

## Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde

Domestic Violence Against Women Perpetrated by Intimate Partner: Professionals' Social Representations in Primary Health Care

La Violencia Doméstica Contra las Mujeres: Las Representaciones Sociales de los Profesionales de Atención Primaria de Salud

Walquíria Jesusmara dos Santos<sup>1</sup>, Patrícia Peres de Oliveira<sup>2</sup>, Selma Maira da Fonseca Viegas<sup>3</sup>, Thiago Magela Ramos<sup>4</sup>, Aryanne Gabrielle Policarpo<sup>5</sup>, Edilene Aparecida Araújo da Silveira<sup>6</sup>

### Como citar este artigo:

Santos WJ, Oliveira PP, Viegas SMF, et al. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. Rev Fund Care Online. 2018 jul./set.; 10(3):770-777. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777>

### ABSTRACT

**Objective:** Our goal herein has been to gain further insights regarding the professionals' social representations in Primary Health Care (PHC) related to violence against women perpetrated by an intimate partner. **Methods:** Qualitative research having focus on Social Representations, which was analyzed by the Structural Analysis of Narrative. The study scenarios were eight PHC units from the municipality of *Minas Gerais*, Brazil. Eight focus groups were carried out, where each group participants number ranged from 8 to 12, comprising a total of 53 professionals. **Results:** Two categories appeared: 1. From popular saying, the domestic violence banalization against women identifying the meaning cores: "do not interfere in a couple fight"; "high incidence of violence legitimized in the social representations". 2. In defense of the intimate partner abuser held the meaning cores: "alcohol and other drugs as violence triggers"; "representations associated to gender perspectives"; "guilt imputation towards the woman". **Conclusions:** This study showed that violence against women is legitimized, accepted and tolerated according to participants' speeches. Moreover, violence against women has been also inferred as something imputed/inherent to women.

**Descriptors:** Domestic violence, Violence against women, Primary health care.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda e Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal de São João del-Rei. Minas Gerais, Brasil. E-mail: [walsantos@hotmail.com](mailto:walsantos@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Educação: Currículo e Mestre em Gerontologia. Professora Adjunta da Universidade Federal de São João del-Rei. Minas Gerais, Brasil. E-mail: [pperesoliveira@ufsj.edu.br](mailto:pperesoliveira@ufsj.edu.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de São João del-Rei. Minas Gerais, Brasil. E-mail: [selmaviegas@ufsj.edu.br](mailto:selmaviegas@ufsj.edu.br) / [edileneap@ufsj.edu.br](mailto:edileneap@ufsj.edu.br)

<sup>4</sup> Enfermeiro. Residente em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família. Minas Gerais, Brasil. E-mail: [thiagomagelaramos@yahoo.com.br](mailto:thiagomagelaramos@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del-Rei. Minas Gerais, Brasil. E-mail: [aryannepolicarpo@yahoo.com.br](mailto:aryannepolicarpo@yahoo.com.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender as representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. **Método:** Pesquisa qualitativa com o enfoque nas Representações Sociais, analisado pela Análise Estrutural da Narração. Foram realizados oito grupos focais, o número de participantes variou de 8 a 12, totalizando 53 profissionais de oito unidades de Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. **Resultados:** Emergiram duas categorias: 1. Do ditado popular à banalização da violência conjugal contra mulheres, identificando-se os núcleos de sentido: “não se interfere em briga de casal”; “naturalização da violência legitimada nas representações sociais. 2. Representações sociais numa perspectiva de gênero, decorrida dos núcleos de sentido: “representações associadas aos papéis de gênero”; “imputação de culpa à mulher”. **Conclusão:** O estudo demonstrou que a violência contra as mulheres é legitimada, aceita e tolerada nas falas dos participantes, como algo imputado/inerente à mulher.

**Descritores:** Violência doméstica, Violência contra a mulher, Atenção Primária à Saúde..

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las representaciones sociales de los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS) sobre la violencia contra la mujer perpetrada por su pareja. **Método:** Investigación cualitativa con enfoque en las Representaciones Sociales. Los escenarios fueron ocho unidades de APS de un municipio del Minas Gerais, Brasil. Se realizaron ocho grupos focales, el número de participantes varió de ocho a 12, por un total de 53 profesionales. **Resultados:** Emergieron dos categorías: 1. De dicho popular de la representación social de la violencia doméstica contra las mujeres, la identificación de las unidades de significado: no interfiere con la lucha de la familia; alta incidencia de la violencia legitimada en las representaciones sociales. 2. En defensa del agresor de pareja, celebró las unidades de significado: alcohol y otras drogas como causas de la violencia; representaciones asociadas con la perspectiva de género; atribuir la culpa a la víctima. **Conclusión:** Mostró que la violencia contra las mujeres se legitima, aceptado y tolerado en los discursos de los participantes, como algo imputado / inherente a las mujeres.

**Descriptor:** Violencia doméstica, Violencia contra la Mujer, Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica e familiar contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, no qual o agressor conviva ou tenha convivido com a mulher independente de coabitação”.<sup>1</sup>

Esse tipo de violência pode resultar em agravos de saúde física, mental e emocional na mulher, além de acarretar altos custos econômicos para um país, seja por meio de gastos com assistência médica, devido à impossibilidade para o trabalho produtivo ou com as consequências relacionadas à saúde mental.<sup>2</sup> É considerada uma prioridade na área de direitos humanos,

podendo ocorrer de várias formas como violência física, psicológica, moral, patrimonial ou sexual e em 70% dos casos o perpetrador é alguém com quem ela mantém ou manteve vínculo afetivo.<sup>1-3</sup>

No Brasil, de acordo com dados das Delegacias Especializadas no Atendimento a Mulheres, são notificadas cerca de 205 mil agressões a mulheres no período de um ano.<sup>3</sup> Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação mostram que foram registrados 223.796 atendimentos de vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências em 2015, sendo que duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) eram mulheres e demandaram atendimento em unidade de saúde devido situação de violência. O número de vítimas de homicídio do sexo feminino passou de 3937 em 2005 para 4762 em 2015 representando um aumento de 21,0% em uma década.<sup>4</sup>

A violência doméstica contra a mulher corresponde a um fenômeno sociocultural, consequência de uma sociedade baseada nas relações de poder e conflito entre gêneros. O ser masculino e o ser feminino são frutos de um constructo social que valoriza as características sexuais que conferem ao homem a força física e transfere ideologicamente o poder do âmbito biológico para o âmbito social, autorizando o seu domínio sobre o sexo biologicamente “frágil”, que deve se submeter à ordem “natural”, biológica e social. Tal pensamento, “homem forte e mulher fraca”, tem sido historicamente construído e empregado para legitimar a violência perpetrada contra as mulheres.<sup>2</sup>

Estudos apontam que mulheres que sofreram violência são mais propensas a buscar cuidados em serviços de saúde, mesmo que não divulguem a situação de violência vivenciada, sendo as Unidades de Atenção Primária uma potencial porta de entrada (por meio das vias de referência) para serviços especializados em violência contra a mulher (caso existam) ou para outros serviços que a mulher demande.<sup>2-5</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde Brasileiro tem proposto medidas para disponibilizar atendimento efetivo e integral às mulheres em situação de violência a partir dos serviços de atenção primária à saúde. As políticas públicas preconizam que o atendimento às mulheres em situação de violência deve ser realizado por redes inter-setoriais, constituídas por diversos serviços, incluindo a rede básica de saúde, pois embora a violência contra a mulher produza forte impacto sobre sua saúde, ela é um problema de caráter social que além de recursos na área da saúde, requer vários outros como, por exemplo, segurança pública e assistência social.<sup>6</sup>

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são importantes para uma atuação preventiva da violência doméstica contra a mulher devido à reorganização do modelo assistencial, por meio da Estratégia Saúde Família, a possibilidade de longitudinalidade do cuidado, ao

vínculo estabelecido com os usuários, a capacidade de atuação intersetorial e primordialmente, a responsabilidade na promoção da saúde.<sup>7-8</sup>

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde se encontram em posição privilegiada para criar um ambiente seguro e confidencial que facilite a divulgação da violência, garanta a oferta de apoio adequado e encaminhamento a outros recursos e serviços.<sup>9</sup>

Entretanto, estudos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde sobre as práticas das equipes frente às situações de violência doméstica apontam desafios e dilemas para a construção da atenção integral. Dentre as barreiras e dificuldades no atendimento a situações de violência, estão a sensação de insegurança por parte dos profissionais, ausência de treinamento, lacunas na formação acadêmica e falta de conhecimento sobre o manejo dos casos, a ampliação do olhar para além das queixas biológicas e o não desvelamento da situação de violência por parte das usuárias, inclusive há subnotificação dos casos de violência contra a mulher, mesmo sendo obrigatória a notificação compulsória aos profissionais de saúde ou responsáveis à assistência a cliente.<sup>8,10</sup>

Outro estudo apontou que médicos e enfermeiros são os profissionais que menos se envolvem no atendimento de mulheres em situação de violência, entretanto, em muitos casos, são justamente estes os profissionais que mais são procurados por essas usuárias, visto que muitas famílias possuem um frágil vínculo com as unidades básicas de saúde, sendo a procura exclusivamente para o atendimento de demandas espontâneas.<sup>11</sup>

O profissional de saúde precisa ser capacitado a prestar uma assistência que venha ao encontro das necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas vítimas de violência, bem como identificar as ocorrências nas usuárias atendidas, de forma a favorecer a notificação dos casos, o encaminhamento adequado e principalmente a continuidade da assistência à saúde das vítimas. A incipiente capacitação para atenção à vítima de violência na formação profissional se constitui em lacuna de conhecimento que dificulta o enfrentamento dessa temática.<sup>12-13</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem necessidade de avançar para que a atenção à saúde refira-se à premissa de proteção dos direitos humanos e da cidadania de pessoas que sofreram ou sofrem violência.<sup>3</sup> Ao focar questões complexas, como a violência doméstica, há a necessidade de ampliar a percepção dos profissionais de saúde para uma mudança de paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir, no sentido de garantir a escuta e a atenção qualificadas para pessoas em situação de violência.<sup>3-5</sup>

As crenças e representações podem determinar o modo como o ser humano se posiciona e reage diante de situações e a forma como o profissional de saúde concebe a violência doméstica pode influenciar o modo como o mesmo atuará frente ao problema.<sup>7</sup> Dessa forma,

conhecer as representações e práticas dos profissionais de saúde da APS em relação à violência é relevante para a construção de propostas que contribuam para diminuir sua ocorrência e propor ações de prevenção, uma vez que cada grupo social pensa e vivencia a violência a partir de seu contexto social.

Este estudo apresenta como questionamento: Quais são as representações sociais de profissionais de saúde que atuam no contexto da Atenção Primária à Saúde sobre violência doméstica contra a mulher?

Diante do exposto, objetivou-se compreender as representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, que teve como ponto de ancoragem o enfoque teórico das Representações Sociais.<sup>14</sup> Uma representação social refere-se a um conjunto organizado de informações, crenças e atitudes que os indivíduos ou grupos constroem sobre um objeto, uma situação ou um conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se como uma forma subjetiva e social da realidade, o qual contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.<sup>14</sup>

Os cenários do estudo foram todas as oito Unidades de Atenção Primária à Saúde pertencentes a uma regional sanitária prioritária em ações de saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados de novembro de 2013 a junho de 2014.

Para conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a temática violência contra a mulher, foram utilizados grupos focais como fonte de evidências, sendo realizado um grupo focal em cada Unidades de Atenção Primária à Saúde. Os grupos focais consistem em entrevistas em grupo, em profundidade, nas quais a interação é parte integrante do método e que permite aos seus integrantes explorarem seus pontos de vista sobre um determinado fenômeno social, se constituindo em um espaço privilegiado para o alcance de concepções grupais acerca de determinado fato ou fenômeno.<sup>15</sup> Para participação nesses grupos focais foram convidados todos os profissionais de saúde vinculados a cada unidade de APS pertencente à região sanitária sudeste do município, cenário do estudo.

O convite aos participantes foi realizado por meio de contato telefônico ou e-mail, em duas etapas. Primeiramente, realizou-se o contato inicial, um mês antes da realização da coleta de dados, para abordar os possíveis participantes, explicitar os objetivos do estudo, observar a disposição do convidado para a data e horário previstos e esclarecer dúvidas, e um segundo contato, uma semana antes, para confirmação de presença, data e horário.

Foram realizados oito grupos focais, um em cada unidade de APS, com a participação de várias categorias profissionais

em cada grupo: médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, cirurgião-dentista, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde. O número de participantes em cada grupo variou de 8 a 12, a duração média de cada grupo focal foi de 60 minutos. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: ser maior de 18 anos e fazer parte das equipes das unidades de APS, cenário da pesquisa, possuir um período mínimo de seis meses de atuação na função/no cargo, considerando que, nesse espaço de tempo, estariam mais adaptados ao trabalho.

Houve a apresentação formal da pesquisa em respeito aos critérios éticos. Os entrevistados foram informados acerca da finalidade da pesquisa, do caráter sigiloso e da possibilidade de interrupção de sua participação sem qualquer tipo de prejuízo.

Os grupos focais foram realizados com a organização de um moderador e de um observador. O moderador era sempre um enfermeiro, membro do grupo de pesquisa; e o observador, um enfermeiro ou acadêmico de enfermagem, previamente treinados. O moderador teve o objetivo de manter as discussões em torno do tema, propor questões de relance para aprofundá-lo e intervir para possibilitar a fala de todos do grupo. O observador teve a atribuição de registrar os acontecimentos do grupo focal considerando o todo e as peculiaridades significantes, como também controlar o tempo e monitorar o equipamento de gravação, além de auxiliar o moderador na condução das discussões.

O debate foi proposto a partir da seguinte questão central: “Diga-me o que você pensa sobre violência doméstica contra a mulher e conte-me sobre sua prática profissional voltada para essas mulheres no seu cotidiano de trabalho”.

O discurso dos participantes foi gravado em áudio e transcrito na íntegra e, para a organização da análise, foi utilizada como estratégia a análise estrutural da narração descrita por Demazière e Dubar, constituída por três etapas: a leitura vertical, a horizontal e a transversal.<sup>16</sup> Na primeira etapa, ou seja, na leitura vertical, buscou-se extrair o sentido global de cada entrevista, permitindo o levantamento dos temas presentes.

Na leitura horizontal, foi realizada a desconstrução de cada entrevista sendo o conjunto do texto numerado em sequências com o posterior agrupamento das sequências que tratam do mesmo assunto, chamado de reconstrução da entrevista, o que permitiu explicitar as significações atribuídas pelos sujeitos entrevistados aos objetos citados nas narrativas. Essa reconstrução permitiu encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que os próprios entrevistados realizaram.

Na terceira etapa, a leitura transversal, objetivou-se comparar e explicitar os significados surgidos nos grupos focais naquilo em que foram concordantes e discordantes. Ao final, foram obtidas as categorias de base do estudo (ou categorias empíricas), sendo estas, ainda nessa etapa, comparadas e discutidas com os resultados demonstrados na literatura pertinente. Foi mantido o anonimato dos participantes por

meio da adoção da letra E (de entrevistado), seguida pelo número sequencial de pronunciamento dos participantes da pesquisa, além das letras GF (grupo focal), que se referia ao grupo focal que o entrevistado participou.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, CAAE nº 20941413.2.0000.5545, conforme parecer nº 415.203, obedecendo às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Teve como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde do local pesquisado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 53 profissionais, dentre eles: 10 enfermeiros, três médicos, 12 técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, dois dentistas, cinco auxiliares de saúde bucal, um psicólogo, 13 agentes comunitários de saúde. Com relação ao sexo, 48 entrevistados eram mulheres e cinco eram homens.

As representações encontradas estão em torno das ideias associadas à violência doméstica contra a mulher e dos motivos que precipitam esse tipo de violência, emergindo da análise duas categorias temáticas: 1. Do ditado popular à banalização de violência conjugal contra mulheres; 2. Representações sociais numa perspectiva de gênero.

Sobre a primeira categoria temática central, “Do ditado popular à banalização da violência conjugal contra mulheres”, identificou-se os seguintes núcleos de sentido: “não se interfere em briga de casal” e “naturalização da violência legitimada nas representações sociais”.

Em relação ao primeiro núcleo de sentido “não se interfere em briga de casal”, emerge das falas o ditado popular “briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, e as representações dos entrevistados revolve-ram em torno da violência doméstica como um assunto privado, referente à família e ao casal:

*Tem aquela questão, ninguém interfere, isso é fato. Porque como que vai interferir, não sabe quem tem razão. Inclusive eles estão juntos, “de boa lá”, mesma coisa... É o velho ditado: Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher! (E4GF3)*

*Acho que muita gente pensa: Eu vou intervir para quê? Eles estão ali, sempre brigaram, vão continuar brigando (E5GF5).*

As falas demonstram que a violência contra as mulheres é legitimada, aceita e tolerada nas falas dos participantes da pesquisa, como algo imputado/inerente à mulher, e a esse crime é dado características de relações naturais entre pessoas do sexo feminino e masculino que vivem em conflitos e que não se deve interferir. As representações centrais que ancoram tais posturas não estão relacionadas com as diferenças biológicas entre homens e

mulheres que determinam o emprego da violência, mas com construções culturais e sociais impostas a estes, reforçadas pelo patriarcalismo que estabelece relações de dominação e violência entre os sexos.

Os resultados deste estudo corroboram com estudos sobre as representações sociais de profissionais de saúde sobre o fenômeno violência contra a mulher.<sup>17-18</sup> A dificuldade de profissionais de saúde em intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos faz com que a violência contra a mulher seja pouco percebida ou pouco valorizada nos serviços de saúde.<sup>19</sup> As mulheres agredidas tendem a ter baixos níveis de apoio social devido à norma comum de perceber a violência doméstica como um problema privado, em que pessoas externas à família não devem intervir.<sup>20-21</sup>

Além das questões culturais e sociais, é necessário considerar as modificações ocorridas por intervenções históricas e políticas ao longo das últimas três décadas no contexto brasileiro, o que leva ao entendimento de que a presença de situações de violência nas relações de conjugalidade não diz respeito somente ao casal, mas à sociedade como um todo.

Quanto ao segundo núcleo de sentido intitulado: “naturalização da violência legitimada nas representações sociais”, os entrevistados apontaram a existência de uma intensificação da exposição da violência, levando a uma banalização desse fenômeno:

*No dia a dia a gente percebe a capacidade que um tem de matar o outro hoje. Está assustador! Demais! (E4GF7).*

*Não sei se vocês pensam mais ou menos assim como eu, a gente vê tanta situação, não só esses casos (de violência contra a mulher), mas tanta situação ruim, parece que a gente vai ficando assim, meio...Hoje em dia a gente vê violência para todo lado, toda hora, na televisão. Você vai ficando meio imune mesmo, né? (E7GF1).*

Corroborando com os resultados deste estudo outros autores reconhecem o caráter corriqueiro e naturalizado desse fenômeno nos dias atuais e no cotidiano de trabalho de profissionais da APS, o que torna a abordagem da violência intrafamiliar, nesses espaços, um grande desafio.<sup>5,22</sup>

Um estudo realizado com profissionais de saúde da APS aponta que a violência familiar é reconhecida pelos profissionais como uma maneira utilizada pelas famílias para a solução de conflitos, o que demonstra sua naturalização.<sup>22</sup> Nesse sentido, torna-se necessário o reconhecimento do problema para a busca de estratégias de atuação frente à violência intrafamiliar.<sup>22-23</sup>

As representações sociais, enquanto sistemas de interpretação, regem nossa relação com o mundo e com os outros, além de orientar e organizar as condutas. A particularidade do estudo das representações sociais envolve a

pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamentos, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social que a ela estão ligadas.<sup>23</sup>

Dentre essas representações impostas pela sociedade e culturalmente vividas, as relacionadas com costumes sociais tradicionais destituíram as mulheres da oportunidade de serem detentoras da sua autonomia, liberdade e dignidade diante do parceiro íntimo agressor.

Sobre a segunda categoria temática central “Representações sociais numa perspectiva de gênero” identificaram-se os seguintes núcleos de sentido “representações associadas aos papéis sociais de gênero”; e “imputação de culpa à mulher”.

O primeiro núcleo de sentido, “representações associadas aos papéis sociais de gênero”, diz respeito às relações assimétricas entre homens e mulheres e como estas podem influenciar a manutenção da mulher em uma situação de violência, como explicitado nas falas a seguir:

*Às vezes, a mulher se culpa muito. Então, às vezes, ela joga a culpa nela mesma. A sociedade machista culpa a mulher pelo fracasso do casamento. Então, às vezes, ela já carrega essa culpa implícita. Ela carrega uma culpa que é dela, mas ela carrega uma culpa que também é do marido. Então, muitas vezes, ela não separa por “não, eu vou tentar, porque eu fracassei”, não é?! Aquela cultura machista, toda em cima da mulher (E6GF6). Acho que é meio cultural! Sempre a mulher tem que cultivar o lar, cuidar dos filhos, fazer as coisas funcionarem. O homem tem que prover, e a mulher tem que fazer a família funcionar, a família ficar unida! Acho que essa responsabilidade está entranhada dentro da mulher. Ah, eu que tenho que fazer as coisas ‘acontecerem’, fazer com que meu casamento dê certo, que minha família dê certo, meus filhos deem certo! Acho que ela chama essa responsabilidade para si (E1GF8).*

Como verificado nos relatos dos entrevistados, ainda existe no imaginário social associações que vinculam o lugar da mulher nas relações de conjugalidade à ocupação no espaço doméstico e ao exercício da maternidade. Como esposa e mãe, a mulher é vista como o esteio afetivo da família, a que pesa a responsabilidade pela manutenção do núcleo familiar e assume particularmente a responsabilidade pelo êxito ou fracasso do que se pode gerar no interior dessas relações.<sup>24</sup> Há a existência de uma norma internalizada que o papel da mulher é ser uma boa esposa e mãe.<sup>20</sup>

Assim, em uma sociedade que coloca o ônus da harmonia familiar sobre a mulher, a ela é imputada a culpa sobre o fracasso do casamento, o que pode se constituir um fator importante para que ela tolere situações de violência.<sup>24</sup>

Compreende-se que as representações preenchem certas funções na manutenção da identidade social e do equilíbrio sócio/cognitivo a elas ligados. As representações impostas pela ideologia dominante ou as que estão relacionadas a uma condição definida no seio da estrutura social atravessam os indivíduos. O lugar, a posição social que eles ocupam ou as funções que assumem determinam os conteúdos representacionais e sua organização, por meio da relação ideológica que mantêm com o mundo social.<sup>23</sup>

A visão da mulher relacionada à dona do lar, submissa e cuidadora da prole, ainda existe no imaginário social. Essa relação de gênero coloca a mulher numa posição de passividade criando um ambiente favorável para o surgimento e manutenção da opressão masculina.<sup>25</sup>

As falas dos entrevistados apontaram para as representações sociais associadas com papéis sociais de gênero, em que ora se sobressaem mecanismos de inversão, com discursos voltados para a imagem da mulher oposta à imagem do homem, com a mulher ocupando o espaço doméstico voltado para as atividades familiares, carregando para si a responsabilidade pela manutenção do lar e da família, e em outros momentos se sobressaem os mecanismos de redução, com discursos relacionados à busca da mulher por uma relação mais igualitária, principalmente no meio profissional, situação que pode não ser aceita pela categoria dominante e exacerbar a violência.<sup>23</sup>

Ainda com relação a esse núcleo de sentido, alguns entrevistados apontaram a desvalorização do feminino perante o masculino e uma suposta superioridade masculina levando a uma relação de poder do homem para a mulher como responsável pelas ocorrências de atos violentos:

*Eu acho que pode ser também porque muitas mulheres sobressaem o homem, o homem vê isso, e ele não gosta, ele não aceita, ele tem sempre que ser acima. Alguns homens não aceitam que as mulheres ganhem mais que eles, não aceitam que a mulher tenha carro, a carteira. Então na maioria das vezes até matam (E3GF4). O homem que bate e usa da violência contra a mulher, ele tem que mostrar que ele é homem, ele tem que se afirmar, que ele é maior, que é o provedor. Ele tem que se afirmar. Porque senão não teria isso, essa necessidade de agredir, de bater. Porque, na verdade, ele acha que a mulher é mais do que ele. No meu entender é isso. Ele quer se afirmar (E5GF7).*

A saída da mulher para o mercado de trabalho pode levar ao empoderamento da mulher e a uma maior participação na tomada de decisões, o que pode coibir a violência perpetrada por parceiro íntimo.<sup>26</sup> Por outro lado, nem sempre essas mudanças sociais levam a um desfecho positivo. Alguns homens veem a independência financeira das mulheres como uma ameaça ou desafio,

portanto, podem estar mais propensos a cometer atos de violência numa tentativa de (re)exercer o controle sobre suas parceiras.<sup>27</sup>

De outro modo, a ideia da superioridade masculina pode ser reforçada socialmente quando se observa um incentivo à cultura do “macho dominante”, o tipo de homem que é hostil no trato com os demais e que reforça sua virilidade agredindo os que o rodeiam.<sup>24,27</sup>

No segundo núcleo de sentido, “imputação de culpa à mulher”, os entrevistados associam a ocorrência da violência a comportamentos femininos, como a submissão e aceitação da violência ou a provocação do homem, o que leva a uma responsabilização destas pela violência sofrida:

*A culpa é da mulher, que aceita essa situação. Então eu acho que, se você aceitar as coisas, aí acabou! Se você deixar uma vez e for aceitando, ah, vai ser para sempre! Não tem jeito de você mudar depois (E4GF6). Mas bateu nela por quê? Ela deve ter “enfuzado” ele demais, até ele chegar ao ponto de bater. Ou vocês estão achando que mulher é tudo santinha, só apanha? Quando chega a apanhar é porque o negócio “tá” feio. Mas tem mulher também que é triste, viu! (E2GF5).*

Agora, tem mulher que vou te ser sincera, ela caça pro homem bater pra ela dormir bem. Já vi muitas mulheres assim. Fica “atazanando” o homem, fazendo coisa errada, implicando, avança no homem. E você quer que o homem “fica” lá, igual santo? Homem nenhum, gente, vai ficar igual santo (E7GF8).

A responsabilização da mulher pela violência sofrida também foi encontrado em outros estudos com profissionais de saúde.<sup>19,2)</sup> Ora se apresentando como resultado de suas escolhas pessoais,<sup>28</sup> ou como justificativa para um comportamento inadequado.<sup>19,29</sup> Esse tipo de discurso indica uma posição social cristalizada nas relações desiguais entre os sexos, nos quais o poder masculino é aceito e naturalizado pela sociedade e o uso da força é justificado na iminência de um rompimento dessa relação hierárquica entre os sexos para manutenção desse status quo.<sup>19</sup>

A culpabilização da mulher pela violência sofrida é algo comum nas relações de gênero. A cultura predominantemente patriarcal em que ainda estamos inseridos contribui para a definição de papéis e funções na relação entre homem-agressor e mulher-agredida, ou seja, a mulher que sofre a violência, não raro, é responsabilizada pela agressão, seja quando se mantém na relação conjugal devido ao vínculo afetivo, dependência financeira, por possuir filhos, etc, seja por se calar diante dessa violência, o que reforça o imaginário comum do “quem cala consente”.<sup>26-27,30</sup>

Corroborando com os achados deste estudo, pesquisa ressaltam que a concepção sobre gênero e sobre violência dos profissionais de saúde não considera, na assistên-

cia à saúde da mulher, a emancipação das mulheres da opressão de gênero e convergem para uma perspectiva conservadora que ressalta essa opressão o que dificulta a execução de uma intervenção transformadora da realidade de violência vivenciada pelas mulheres. Torna-se necessário, portanto, a inclusão da perspectiva de gênero nas políticas de saúde e nas práticas profissionais.<sup>19</sup>

A concepção sobre gênero e sua influência nas práticas profissionais é um ponto fundamental para compreender visibilidades e invisibilidades das violências, as ações tomadas e seus sentidos, os sentimentos mobilizados nas equipes de saúde e que influenciam fortemente estratégias construídas.<sup>11,31</sup>

A violência doméstica contra a mulher é um grave problema de saúde pública, contribuindo na promoção de agravos à saúde. É um fenômeno complexo, pois envolve diversos fatores, como o ambiental, social, cultural e socioeconômico. A invisibilidade e a impunidade de grande parte dos casos de violência doméstica contribuem para sua marginalização e a mínima busca de auxílio por suas vítimas, contribuindo para a perpetuação do ciclo, pois, quanto menos se denuncia, mais invisível e impune se torna.

O profissional de saúde deve estar preparado para acolher e realizar uma escuta ativa com mulheres violentadas, colocando-as em situações seguras e confortáveis para relatar suas experiências. Além dessa habilidade de escuta e humanização no atendimento, este deve compreender o trâmite necessário para o encaminhamento adequado dessas mulheres, bem como oferecer uma assistência contínua e que apresente opções de escolhas para as vítimas.

Porém, pode-se ocorrer o despreparo dos profissionais quanto à identificação de casos de violência doméstica e, quando identificados, podem-se apresentar dificuldades em encaminhá-los para outras instâncias. Essas dificuldades podem estar relacionadas às representações sociais, principalmente aquelas associadas à banalização da violência e aquelas que giram em torno da violência doméstica como um assunto privado em que não se deve interferir, mesmo quando essas brigas afetam toda a dinâmica saúde-doença da família, evidenciada por uma maior procura de atendimentos nas unidades de APS.

Os profissionais de saúde, especialmente os profissionais de enfermagem, que lidam diretamente com os usuários, devem ser capacitados e empoderados quanto à utilização da escuta ativa, do acolhimento da mulher vítima sem julgamentos e preconceitos, da rede assistencial interligando a unidade de APS com órgãos competentes que darão curso a potencial denúncia. A mulher vítima da violência doméstica precisa se sentir acolhida e segura para efetuar a denúncia, e os profissionais precisam oferecer um ambiente de acolhimento, algo ainda considerado distante da realidade vivenciada nas unidades de APS.

Para a identificação de casos de violência é necessária a mobilização de recursos internos como sensibilidade e

disponibilidade para ouvir o outro, além de investimento na capacitação profissional.<sup>30,32</sup> O enfermeiro é um profissional com experiência na escuta de problemas que não sejam necessariamente biomédicos, além de ser um dos primeiros profissionais que entram em contato com as mulheres em situação de violência, o que possibilita a eles como parte integrante da equipe de saúde partilhar a responsabilidade de identificar os casos e orientar na busca de soluções na rede de assistência à violência, que envolve outros setores, como segurança pública, assistência jurídica, assistência social, entre outros.<sup>10</sup>

Atualmente, no Brasil, têm ocorrido intensos debates em torno de legislações direcionadas ao enfrentamento da violência. A Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, que entrou em vigor em setembro de 2006 no Brasil, estabelece que todo caso de violência doméstica e intrafamiliar é crime, deve ser apurado por meio de inquérito policial e ser remetido ao Ministério Público. Engloba, além da violência física e sexual, também a violência psicológica, a violência patrimonial e o assédio moral.

Além da legislação, vários estudos apontam o apoio social como uma ferramenta importante para melhorar a capacidade de resposta das mulheres que vivenciam uma situação de abuso por parte do parceiro.

## CONCLUSÃO

Os relatos dos participantes da pesquisa revelaram os núcleos de sentido, representados socialmente e pelos fatos observados ao longo da vida, e ressaltam a alta incidência da violência contra a mulher. As relações de gênero e a imputação da culpa à mulher foram consideradas as principais causas dessa violência. Neste estudo, configuram-se inovações que podem contribuir para o conhecimento na área: a banalização da violência e sua associação a um assunto privado no qual não se deve interferir.

Porém, essas representações sociais se tornam preocupantes quando elas perpassam as categorias profissionais que supostamente devem estar preparadas para o atendimento desses casos nas unidades de APS.

Percebeu-se a necessidade de oferecer aos profissionais de saúde a possibilidade de percepção do que é violência doméstica contra a mulher, a sua identificação, tratamento e encaminhamento necessários, mas com possibilidade de resolver problemas, oferecer alternativas de melhorias e criar ambiente adequado. Esses achados possibilitaram intervenções realizadas em oficinas grupais interativas e em capacitação realizada pelas pesquisadoras para todos os profissionais de saúde do município cenário da pesquisa.

Vale salientar as limitações do estudo, pois, apesar de abranger as representações sociais de profissionais de saúde que trabalham na APS sobre a violência contra a mulher, a identificação dos casos e o atendimento integral pelos profissionais não foi o foco deste estudo. A imprevisibilidade do

curso da violência pode trazer outras injunções e desordens que necessitam ser analisados em pesquisas e avaliados pelos profissionais de saúde no cuidado cotidiano às mulheres vítimas de violência, para o direcionamento das intervenções a serem implementadas pela equipe de saúde e de outros setores, como também o apoio à superação da situação e à atenção integral à mulher vitimada, o que transcende as representações sociais dos profissionais aqui reveladas e discutidas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diário Oficial da União. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a violência doméstica contra a mulher. Brasília (DF); 2006. [cited 2016 Nov 20]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm).
2. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Rev Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(1): 110-19.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília (DF): MS; 2011.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil. 1. ed. Brasília (DF): 2015.
5. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013; 340(6140):1527-8.
6. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, Perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(2): 351-8
7. Brum CRS, Lourenço LM, Gebara CFP, Ronzani TM. Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à saúde. *Psicologia em Pesquisa UFJF*. 2013; 7(2): 242-250.
8. Porto RTS, Bispo Júnior JP, Lima EC. Violência Doméstica e Sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 24(3): 787-807.
9. World Health Organization (WHO). Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women. Clinical and Policy Guideline. Geneva (CH): WHO; 2013.
10. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2012; 12(3): 307-318.
11. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc. São Paulo*. 2014; 23(3): 814-827.
12. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013 July-Aug; 21(4):920-7.
13. Roisin J. De la survivance à la vie: essai sur le traumatisme psychique et sa guérison. Paris (FR): PUF; 2010.
14. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 6.ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
15. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da saúde*. 2011; 35(4): 438-42.
16. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Natahan; 1997.
17. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013; 382(9895): 859-65.
18. Fonseca-Machado MO, Alves LC, Freitas PS, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2): 291-305.
19. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O Objetivo, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2014; 18(48): 47-59.
20. Hayati EN, Eriksson M, Hakimi M, Högberg U, Emmelin M. 'Elastic band strategy': women's lived experiences of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Global Health Action*. 2013; 6:1-12.
21. Kyegombe N, Starmann E, Devries KM, Michau L, Nakuti J, Musuya T et al. 'SASA! is the medicine that treats violence'. Qualitative findings on how a community mobilisation intervention to prevent violence against women created change in Kampala, Uganda. *Global Health Action*. 2014 [cited 2015 Dec 18] Available from: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25082>.
22. Budó MLD, Schimith MD, Silva DC, Silva SO, Almeida PB. Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de Saúde da Família. *Cogitare enferm*. 2012; 17(1): 21-8.
23. Jodelet D. As representações sociais. Tradução: Lillian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
24. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global [Internet]* 2014 [acceso 2016 Mar 11]; 16:1-10. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/181941-685661-1-PB.pdf>
25. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. Women's perceptions of effects of war on intimate partner violence and gender roles in two post-conflict West African Countries: consequences and unexpected opportunities. *Conflict and Health*. 2014; 8:12.
26. Fonseca DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Soc*. 2012; 24(2): 307-14.
27. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(36): 93-108.
28. Santos DF, Castro DS, Lima EFA, Albuquerque Neto L, Moura MAV, Leite FMC. The women's perception on the violence experienced. *Rev Fund Care Online*. 2017 jan/mar; 9(1):193-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.193-199>.
29. Kiss LB, Schraiber LB. Temas medico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(3): 1943-52.
30. Oliveira PP, Viegas SMF, Santos WJ, Silveira EAA, Elias SC. Women victims of domestic violence: a phenomenological approach. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(1): 196-203.
31. 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.
32. Júnior FJGS, Tolentino ES, Oliveira AKS, Monteiro CFS. Chemical dependency and violence in the female universe: an integrative review. *Rev Fund Care Online*. 2016 jul/set; 8(3):4681-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4681-4688>

Recebido em: 19/01/2017

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 07/02/2017

Publicado em: 05/07/2018

**\*Autor Correspondente:**

Patrícia Peres de Oliveira

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400

Chanadour, Minas Gerais/MG, Brazil

CEP : 35501 296

E-mail : [pperesoliveira@ufsj.edu.br](mailto:pperesoliveira@ufsj.edu.br)