

Representação da violência doméstica contra mulheres entre profissionais de saúde: idade como atributo de diferenciação

Representation of the domestic violence against women between health professionals: age as an attribute of differentiation

Representación de la violencia doméstica contra las mujeres entre los profesionales de la salud: la edad como un atributo de diferenciación

Camila Daiane Silva^I; Vera Lúcia de Oliveira Gomes^{II}; Denize Cristina de Oliveira^{III};
Cristiane Lopes Amarijo^{IV}; Daniele Ferreira Acosta^V; Marina Soares Mota^{VI}

RESUMO

Objetivo: comparar, segundo a idade, as representações da violência doméstica contra a mulher entre técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuantes em unidades de saúde da família, no extremo sul do País. **Método:** estudo qualitativo cujos dados forma coletados, entre julho/novembro de 2013, por meio de Evocações Livres e Entrevistas, sendo tratados pelo *software Evoc* e análise contextual. Participaram 86 profissionais com menos de 41 anos e 68 com 41 anos ou mais. **Resultados:** ambas as faixas etárias estudadas possuem uma representação estruturada, com conotação negativa, apresentando em seus núcleos centrais os elementos agressão e falta de respeito. Os mais jovens evocaram ainda covardia e, na zona de contraste, impunidade; aqueles com mais idade evocaram também medo e abuso e, na segunda periferia, alcoolismo, drogadição e falta de diálogo. **Conclusão:** percebe-se que há diferenciação na representação segundo a idade. Compreende-se que esta ocorra pelo convívio por muitos anos com a não criminalização da violência. **Palavras-chave:** Violência contra a mulher; violência doméstica; pessoal de saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: qualitative study that has objected to compare, by the age, the social representation of domestic violence against women between Nursing Technicians and Health Community Agent, acting on the Health Family Unit, in the extreme south of the country. Data were collected, between July to November 2013, by free evocation and interviews, being treated by *evoc software* and content analysis. Were totalized 86 professionals with less of 41 years and with 68 professionals with 41 or more years. Booth age range was a structured representation, with negative connotative, presenting in our central cores, the aggression elements and lack of respect. The youngers still evocate cowardice and, on the contrast zone, impunity; those whit more age evocate also fear and abuse and, on the second circuit, alcoholism, addiction and lack of dialogue. Perceives that is a differentiation on the representation by the age. It is understood that this occurs by the conviviality for many years whit the no criminalization of violence.

Keywords: violence against women; domestic violence; health personnel; nursing.

RESUMEN

Objetivo: estudio cualitativo tuvo como objetivo comparar, según la edad, las representaciones de la violencia doméstica contra las mujeres entre técnicos de enfermería y agentes comunitários de salud, que trabajan en las Unidades de Salud de la Familia, en el extremo sur del país. Los datos fueron recolectados entre julio/noviembre 2013 mediante evocaciones y Entrevistas, tratados por el *software evoc* y análisis contextual. Participaron 86 profesionales menores de 41 años y 68 a 41 años o más. Ambos grupos de edad tienen una representación estructurada con connotación negativa, presentando en sus núcleos centrales elementos de agresión y falta de respeto. Más joven aún evocado cobardía y, en el área de contraste, la impunidad; los mayores de edad también evoca el miedo y el abuso, y la periferia en segundo lugar, el alcoholismo, la drogadicción y la falta de diálogo. Se dio cuenta de que no hay diferenciación en la representación según la edad. Se entiende que esto ocurre al vivir durante muchos años con la no penalización de la violencia

Palabras clave: Violencia contra la mujer; violencia doméstica; personal de salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) é conceituada pela Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento

físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”^{1,1}. Essa forma de violência, historicamente, foi negligenciada e restrita ao âmbito privado, ganhando mais visibilidade apenas nas últimas décadas².

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade. Tutora do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vlog1952@gmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cristianeamarijo@yahoo.com.br.

^VEnfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem Gênero e Sociedade. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nieleacosta@gmail.com.

^{VI}Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente. Secretaria de Saúde do Município de Turuçú, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: msm.mari.gro@gmail.com.

O Código Penal Brasileiro e o Código Civil de 1916, que vigorou até 2002, reforçavam os padrões patriarcais da sociedade³. No que tange aos deveres e direitos legais de homens e mulheres, era atribuído a eles o papel de chefe da sociedade conjugal, enquanto a elas cabia a colaboração no interesse comum do casal e dos filhos³. Assim, padrões culturais foram se arraigando, ao longo das gerações, como naturais e avigorando as diferenças de gênero.

A VDCM ganhou visibilidade a partir de movimentos feministas, nos anos de 1980⁴. Naquele período, os protestos passaram a expressar a conscientização da sociedade sobre o papel da mulher, seus direitos ou espaços de atuação, bem como sobre o descaso do poder judiciário frente os casos de feminicídio, justificados pela legítima defesa da honra⁵.

A partir desse marco, os assuntos sobre igualdade, direitos femininos e o fim da violência de gênero foram sendo problematizados mais enfaticamente e conquistas foram sendo alcançadas. Entre elas, destaca-se a alteração do Código Civil pela Lei nº 10406/2002, em que o termo *homem* foi substituído por *pessoa*³. Ainda, com a criação da LMP, um novo cenário é esperado, no que tange ao combate e prevenção da VDCM, bem como à punição do agressor. Antes da lei ser sancionada, as ações dos agressores, quando julgados, eram consideradas como crime de menor potencial ofensivo e equiparadas a delitos de trânsito e brigas entre vizinhos⁶. A punição consistia no pagamento de cestas básicas em entidades assistenciais⁷, bem como na prestação de serviços comunitários⁶.

A LMP, além de reconhecer diferentes tipos de violência cometidos dentro do lar ou por qualquer pessoa que se considere aparentada, institui a prisão em flagrante e preventiva do agressor, as medidas protetivas de urgência, inclusão das vítimas em programas oficiais de assistência social e o atendimento por serviços articulados em rede, incluindo saúde, segurança, justiça, assistência social, educação, habitação e cultura¹. Apesar disso, o Brasil ocupa o sétimo lugar no *ranking* mundial de países com taxas elevadas de feminicídios⁸. Destaca-se que apenas 35% das vítimas de violência doméstica oficializaram uma denúncia⁹. Entre os motivos para a não realização da denúncia figuram o medo de sofrer consequências piores por parte do agressor⁹, o preconceito social atrelado ao julgamento, a dependência afetiva e financeira do agressor, o sentimento de culpa pelo ocorrido e o constrangimento de expor a situação a terceiros⁵.

Muitas das vítimas procuram os serviços de saúde para tratamento imediato ou tardio dos agravos decorrentes da violência sofrida, embora não revelem a verdadeira situação. Assim, as unidades de saúde da família (USF), por sua interface com o social, estão em um patamar privilegiado para a detecção da VDCM, constituindo-se em espaço propício para o acolhimento das vítimas^{10,11}.

Essas unidades contam com equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários

de saúde. Tais equipes acompanham, em média, três mil habitantes, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde¹².

A aproximação desses profissionais com a comunidade pode funcionar como fator facilitador à detecção dos casos de violência¹⁰. Para tanto, é necessário que compreendam a VDCM como um fenômeno multifacetado, rompendo os estereótipos culturais – ou mesmo pré-julgamentos – que podem permear o atendimento às vítimas.

Considerando-se que os profissionais das USF, principalmente os técnicos de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACS), vivenciam o cotidiano familiar, pois realizam rotineiramente visitas domiciliares; ponderando, ainda, que a idade pode interferir na representação da VDCM, pois sofre influência do contexto histórico-cultural, e que o fenômeno da VDCM se reproduz de forma intergeracional, investigou-se: qual a representação social da VDCM, segundo a idade, entre TE e ACS. Assim, este estudo tem por objetivo comparar, segundo a idade, as representações sociais da VDCM entre TE e ACS atuantes em unidades de saúde da família, no extremo sul do país.

REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) constitui-se em um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana que se destinam à interpretação e à elaboração do real¹³.

No entanto, para que uma representação tenha sentido, é preciso que o objeto seja compartilhado e celebrado entre o grupo, pois a análise não se centra no indivíduo, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade. A opção pela TRS ocorreu por sua aproximação cada vez mais explícita com o objeto de estudo. O conhecimento da VDCM é adquirido pelas experiências no âmbito de trabalho dos sujeitos deste estudo e pelas informações e modelos histórico culturais vivenciados na sociedade.

Na perspectiva da Teoria do Núcleo Central, abordagem complementar à TRS, as representações possuem elementos sujeitos a uma estrutura hierarquizada, formada por sistemas de significados, que podem ser organizadas pela técnica do Quadro de Quatro Casas, que forma um quadro onde, no quadrante superior esquerdo localiza-se o Núcleo Central, que determina o significado e a organização da representação; é essencialmente social, ligado à memória coletiva e à história do grupo, é insensível ao contexto imediato e estabilizador da representação^{14,15}. No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos de contraste; nos quadrantes superior e inferior direito, os elementos de primeira e segunda periferias, respectivamente. O Sistema Periférico é composto por elementos que se organizam em torno do núcleo central; são acessíveis, flexíveis, concretos, evolutivos e sensíveis ao contexto imediato. Estão mais associados a características individuais, permitindo a heterogeneidade do grupo^{14,15}. A

construção do quadro deriva do Teste de Associação Livre de Palavras, ou seja, das Evocações Livres produzidas a partir de um termo indutor, permitindo a apreensão das projeções mentais de maneira espontânea e a revelação de conteúdos que poderiam ser velados nos discursos¹⁶.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, qualitativo, fundamentado na TRS, realizado em 12 USF localizadas na zona urbana e sete na rural do município do Rio Grande/RS, Brasil. Nessas unidades, atuavam 40 TE e 178 ACS. Foram excluídos os ausentes por licença-saúde, férias e os que recusaram o convite. Os dados foram coletados entre julho e novembro de 2013, por meio das técnicas de evocações livres e entrevistas.

Das evocações, participaram 154 profissionais. Solicitou-se que verbalizassem as cinco primeiras palavras lembradas, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”. Essa técnica permite a apreensão das cognições de maneira descontraída e espontânea, além de oportunizar a obtenção dos significados através do encadeamento rápido e objetivo, facilitando a evocação das expressões discursivas¹⁶.

Há um consenso entre os teóricos da TRS de que 30 entrevistas é o quantitativo mínimo necessário para a recuperação de uma construção cognitiva e social, acerca de um objeto¹⁷. Para selecionar os entrevistados, elaborou-se um mapa com a localização das USF. Adotou-se como critério a proximidade entre as unidades, pois supõe-se que ela propicie a construção de representações sociais semelhantes. Assim, o mapa foi dividido em quatro áreas urbanas que abrangiam 12 USF e seis áreas rurais que agregaram sete USF. Destaca-se que a distância entre essas últimas impediu maior agrupamento. Após, sorteou-se uma USF por área delimitada, convidando-se, no mínimo, um TE e dois ACS, totalizando 39 profissionais, que foram convidados, pois, diferentemente dos enfermeiros e médicos, não possuíam ensino superior. Para as entrevistas, elaborou-se um roteiro com questões abertas que possibilitou apreender a percepção geral da VDCM, resgatar práticas de

cuidado voltadas a pacientes vitimadas, aspectos éticos e legais do cuidado, a notificação e as dificuldades em executá-la. Ainda, investigou-se uma possível vivência da situação de violência no ambiente familiar, bem como a conduta tomada. Todas foram realizadas em salas reservadas nas USF e tiveram uma duração média de 40 minutos, sendo gravadas e transcritas na íntegra.

No tratamento dos dados, utilizou-se o *software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* (EVOC 2005) para as evocações, o que possibilitou a construção do quadro de quatro casas, proposto por Pierre Vergès. Para o tratamento dos dados provenientes das entrevistas, utilizou-se a Análise de Contexto¹⁸, a qual consistiu em encontrar o contexto em que as palavras constantes do quadro de quatro casas foram empregadas, utilizando-se frases para exemplificar as representações apreendidas.

Visando o anonimato, as falas dos técnicos de enfermagem foram identificadas por TE e as dos agentes comunitários de saúde, por ACS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande/RS, sob o Parecer nº 020/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades dos 154 informantes oscilaram entre 24 e 65 anos, sendo 41 anos a média. Assim, foram criadas duas categorias, inferior a 41 anos, com 86 informantes, e igual ou superior a 41 anos, com 68 informantes. O *corpus* formado pelas evocações dos profissionais com menos de 41 anos, frente ao termo indutor “violência doméstica contra a mulher”, contabilizou 427 palavras, sendo 149 diferentes. A média das ordens médias de evocação (OME) foi 3; a frequência mínima, 8; e a frequência média, 13. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas, conforme Figura 1.

O *corpus* formado com as evocações dos profissionais com idade igual ou superior a 41 anos contabilizou 340 palavras, sendo 148 diferentes. A média das OME foi 3; a frequência mínima, 5; e a frequência média, igual a 8. A análise desse conjunto de dados resultou no quadro de quatro casas, conforme Figura 2.

Frequência ≥ 13 / Rang < 3			Frequência ≥ 13 / Rang ≥ 3		
Agressão	19	2,105	Medo	17	3,353
Covardia	18	1,833	Revolta	16	3,250
Falta de respeito	20	2,350			
Frequência < 13 / Rang < 3			Frequência < 13 / Rang ≥ 3		
Abuso	11	2,091	Baixa autoestima	10	3,500
Abuso poder	8	2,625	Humilhação	12	3,000
Impunidade	10	2,700	Submissão	12	3,417
Sofrimento	10	2,400	Tristeza	10	3,000

FIGURA 1: Quadro de quatro casas da estrutura representacional de TE e ACS com idade menor que 41 anos acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, Brasil, 2014.

Frequência ≥ 8 / Rang < 3			Frequência ≥ 8 / Rang ≥ 3		
Abuso	8	2,500	Baixa autoestima	8	3,625
Agressão	16	1,563			
Agressão física	13	2,462			
Falta de respeito	11	2,727			
Medo	14	2,857			
Frequência < 8 / Rang < 3			Frequência < 8 / Rang ≥ 3		
Covardia	7	2,000	Abuso poder	6	3,167
Dor	7	2,571	Aceitação	5	3,000
Submissão	6	2,833	Alcoolismo	5	3,200
Tristeza	5	2,200	Drogadição	6	3,500
			Falta de diálogo	5	3,600
			Família	5	3,200
			Filhos	5	4,200

FIGURA 2: Quadro de quatro casas da estrutura representacional de TE e ACS com idade igual ou maior que 41 anos acerca da violência doméstica contra a mulher. Rio Grande/RS, Brasil, 2014.

Deve-se considerar que “é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações” e, “para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes”^{19:31}. Caso contrário, diz se tratar de “estados diferencialmente ativados da mesma representação, em função das situações específicas em que se encontrem os dois grupos”^{20:77}.

Identificou-se que os grupos comparados possuem uma representação com conotação negativa e com variações segundo a idade. Possuem em comum no núcleo central, os termos *agressão*, que se refere à imagem ou conceito, e *falta de respeito*, que identifica o julgamento dos profissionais em relação à VDCM. Nesse sentido, observa-se que ambas as representações possuem as três dimensões formadoras de uma representação social, ou seja, o conteúdo, a imagem e o julgamento²¹.

Destaca-se que os termos *agressão* e *falta de respeito* constituem elementos funcionais e normativos, respectivamente¹⁴. Os normativos referem-se ao sistema de valores dos sujeitos, atribuindo uma dimensão fundamentalmente social ao núcleo. Já os funcionais são associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais, determinando as condutas dos profissionais diante do objeto¹⁴.

Os profissionais mais jovens possuem, no núcleo central de sua representação, com menor frequência e prontamente evocado, outro elemento normativo, *covardia*, reforçando seus julgamentos em relação à VDCM. Também reforçando os julgamentos, o grupo com maior idade possui no núcleo central o termo *abuso*. Nesse grupo há, ainda, o termo *agressão física*, evidenciando que os profissionais reconhecem as formas de VDCM, distinguindo a forma física das demais. Tal termo expressa a imagem que eles possuem do ato violento, provavelmente pelas marcas aparentes no corpo da vítima²², ou seja, reconhecem a violência na sua rotina de trabalho apenas de forma explícita. Nesse

sentido, uma pesquisa realizada na região de atuação desses TE e ACS, identificou que 47,7% dos registros de violência em uma Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher se referiram à forma física²³.

Ressalta-se que o termo *medo*, presente no núcleo central do grupo com maior idade, por sua maior experiência profissional, pode estar relacionado tanto à vítima, quanto ao profissional. Na vítima, inibe a realização da denúncia e, para o profissional, o medo de represália constitui um entrave para atuação. Por outro lado, no grupo dos mais jovens, esse termo desloca-se para a primeira periferia, evidenciando que esse sentimento é mais intenso para o grupo com maior idade. Associa-se isso à falta de uma legislação até o ano de 2006, com caráter punitivo aos agressores e protetivo às vítimas de violência. Com a promulgação e ampla divulgação da LMP, os profissionais de saúde, possivelmente, passaram a sentir maior respaldo legal para atuação, diminuindo o sentimento de medo. Os trechos a seguir evidenciam o contexto discursivo dos termos presentes no quadro de quatro casas.

Eu acho que violência contra a mulher é um abuso, uma agressão, é o desamor. A violência contra a mulher é uma falta de respeito, uma agressividade sem necessidade. (TE)

Ela disse que toda vez que o companheiro chega em casa bêbado e ela vai comentar alguma coisa, ela apanha, é uma covardia. (TE)

Se souberem exatamente quem foi, não podes continuar trabalhando. Trabalhas em um ambiente que tem várias situações sociais e tipos de pensamentos, trabalhando com medo não se consegue fazer nada. (ACS)

Tentamos explicar que elas têm que denunciar, mas não adianta. Elas ficam com medo. (TE)

No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos de contraste, que também são considerados importantes e, possivelmente, reforçam ideias constantes no núcleo central ou ainda revelam a existência de

um subgrupo minoritário que possui uma representação diferente¹⁶. Os mais jovens evocaram nessa zona o termo *abuso*, mais frequente e prontamente evocado, reforçando os julgamentos desses profissionais em relação às ações do agressor. Também evocaram *abuso de poder, impunidade e sofrimento*. Observa-se a provável existência de um subgrupo, entre os mais jovens, que possui em sua representação uma variação, elencando o termo *impunidade*, possivelmente reconhecendo que os agressores devem receber punições adequadas frente à ocorrência da VDCM, situação amparada pela LMP¹.

Os profissionais com mais idade evocaram na zona de contraste os termos *covardia, dor, submissão e tristeza*. Este último demonstra o sentimento do profissional ao presenciar uma situação de violência. Por outro lado, a literatura relata que vítimas de violência doméstica que passaram por experiências depreciativas também o vivenciam²². Possivelmente *dor* refere-se a uma consequência tanto física quanto psicológica da agressão. A submissão, evocada seis vezes, revela a passividade atribuída à mulher, ainda fortemente arraigada na sociedade.

Discriminação mesmo, porque eles não sabem o que a mulher sofre, acham que os homens podem mais porque dão alimentação. (ACS)

É uma violência quando ele agride a pessoa verbalmente, às vezes, dói mais do que quando agride fisicamente. (TE)

Eu não sabia o que fazer, não sabia se saía ou se ficava, era horrível, muito triste. (ACS)

Tristeza, por eles não terem equilíbrio de conversar, manter a calma, eu achei muito triste. (TE)

Compreendendo que os elementos periféricos são mais acessíveis, vivos e concretos, “eles constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é elaborada ou colocada em funcionamento”^{19:32}. No quadrante superior direito, primeira periferia, foram evocados, entre os profissionais mais jovens, *medo e revolta*, apontando uma indignação da vítima que pode desencadear uma tomada de posição e a busca por mudanças. Os profissionais com mais idade evocaram na primeira periferia o termo *baixa autoestima*, como um sentimento constante na vítima. Essa diferenciação na organização dos conteúdos da representação pode ser verificada pela situação em que se encontram os grupos estudados²⁰, pois pela faixa etária supõe-se uma maior experiência profissional, o que pode modificar a representação da VDCM.

Hoje em dia isso não pode acontecer, quando me deparo com uma situação dessa eu me revolto muito. (ACS)

Eu acho que violência contra a mulher, pela parte da mulher, é falta de autoestima. (TE)

A cara dela deformada... olho roxo, boca cortada que não tinha como esconder [...] aquilo que eu falei, a autoestima... (ACS)

Na segunda periferia, quadrante inferior direito, encontram-se os elementos pouco frequentes e caracterizados como menos importantes pelos sujeitos da pesquisa. Na representação dos profissionais mais jovens, constam os termos *baixa autoestima, submissão, tristeza e humilhação*.

Aqueles com mais idade evocaram *abuso de poder, alcoolismo, drogadição, falta de diálogo, família, filhos e aceitação*, evidenciando a realidade que presenciavam no seu cotidiano de trabalho e no ambiente familiar. Ao evocar os termos *alcoolismo, drogadição e falta de diálogo*, os profissionais de saúde evidenciaram alguns dos fatores desencadeantes da VDCM e, assim, a expressaram de forma desnaturalizada. O abuso do álcool é uma realidade comum entre agressores².

Outra realidade, presenciada no cotidiano de trabalho dos profissionais com mais idade, é a preocupação das vítimas com o bem-estar dos filhos, o que pode justificar sua decisão em não denunciar o agressor.

Violência contra a mulher para mim é muita humilhação, a mulher passa por muita humilhação, muita submissão, às vezes, depende muito do marido. (ACS)

Não era nem da bebida, talvez alguma coisa com droga, porque ele ficava enlouquecido. (TE)

Ela tem os filhos dela para sustentar, ela tem os filhos que dependem dela e dependem da casa. (ACS)

No fim, a paciente acaba se acomodando e aceitando a situação. (TE)

O termo *aceitação* refere-se ao posicionamento da vítima em relação à ocorrência da violência. Por vezes, essa situação decorre pela falta de conscientização das mulheres sobre seus direitos ou pelo sentimento de vergonha em expor sua situação²⁴. Um estudo realizado com mulheres casadas identificou que elas se conformam com a violência e defendem o agressor ao vê-lo ser preso por policiais²⁵. Comportamentos como esses podem influenciar na elaboração da representação social da VDCM entre os profissionais, fazendo com que prejuízos interfiram na atuação humanizada às mulheres vitimadas.

CONCLUSÃO

A VDCM apresenta-se como um fenômeno social da atualidade e ainda recluso nos lares, muitas vezes por questões histórico-socioculturais que permeiam o comportamento humano. Com este estudo, foi possível perceber que há diferenciação na representação da VDCM, segundo a idade dos informantes.

O sentimento de medo é mais intenso entre os profissionais com idade igual ou superior a 41 anos, uma vez que integra o núcleo central da sua própria representação social, enquanto, na representação dos mais jovens, ele figura na primeira periferia. O medo é representado como um sentimento comum a vítimas e profissionais, influenciando na denúncia e atuação, respectivamente.

Enfatiza-se, ainda, a possibilidade da existência de um subgrupo com uma representação diferenciada entre os mais jovens, a qual é identificada pelo termo *impunidade* na zona de contraste. Esse termo não consta na representação dos profissionais com mais idade. Considerando que a legislação protetiva é recente no Brasil, compreende-se que ter convivido, por muitos anos, com a não criminalização da violência tenha mantido nesses profissionais o sentimento de impotência. Por outro lado, evocaram fatores desencadeadores da violência, o que pode significar que a representação social da VDCM entre esses profissionais esteja sendo desnaturalizada. Esses fatores foram evocados por meio dos termos *drogadição, alcoolismo e falta de diálogo*, presentes na segunda periferia, a qual aproxima a representação das práticas sociais. Destaca-se que o estudo apresenta como limitação sua realização em um único contexto sociocultural. Assim, recomenda-se a realização de outros estudos dessa abordagem com outros profissionais atuantes em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF); 2006
2. Fageeh WMK. Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. *BMJ Open*. 2014[cited 2014 Aug 15] 4(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927923/>
3. Brasil. Código Civil - quadro comparativo 1916/2002. Brasília (DF); 2003[cited 2014 Aug 15]. Available from: http://www.livros-gratis.com.br/arquivos_livros/sf00021a.pdf.
4. Solano LC, Queiroz JC, Carvalho FPB, Timóteo RPS, Monteiro AI. O processo histórico do arquétipo familiar contemporâneo e a invenção do incesto. *Rev enferm UERJ*; 2009;17:601-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a25.pdf>.
5. Cabette ELS, Silva LR. Lei Maria da Penha, violência, medo e amor: da denúncia ao perdão. *Jus Navigandi*. 2013[cited 2014 Aug 15] 18:3788. Available from: <http://jus.com.br/artigos/25829>
6. Cfemea. Lei Maria da Penha: do papel para a vida. Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. 2ª ed., Brasília (DF); 2009.
7. Souza PRA. A Lei Maria da Penha e sua contribuição na luta pela erradicação da discriminação de gênero dentro da sociedade brasileira. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XII, n. 61, 2009. [cited 2014 Aug 12]. Available from: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5886
8. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012: Homicídio de Mulheres no Brasil. 2012.
9. Datasenado (Br). Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. 2013. [cited 2014 Aug 19]. Available from: http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf
10. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1):76-84.
11. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery* 2009; 13(3):625-31.
12. Ministério da Saúde(Br). O trabalho do agente comunitário de saúde. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2009.
13. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001.
14. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, organizadores. *Representações Sociais e Práticas Educativas*. Goiânia:UCG, 2003.
15. Sá CP. Introdução. In: Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
16. 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 (PB): UFPE Editora Universitária; 2005. 572-8.
17. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latino-Am enfermagem*. 2011. 19(3):485-92.
18. Bardin L. A codificação. In: Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições70, 2011. 28-61.
19. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. 25-43.
20. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: Sá CP. *A identificação dos fenômenos de representação social*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 12-36.
21. Moscovici S. Social representation: a lost concept. In: Moscovici S. *The social psychoanalysis: a lost concept*. Tradução de Sonia Fhurmann. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012. 39-75
22. Vieira EM, Ford NJ, Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciêns saúde coletiva*. 2013; 18:681-90.
23. Silva CD, Gomes VLO, Acosta DF, Barlem ELD, Fonseca AD. Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. *Rev enferm UFPE on line* 2013; 7(1):8-14.
24. Abeya SG, Afework MF, Yalew AW. Intimate partner violence against women in West Ethiopia: a qualitative study on attitudes, woman’s response, and suggested measures as perceived by community members. *Reprod Health*. 2012[cited 2014 Aug 22]. 20:14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906066>
25. Semahegn A, Belachew T, Abdulahi M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. *Reprod Health*. 2013[cited 2014 Aug 10]. 5:63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879008/>