de pensamento, além dos estudos reiterarem a dimensão conceitual das evocações *agressão* e *xingamento*, evidenciando o quão forte é esta representação entre os profissionais, por meio dos achados da literatura, reafirma-se também a representação imagética do termo *desrespeito* como julgamento de cunho negativo. Nessa direção, os termos verbalizam julgamento dos profissionais no que diz respeito às ações do agressor (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018; Broch et al., 2017; Broch et al., 2016).

Estudo aponta que a violência psicológica ao atingir as mulheres pode gerar quadros depressivos, assim, muitas mulheres em situação de violência doméstica buscam suporte no setor saúde. Compete, dessa forma, aos profissionais de saúde a prestação de atendimento adequado, empoderando essas mulheres e auxiliando na quebra do ciclo de violência (Guimarães et al., 2018). Nesse contexto, funda-se a importância da formação/capacitação dos profissionais da ESF em identificarem as diversas formas de violência que acometem as mulheres.

Os elementos periféricos oferecem sustentação ao NC garantindo a sua estabilidade. Dessa forma, diminuem a possibilidade de contradições no NC (Sá, 2002). Assim, na primeira periferia surgem os termos *tristeza*, *falta de amor* e *medo*. O termo *medo* não se expressa somente no contexto mulher em situação de violência doméstica-agressor, mas também no contexto agressor-profissional de saúde. Nesse sentido, surgem discussões e preocupações no atendimento às mulheres, posto que o profissional de saúde também pode ser violentado (Broch et al., 2016).

Estudos comprovam a fragilidade dos profissionais de saúde em prestarem ajuda às mulheres em situação de violência, seja por questões de medo, falta de capacitação ou

problemas de formação. Essas dificuldades interligam-se, pois de modo geral os profissionais não sabem qual a melhor abordagem para lidar com as mulheres e por não terem proteção, podem colocar-se em risco (Broch et al., 2016; Arboit, Costa, Silva, Colomé, & Prestes, 2018).

Outras vezes, os profissionais põem-se alheios a essa demanda, tanto por sentirem-se inseguros em intervir nos casos identificados, como também, por vezes pautados na crença da banalização da violência conjugal, entendem a violência como algo inerente à mulher, tendo uma visão ancorada no patriarcado que rege as relações de gênero e de certo modo, legitimando a VDCM (Santos et al., 2018).

Em relação às unidades de registro que contemplam este tema, evidencia-se a dificuldade que as mulheres têm em relatarem sobre os casos de violência, evidenciando o *medo* de sofrerem repressões ainda maiores pelos agressores. É nítido também o *medo* dos profissionais em sofrerem represálias ao se envolverem com a resolução dos casos.

Já os *termos falta de amor e tristeza* são conceitos que buscam explicar os motivos que podem culminar em atos violentos e as implicações na vida das mulheres e demais familiares, como exemplo os filhos. Assim, essas representações mostram que os profissionais avaliam como negativas às condutas do agressor (Acosta, Gomes, Oliveira, Marques, & Fonseca, 2018).

A análise prototípica aponta o termo *falta de amor* como pertencente à primeira periferia, entretanto a análise de similitude considera o termo *falta de amor* como um possível léxico do NC. Dessa forma, o termo *falta de amor* consiste na dimensão atitudinal, destacando-se como conexões os termos: falta de caráter, covardia, ignorância, incompreensão e drogas. No que concerne às entrevistas, as unidades de registro relacionadas ao termo *falta de amor*, ressaltam a falta desses sentimentos como precipitadores da VDCM.

A segunda periferia também abrange as *drogas*, a *incompreensão*, a *falta de caráter* e o *machismo* para explicação dos motivos relacionados à ocorrência da VDCM. Estudo realizado na Etiópia constatou que cerca de 70% dos companheiros eram usuários de drogas, sendo que nesse mesmo contexto, aproximadamente 78% das mulheres já havia sofrido ao menos um tipo de violência doméstica (Semahengn & Mengistie, 2015; Santos et al., 2019).

Na zona de contraste os termos: *covardia*, *ignorância* e *humilhação* buscam mostrar as repercussões da violência doméstica para as mulheres que vivem essa situação. Juntamente com esses termos surge a desigualdade de gênero a qual perpassa as relações de poder que permeiam o contexto da VDCM. Tanto historicamente como culturalmente, o poder é instituído ao homem, sendo a mulher ser socialmente submisso a este. Nesse sentido, a

violência se consolida nessas relações desiguais, muitas vezes naturalizadas na relação conjugal (Coronel & Silva, 2018; Simões et al., 2019; Silva, Branco, Vieira, Brilhante, & Silva, 2019).

Estudo mostrou que as RS de familiares de mulheres em situação de violência sobre violência de gênero se configuram em um sistema representacional no qual existem relações de poder entre homens e mulheres, ao colocar o homem em uma posição machista, sendo provedor e com inserção no espaço público. Já a mulher ocupa um espaço de cuidadora, frágil e subalterna (Rodrigues, Machado, Santos, Santos, & Diniz, 2016).

Destaca-se então que a problemática da VDCM apresenta forte influência das relações de gênero, na qual as mulheres são inferiorizadas em relação aos homens. Dessa forma, a situação conta com um enredo de situações desfavoráveis à saúde da mulher ao envolver o sofrimento, a humilhação, a ignorância, a submissão e a tristeza como sentimentos vivenciados pelas mulheres (Morais, Gerk, & Nunes, 2018; Frugoli, Miskolci, & Signorelli, Pereira, 2019; Machado et al., 2020).

Todavia, ressalta-se que no contexto da violência de gênero, as ações não devem depender somente do setor saúde como ponto de solução desta problemática. Familiares, assistência social, escolas, conselho tutelar, igrejas, dentre outros, precisam estar inseridos na resolução deste problema de saúde pública (Simões et al., 2019).

5. Considerações Finais

A representação social dos profissionais de saúde evidenciam apenas as formas física e psicológica da VDCM. Além disso, emergem-se julgamentos negativos referentes à violência, como: covardia, desrespeito, humilhação, tristeza, sofrimento, com ênfase no machismo, entre outros.

Nota-se que a possível estrutura do NC está baseada nos termos *agressão*, *desrespeito*, *xingamento* e *falta de amor*. Dessa forma, os conteúdos das representações sociais são apresentados pela dimensão conceitual por meio dos termos *agressão* e *xingamento*; dimensão imagética contida no termo *desrespeito* e dimensão atitudinal representada pelo termo *falta de amor*.

Por meio desta representação entende-se que os profissionais de saúde identificam a violência física e psicológica, o que potencializa a possibilidade de resolução, contribuindo para que a mulher saia do ciclo de violência, além de perceberem o machismo e outros desdobramentos vinculados às agressões. No entanto, as representações de julgamentos

negativos vinculados à violência apontam uma realidade de problemas de saúde que podem ser desencadeados nas mulheres, o que poderá dificultar ainda mais as práticas destes profissionais.

Como limite deste estudo emerge a necessidade de novas pesquisas que convalidem os dados encontrados entre os profissionais da ESF, de forma a abranger os profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar e demais serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência doméstica.

* Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse.

Agradecimentos

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela concessão da Bolsa de Iniciação Científica (2017-2018).

Referências

Abriç J. C. (1984). *A theoretical and experimental approach to the study of social representations in situation of interaction*. Cambridge, Cambridge University Press.

Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Oliveira D. C., Marques S. C. & Fonseca, A. D. (2017). Aspectos éticos e legais do cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto Contexto Enferm*, 26, (3), 2-9. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/0104-07072017006770015

Acosta, D. F., Gomes, V. L. O., Oliveira D. C., Marques S. C. & Fonseca, A. D. (2018). Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Rev Gaúcha Enferm*, 39, (1), 1-8. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/1983-1447.2018.61308

Amarijo, C. L., Barlem, E. L. D., Acosta, D. F. & Marques, S. C. (2018). Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção

primária. *Rev Enferm UERJ*, 26, :e33874, 1-7. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.12957/reuerj.2018.33874

Arboit, J., Costa, M. C., Silva, E. B., Colomé, I. C. S. & Prestes, M. (2018). Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saude Soc*, 27, (2), 506-17. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/s0104-12902018169293

Brasil (2012). Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil (2006). Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Seção 1. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF).

Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Broch, D., Gomes, V. L. O., Silva, C. D., Gomes, G. C., Gautério-Abreu, D. P. & Mattos, M. B. (2016). Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de agentes comunitários de saúde. *Rev Enferm UFPE Online*, 10, (10), 3743-50. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.5205/1981-8963-v10i10a11439p3743-3750-2016

Broch, D., Silva, C. D., Acosta, D. F., Mattos, M. B., Amarijo, C. L. & Gomes, V. L. O. (2017). Representações sociais da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de saúde: um estudo comparativo. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7, :1630, 1-10. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.19175/recom.v7i0.1630

Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H. & Alves, P. P. (2019). Atlas da violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Coronel, A. L. C. & Silva HTH. (2018). Interrelation between fuctional constipation on domestic violence. *J. Coloproctol*, 38, (2), 117-23. doi: 10.1016/j.jcol.2017.12.003

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R. & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*, 27, (2), 388-94. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020

Frugoli, R., Miskolci, R., Signorelli, M. C. & Pereira, P. P. G. (2019). De conflitos e negociações: uma etnografia na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher. *Saude Soc*, 28, (2), 201-14. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/s0104-12902019170842

Guimarães, R. C. S., Soares, M. C. S., Santos, R. C., Moura, J. P., Freire, T. V. V. & Dias, M. D. (2018). Impactos na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Rev Cuid*, 9, (1), 1988-97. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.15649/cuidarte.v9i1.438

Lawrenz, P., Macedo, M. D., Hohendorff, J. V., Freitas, C. P. P., Foschiera, L. N. & Habigzang, L. F. (2018). Violência contra mulher: Notificações dos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 34, e34428, 1-9. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/0102.3772e34428

Machado, J. C., Silva, L. R., Simões, A. V., Pires, V. M. M. M., Rodrigues, V. P. & Vilela, A. B. A. (2020). Violência doméstica como tema transversal na formação profissional da área de saúde. *Research, Society and Development*, 9, (7), 1-15. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.33448/rsd-v9i7.3917

Moscovici S. (1981). *Social Cognition: perspectives on everyday understanding*. London, Academic Press.

Moscovici, S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, Vozes.

Molinatti F. & Acosta L. D. (2015). Tendencias de la mortalidad por agresiones em mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001-2011. *Rev Panam de Salud Pública*, 37, (5), 279-86. Recuperado em 28 maio 2020 de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8043/v37n45a14.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rafael R. M. R. & Moura A. T. M. S. (2017). Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer no colo de útero. *Cad Saúde Pública*, 33, (12), 2-12. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/0102-311x00074216

Rodrigues, V. P., Machado, J. C., Santos, W. S., Santos, M. F. S. & Diniz, N. M. F. (2016). Violência de gênero: representações sociais de familiares. *Texto Contexto Enferm*, 25, (4), 2-10. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/0104-07072016002770015

Santos, M. S., Macena, R. H. M., Mota, R. M. S., Souza, W. M, Sousa, J. E. P. & Cavalcante F. W. S. (2019). Fatores associados ao uso do álcool entre homens autores de violência por parceiro íntimo no Ceará. *J. Health Biol. Sci*, 7, (4), 341-350. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2677.p341-350.2019

Santos, W. J., Oliveira, P. P., Viegas, S. M. F., Ramos, T. M., Policarpo, A. G. & Silveira, E. A. A. (2018). Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam*, 10, (3), 770-777. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777

Sá C. P. (2002). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Semahengn A. & Mengistie B. (2015). Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reproductive health*, 12, (78), 2-12. Retrieved 28 maio 2020 de doi: 10.1186/s12978-015-0072-1

Silva, C. D., Gomes, V. L. O., Oliveira, D. C., Marques, S. C., Fonseca, A. D. & Martins, S. R. (2015). Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. *Rev Esc Enferm USP*, 49, (1), 22-9. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/S0080-623420150000100003

Silva, J. G., Branco, J. G. O., Vieira, L. J. E. S., Brilhante, A. V. M. & Silva, R. M. (2019). Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o

que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?. *Saude Soc*, 28, (2), 187-200. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.1590/s0104-12902019180309

Simões, A. V., Machado, J. C., Soares, I. G. B., Rodrigues, V. P., Pires, V. M. M. M. & Penna, L. H. G. (2019). Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 95-109. Recuperado em 28 maio 2020 de doi: 10.15517/revenf.v0iNo. 37.35967

Waiselfisz J. J. (2015). Mapa da Violência 2015. Atualização: Homicídios de Mulheres no Brasil. Flacso. Brasil.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Gilberto Alves Dias – 100%

Luana Ramos da Silva – 40%

Larisse Ramos de Oliveira – 40%

Elba Miranda Nascimento – 40%

Juliana Costa Machado – 80%

Charles Souza Santos – 50%

Alba Benemérita Alves Vilela – 50%

Vanda Palmarella Rodrigues – 100%