

Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária

Assimilating the theory and practice of domestic violence: nursing professionals providing primary care for victims

Asimilación teórica y práctica sobre la violencia doméstica: profesionales de la enfermería atendiendo a víctimas en la atención primaria

Cristiane Lopes Amarijo^I; Edison Luiz Devos Barlem^{II}; Daniele Ferreira Acosta^{III}; Sérgio Correa Marques^{IV}

RESUMO

Objetivo: analisar a assimilação teórica e prática acerca da violência doméstica contra a mulher (VDCM) entre profissionais de enfermagem, considerando o atendimento às vítimas em unidade de saúde da família. **Método:** pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, realizada com 25 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, inseridos no *software* Nvivo 10 e tratados a partir da análise de conteúdo. **Resultados:** foram elaboradas duas categorias analíticas: Os componentes da VDCM: conceito, imagem e atitude e Detecção dos casos de VDCM. **Conclusão:** a representação estruturada contendo imagem, conceito e atitude expõe a influência do contexto profissional. Acredita-se que a articulação, em rede, dos serviços de proteção e assistência às vítimas, tornariam o atendimento mais efetivo, resolutivo e integral às mulheres assistidas na atenção básica.

Descritores: Violência doméstica; violência contra a mulher; saúde da família; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to examine how nursing professionals in a family health unit assimilate the theory and practice of domestic violence against women (DVAW). **Method:** in this qualitative study, based on Social Representations Theory, data were collected from 25 nursing professionals by semi-structured interview, entered into Nvivo 10 software and treated by content analysis. **Results:** two analytical categories were elaborated: the components of DVAW (concept, image and attitude); and detection of cases of DVAW. **Conclusion:** the structured representation (containing image, concept and attitude) reveals the influence of the professional context. It is believed that articulating victim protection and care services in a network would render primary care for women more effective, decisive and comprehensive.

Descriptors: Domestic violence; violence against women; family health; nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asimilación teórica y práctica acerca de la violencia doméstica contra la mujer (VDCM) entre profesionales de enfermería, considerando la atención a las víctimas en unidad de salud de la familia. **Método:** investigación cualitativa, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, realizada junto a 25 profesionales de enfermería. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas, insertadas en el *software* Nvivo 10 y tratados a partir del análisis de contenido. **Resultados:** se elaboraron dos categorías analíticas: Los componentes de la VDCM: concepto, imagen y actitud y Detección de los casos de VDCM. **Conclusión:** la representación estructurada que contiene imagen, concepto y actitud expone la influencia del contexto profesional. Se cree que la articulación, en red, de los servicios de protección y asistencia a las víctimas, volvería la atención más efectiva, resolutiva e integral a las mujeres asistidas en la atención básica.

Descriptorios: Violencia doméstica; violencia contra la mujer; salud de la familia; enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) é um fenômeno global, antigo e atual, com importante relevância cultural e espessura social. Cotidianamente são televisionados, na mídia, casos que despertam a atenção da população civil. Alguns manifestam sentimento de revolta, enquanto outros buscam uma justificativa para o fato. São crenças, práticas, valores, julgamentos

presentes na sociedade, inclusive compartilhados entre profissionais da saúde¹.

Considera-se VDCM aquela praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente do vínculo familiar. A VDCM acarreta uma perda de nove milhões de anos de vida saudável, anualmente, frente aos transtornos físicos, psíquicos

^IDoutoranda em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: cristianeamarijo@yahoo.com.br

^{II}Doutor em enfermagem. Professor da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebarlem@gmail.com

^{III}Doutora em enfermagem. Professora da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nieleacosta@gmail.com

^{IV}Doutor em enfermagem. Professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: sergiocmarques@uol.com.br

e sexuais às vítimas, fato esse que a define como um grave problema de saúde pública².

As mulheres jovens são as principais vítimas podendo vivenciar essa forma de violência por anos, sem buscar ajuda. Dentre os fatores que inibem a procura por amparo legal, social ou familiar destacam-se: medo do agressor, geralmente o parceiro íntimo, dependência financeira, vergonha de ser julgada pelos vizinhos e ameaça de morte a si ou aos filhos.

Quando recorrem aos serviços de saúde, principalmente os voltados para atenção primária^{3,4}, a fim de sanar os problemas crônicos ou agudos decorrentes dos atos violentos, nem todos casos são identificados pelos profissionais. Isso ocorre, pois a atenção à saúde ainda tem forte influência da prática biomédica inibindo, desta forma, a compreensão das necessidades das mulheres vitimadas.

Nesse contexto, as unidades de saúde da família (USF), por reforçarem a integralidade do cuidado, encontram-se em patamar privilegiado para detecção de situações de risco, identificação de possíveis vítimas e agressores, promoção da saúde e prevenção de agravos junto aos usuários e à comunidade⁵. A equipe multidisciplinar, que atua nesse cenário, tem a responsabilidade de fortalecer a tecnologia leve como o vínculo, a escuta e o acolhimento, condicionantes para um modelo de atenção à saúde resolutivo aos problemas sociais, com impacto na saúde, como a VDCM.

Os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas precisam compreender o fenômeno além do aspecto conceitual, ultrapassando as barreiras que impedem uma atuação mais efetiva. É necessário conhecer a rede de apoio, a fim de orientar as mulheres e encaminhá-las aos serviços, somado a uma abordagem que valorize as queixas e marcas da alma, e não apenas as marcas visíveis causadas pelas lesões físicas, qualificando o cuidado em sua dimensão afetiva/expressiva⁶. Esse atendimento precisa ser isento de julgamentos, críticas negativas ou mesmo de culpabilização da mulher. Considerando que as práticas são regidas pelas representações sociais e que essa assimilação conceitual influencia as práticas e que a VDCM é um fenômeno presente no contexto profissional da enfermagem que atua na atenção primária, questiona-se: qual a assimilação teórica e prática de profissionais da enfermagem acerca da VDCM? Exposto isso, objetivou-se analisar a assimilação teórica e prática acerca da violência doméstica contra a mulher entre profissionais de enfermagem, considerando o atendimento às vítimas em unidade de saúde da família.

REFERENCIAL TEÓRICO

Considera-se ímpar problematizar a assimilação conceitual e prática, entre profissionais envolvidos no cuidado, sobre a VDCM. Esses elementos constituem a Representação Social (RS) sobre o fenômeno definida como “uma modalidade de saber gerada através da comunicação

na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas”^{7:68}. Ela determina o comportamento considerado aceitável, tolerável e lícito, sob influência do contexto social dos indivíduos. Designa uma “modalidade de conhecimento particular” que apresenta por função “a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”^{8:27}.

As RS constroem sempre a representação de algo (objeto) para alguém (sujeito)⁸. As concepções que o indivíduo apresenta sobre o contexto em que está inserido, quando verbalizadas, exprimem a RS que ele tem sobre o mundo que o cerca, podendo influenciar o seu comportamento, pois “a representação contribui exclusivamente aos processos de formação das condutas e de orientação das comunicações sociais”^{8:71}.

Os componentes de uma RS se estruturam em três dimensões: conceito/informação, atitude/julgamento e imagem/campo de representação. O conceito consiste na informação, nos conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto. A atitude constitui a opinião, o julgamento que se tem sobre o objeto em questão⁸. A opinião “é, por um lado, uma fórmula socialmente valorizada à qual um sujeito adere e, por outro lado, uma tomada de posição sobre um problema controverso [discutido] da sociedade”^{8:43}. É a mais frequente das três dimensões, pois as pessoas somente representam após terem se posicionado frente ao objeto e em função dessa posição tomada⁸. A imagem, ou sensações mentais, representa as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro. “A imagem é concebida como um reflexo interno da realidade externa, cópia conforme o pensamento daquilo que se encontra fora dele, assim, é reprodução passiva do dado imediato [...]”^{8:44}. Essas dimensões permitem o conhecimento do conteúdo e do sentido da representação⁸.

METODOLOGIA

Pesquisa social, exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em 19 USF do município do Rio Grande/RS/Brasil, divididas em zona rural e urbana a fim de contemplar vários contextos socioculturais do município.

Foram convidadas a participar do estudo todas as enfermeiras e técnicas de enfermagem das unidades. Excluíram-se aquelas que estavam de férias ou de licença saúde. Os dados foram coletados de julho a novembro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada. Questionou-se sobre o conhecimento, vivências, práticas e percepções pessoais e profissionais acerca da VDCM.

As entrevistas, gravadas com o consentimento das informantes, foram transcritas e inseridas no *Software NVivo* versão 10 e submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin⁹. O *NVivo* é um *software* de análise qualitativa que permite criar categorias, codificar, fazer buscas, explorar o material. Foi desenvolvido para

facilitar a organização, análise e compartilhamento dos dados, independentemente do método usado¹⁰.

Inicialmente as fontes, ou seja, as entrevistas foram exploradas e codificadas em *nós*, que constituem estruturas de armazenamento das informações. Os *nós* contém fragmentos das fontes que, posteriormente, originarão categorias analíticas. A codificação dos *nós* pode proporcionar ao pesquisador a organização hierárquica dos mesmos¹¹, formando árvores de nós, conforme a necessidade e criatividade. Essa estrutura se assemelha a categorias e subcategorias ou classes e subclasses.

Esleu-se o tema como unidade de registro. “Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa [...]”^{9:135}.

No que se refere à apresentação dos resultados, o *software* possibilita a utilização de variados recursos entre eles a nuvem de palavras, obtida a partir da ferramenta *frequência de palavras* que permite gerar uma lista dos termos mais frequentes nas entrevistas. Nessa nuvem, há uma relação direta entre o tamanho do desenho da palavra e sua frequência de verbalização.

Visando o anonimato, as falas foram identificadas por E (Enfermeiro) e TE (Técnico de Enfermagem) seguido do número correspondente à entrevista acrescido da sigla ZU para zona urbana e ZR para zona rural. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer nº 010/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das entrevistas 13 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem. Dessas, seis E e seis TE atuavam na zona urbana; as demais na zona rural. Apenas

dois informantes eram do sexo masculino, a idade variou entre 30 e 57 anos, predominando a faixa de 40 a 49 anos. Participaram de cursos, palestras ou seminários referentes à temática nove E e oito TE. Quanto à situação conjugal seis eram solteiras, duas tinham companheiro fixo e 17 residiam com companheiro. Seis TE e 12 E concluíram o curso de formação profissional antes de 2003, os demais após esse ano.

Os componentes da VDCM: conceito, imagem e atitude

A VDCM, na maioria das vezes naturalizada pelo senso comum, faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Todavia, frequentemente, os casos diagnosticados e valorizados socialmente são aqueles que apresentam marcas físicas¹², fazendo com que outras formas de violência permaneçam veladas diante da não revelação da mulher.

Na nuvem de palavras (Figura 1) os termos mencionados com maior frequência pelos participantes aparecem em destaque, confirmado pelas falas das participantes. Ver Figura 1.

Observa-se a saliência dos termos *física*, *agressão*, *abuso* e *verbal*. Esses vocábulos encontram-se permeados por *respeito*, *casa*, *desrespeito*, *moral*, *psicológica* dentre outras. Essas palavras revelam o reconhecimento das formas de violência e o julgamento sobre o objeto.

Referindo-se aos atos agressivos o maior destaque evidenciado foi no termo *física*. Outras expressões da violência como *verbal*, *moral* e *psicológico* também foram relatadas. A forma psicológica impacta na saúde com a mesma intensidade e, geralmente, encontra-se associada à violência física e sexual¹³. As palavras, frases desqualificadoras, utilizadas com a intenção de desprezo¹⁴, as ameaças de morte causam inércia na



FIGURA 1: Nuvem de palavras formada por profissionais da enfermagem acerca da VDCM. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

mulher e isolamento social deixando-a mais vulnerável ao ciclo violento. As falas, a seguir, expõem com clareza a representação gráfica da nuvem de palavras.

Violência doméstica contra a mulher significa uma violação do direito da mulher... Tem a violência física, mas existem outros tipos de violência às quais elas se submetem. (E5-ZU)

Para mim, violência doméstica contra a mulher é desde uma agressão verbal até uma violência física. A violência é de várias formas. Pode ser até no olhar. (TE6-ZU)

Estudo realizado com 150 enfermeiras de Lisboa, que objetivou identificar as RS da violência contra a mulher, revelou que, frente ao estímulo *Quando penso em violência, lembro-me de...*, as seis palavras mencionadas com maior frequência foram: agressão, dor, agressão física, agressão psicológica, maus-tratos e lesões. Para elas, as agressões físicas vem à tona perante as lesões apresentadas¹⁵.

Considerando que a RS é formada por três dimensões: imagem/campo representacional, conceito/informação e atitude/julgamento, as marcas físicas caracterizam a imagem do objeto, algo visível no corpo da mulher permitindo, assim, a identificação do fenômeno. A imagem representa as impressões mentais que pessoas ou objetos deixam no cérebro diante da indução ao tema, e é concebida como um reflexo interno da realidade externa⁸, conforme ilustrado pela seguinte fala:

Quando se pensa em VDCM, a primeira coisa que a gente pensa é em agressão física, mas eu acho que a violência doméstica não se restringe só à questão da violência física... Eu acho que a violência física acontece muito porque é aquela que a gente mais enxerga, que a gente ouve no rádio, vê na TV, no jornal, que vai para a mídia, que aparece com os artistas, que acaba gerando os escândalos. (E144-ZR)

Já o conceito consiste na informação, no conhecimento que determinado grupo possui acerca do objeto, sendo representado pelas diferentes formas de violência relatadas. A atitude constitui a opinião, o julgamento sobre o fenômeno elencado pelos termos *abuso* e *desrespeito*. Ambos, presentes na nuvem de palavras, podem indicar que, para esses profissionais, a violência constitui um desrespeito que ocorre na própria casa da vítima, ou do casal, local que deveria servir de proteção, torna-se inseguro pois o agressor encontra-se dentro do lar.

Violência doméstica contra a mulher significa um descaso, uma falta de respeito com a mulher em casa... (E103-ZR).

Violência doméstica contra a mulher é uma agressão, um abuso do companheiro à sua própria esposa. (TE75-ZU)

A visão de marido companheiro, cuidador, protetor da mulher e dos filhos é deturpada pela figura de homem perverso, agressor, que fere sua companheira através da violência e da brutalidade. As estatísticas apontam o parceiro íntimo como sendo o agressor na maioria dos casos de VDCM. Entre os anos de 2007 e 2012, a Central de Atendimento à Mulher, também conhecida por Ligue 180, registrou 257.562 denúncias de violência doméstica, dessas, a maioria causada pelo parceiro íntimo¹⁶.

Baseados na subalternidade feminina, muitos homens adotam a violência como uma forma de corrigir o comportamento por eles considerado incorreto. O direito da mulher de fazer escolhas é compreendido como um comportamento errôneo que deve ser penalizado¹⁴.

Detecção dos casos de VDCM

A nuvem dessa categoria permite inferir que as práticas vivenciadas pelos profissionais contribuem para a construção de suas RS sobre o tema e vice-versa¹⁷. A referida nuvem põe em evidência *paciente* seguido de *conversa*. Por meio dela a *enfermeira* desenvolve, na *unidade* de saúde, o *acolhimento* e a *consulta*. Como formas de diagnóstico da violência foram mencionadas a presença de *hematomas*, a *paciente machucada*, *assustada* e com *medo*. Os termos *casa*, *companheiro* e *agrediu* evidenciam o cenário do ato violento, bem como seu agente causador. Ver Figura 2.

Esses termos podem revelar como os profissionais visualizam as vítimas e as ações que compõem o atendimento. Quando a paciente busca o serviço, a conversa é um dos principais recursos para detectar a vitimização. É durante o acolhimento que as vítimas devem ser orientadas sobre seus direitos e os recursos que poderão utilizar no combate à violência, como grupos de autoajuda, atendimento por membros da equipe multiprofissional¹⁸ ou problematização sobre o projeto de vida. Nesse sentido, os termos revelam que os informantes prestam um cuidado global as clientes envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Eu identifiquei o caso em uma consulta de enfermagem [...]. A gente foi falando, foi conversando, e elas vão contando a vida delas. (E167-ZU)

A paciente chegou até nós pedindo ajuda porque tinha sido agredida pelo companheiro... a paciente conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram, como chegou até a violência física. (E166-ZU)

A expressão *conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram* ilustra que, nesse caso, houve facilidade na comunicação da ocorrência; frequentemente há dificuldade das vítimas para relatarem o vivenciado. Geralmente, quando a mulher busca o serviço e não revela, ou mesmo não apresente lesões físicas aparentes, a violência é mascarada por sintomas inespecíficos³ dificultando a identificação do caso.

Foi um horror! Quando a gente chegou no local havia tido um aborto em casa. A cena foi bem feia. Ela tinha abortado e o nenê tinha jeito de estar todo formado, tinha jeito de ter uns 8 para 9 meses de gestação. Na hora ela disse que sentiu dores, que começou a se espremer e se evacuou. Tinha sangue, tinha fezes, era uma cena de filme, horrível! E que tinha abortado. E nós encaminhamos ela e o feto para o hospital... Depois, investigando, fiquei sabendo que tinha sido por violência, ela tinha apanhado do companheiro. (E144-ZR)

Eu recebi um marido e a esposa que estavam discutindo. Ela estava fazendo comida e ele, não sei por qual motivo,



FIGURA 2: Nuvem de palavras formada por profissionais da enfermagem acerca da VDCM. Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

jogou uma panela de óleo quente nela. [...] A mulher chegou mal, chegou toda queimada, toda desmanchada da queimadura. (E103-ZR)

Observa-se que a cronificação da violência é um problema a ser enfrentado nas unidades de saúde. Somado a isso, o ciclo repetitivo agudiza os casos fazendo com que a atenção primária seja um espaço onde os profissionais precisam estar preparados para superar os desafios cotidianos em situações impactantes e incapacitantes como a VDCM.

Devido à complexidade da VDCM, e também para que o atendimento às vítimas seja efetivo, é necessário uma visão holística e multiprofissional sobre o fenômeno. Conforme observado neste estudo, os diferentes *modos de ser-agir* repercutem positivamente no cuidado. A heterogeneidade do grupo, as estratégias individuais de cuidado, a visão subjetiva da enfermeira e o vínculo estabelecido conduzem a uma reflexão mútua, de incentivo e elaboração de um projeto de vida trazendo a luz esperada pelas mulheres vitimadas, conforme retratado a seguir.

Para mim não precisa nem a paciente falar. Tu vês pelo estado, às vezes físico, emocional que ela está... (TE6-ZU)

Comecei a conversar com ela, passei a gaze onde ela estava machucada. Passar a gaze para tirar o sanguezinho. Fui conversando e dizendo que ia tudo se tranquilizar, ia melhorar. Fui amenizando, para ver se ela parava de chorar. Um conforto com as palavras para ver se ela ficava menos ansiosa, porque ela estava muito emotiva, chorando. Eu tento fazer a minha parte que é tranquilizar, fazer o curativo, passar carinho naquela hora que ela está precisando, compreensão. (TE8-ZU)

Durante a conversa com a mulher surgiu o assunto e a agente chamou a enfermeira responsável que começou a resolver o assunto. (TE145-ZR)

Dessa forma, pode-se inferir que o cuidado, nas USF, é permeado pela dimensão afetiva, que consiste na valorização do outro. A afetividade pode ser expressa por demonstrações de empatia ou mesmo gestos sutis como um toque, o tom de voz ou um sorriso. O cuidar com afetividade requer interesse e compromisso com o paciente⁴, presente entre as profissionais de enfermagem deste estudo.

Diante da RS sobre a VDCM emerge o papel da enfermeira no cuidado à mulher vitimada, tal como apresentado na nuvem de palavras. Na USF é a essa categoria profissional que agentes comunitários e técnicos de enfermagem recorrem a fim de dar resolubilidade aos casos. Somado a isso, tem-se o conhecimento de que a enfermeira da unidade, como coordenadora, tem posição de destaque na integração entre a equipe, na elaboração de atividades de capacitação, entre outros.

A VDCM não se justifica, contudo, existem fatores considerados precursores. Esses podem, ao mesmo tempo, atuar como motivadores ou inibidores da denúncia. Alguns inibidores são: falta de condições econômicas para viver sem o companheiro, preocupação com os filhos e medo de serem assassinadas. Como motivadores citam-se: desejo de acabarem com a situação vivenciada, desejo de ter paz e retomar sua vida e planos de estudar, trabalhar, relacionar-se com amigos e familiares, usar roupas de sua escolha, conforme observa-se a seguir.

A paciente chegou à unidade pedindo ajuda, porque tinha sido agredida pelo companheiro. Após a coleta de dados, a paciente conseguiu falar exatamente como as coisas aconteceram, como chegou até a violência física. Falou sobre a questão do comportamento do

companheiro em casa, de ter sido sempre violento. Falou sobre todo esse tempo que eles estão juntos até ela ter coragem de ir à unidade [...] Num segundo momento, essa paciente já mudou um pouquinho a fala, aquela velha questão de que ela não tem como se manter fora disso. Falou do medo da denúncia, de não ter o que fazer com os filhos, de perder os filhos. (E166-ZU)

A elevada frequência das mulheres aos serviços de saúde deve-se, também, ao seu papel social de cuidadora dos filhos e do marido. Nessas oportunidades, a consulta de enfermagem constitui-se num recurso propício à detecção dos casos de violência⁴. Entretanto, para que o cuidado prestado seja transformador, é necessário que o enfermeiro considere as experiências, valorizando a relação entre profissional-usuária¹⁹.

Ao prestar o cuidado, a enfermagem necessita olhar além do fato ou da queixa apresentada, pensar sobre os fatores macrossômicos que podem desencadear a violência e direcionar as suas ações de cuidado à pessoa considerando as suas especificidades e singularidades^{20:176}

Contudo, estudos sobre representações de profissionais da saúde acerca da VDCM de saúde revelaram que o medo pode atuar como fator influente do agir profissional^{21,22}.

CONCLUSÃO

A VDCM é uma realidade nas USF e os profissionais da enfermagem são, geralmente, os primeiros a prestarem atendimento às vítimas. Para os profissionais da enfermagem atuantes em USF do Município do Rio Grande/RS, a RS da violência possui conceito, imagem e atitude. Ressalta-se a forte saliência da dimensão imagética, ilustrada pela frequência da expressão *violência física* na fala dos participantes, que pode ser alimentada pelas visualizações das marcas deixadas nos corpos das vítimas.

Há de se considerar que a RS que estes profissionais possuem da VDCM pode influenciar suas práticas, tanto preventivas quanto assistenciais, contribuindo de forma positiva ou negativa para detecção e o desfecho dos casos, bem como para a garantia dos direitos femininos.

Constatou-se que, distintamente do que a literatura expõe, os cuidados prestados pelos profissionais deste estudo não se restringiram ao físico. Eles preocupam-se em acolher as vítimas, estabelecer um vínculo de confiança a partir do diálogo, da escuta, do cuidado afetivo.

Difícilmente ações de enfrentamento e de assistência às mulheres em situação de violência serão resolutivas se continuarem pautadas no modelo de atenção biomédico.

Acredita-se que apesar de detectar-se a assimilação teórica e prática acerca da VDCM observada pelos profissionais da enfermagem no atendimento às vítimas, em atenção primária, a realidade reforça a

necessidade de atuação multidisciplinar com destaque para a problematização do fenômeno em diferentes espaços, como comunidade, escolas, contexto universitário, empresas, campanhas junto à população a fim de desmistificar a sua naturalização e promover a equidade entre os gêneros.

Reconhece-se que as limitações do presente estudo compreendem uma reduzida amostra e restrita a um município brasileiro, o que impede a generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

1. Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Marques SC, Fonseca AD, Martins SR. Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Rev. Esc. Enferm. USP. (Impresso)*. 2015; 49(1): 22-9.
2. Senado Federal (Br). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Gráfica Senado Federal; 2006.
3. Gonzáles GC, Bejarano CR. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 2014; 33:424-39.
4. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013; 47(2):304-11.
5. Hesler LZ, Costa MC da, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev. gaúch. enferm.* 2013; 34(1):180-6.
6. Gomes VLO, Silva AL, Ern E. O cuidado de crianças em creches: um espaço para a enfermagem. *Rev. gaúch. enferm.* 2003; 24(2):177-88.
7. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: A identificação dos fenômenos de representação social. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 1998.
8. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Traduzido do inglês por Sofia Fuhrmann. Petrópolis(RJ): Editora Vozes; 2012.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. QSR International. Manual NVivo 10. Pty Ltd; 2014.
11. Grijó WP. Uso de software de pesquisa qualitativa na análise de dados da recepção midiática. X POSCOM - Seminário dos Alunos de Pós-Graduação em Comunicação Social da PUC-Rio 04, 05 e 06 de novembro de 2013. [citado em 16 jun 2017]; Disponível em: <http://pucposcom-rj.com.br/wp-content/uploads/2013/11/Wesley-Pereira-Grijo%CC%81.pdf>.
12. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta paul. enferm.* 2013; 26(6):547-53.
13. Albuquerque JBC, César ESR, Silva VCL, Espínola LL, Azevedo EB, Ferreira Filha MO. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2013; [citado em 08 jan 2017]; 15(2):382-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18941>.
14. Giraldo SLH, Ballén MNR. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index de enfermería*. 2014; 23(1-2):26-30.
15. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Social representations of violence against women in the nursing perspective. *Interface - comunic. saude, educ.* 2011; 15(37):409-24.
16. Senado Federal (Br). Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do

poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Relatório final. Brasília (DF): Gráfica Senado Federal; 2013.

17. SÁ CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

18. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* (Online). 2013; 29(9):1805-15.

19. Souza MC, Mendes GFR, Lima SDLM, Santana JMAMP, Oliveira MBB, Silva JS. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. *Revista Âmbito Jurídico. Caderno Internacional*. 2014. [citado em 03 mar 2017];

Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874#.

20. Batista JMS, Trigueiro TH, Lenard MH, Mazza VA, Labronici LM. O modelo bioecológico: desvendando contribuições para a práxis da enfermagem diante da violência doméstica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2013; 17(1):173-8.

21. Silva CD, Gomes VLO, Oliveira DC, Amarijo CL; Acosta DF, Mota MS. Representação da violência doméstica contra mulheres entre profissionais de saúde: idade como atributo de diferenciação. *Rev. enferm. UERJ*. 2016; 24(3):e13212.

22. Amarijo CL, Gomes VLO, Gomes AMT, Fonseca AD, Silva CD. Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural. *Rev. enferm. UERJ*. 2017; 25:e23648.