

Representação social de profissionais de enfermagem acerca da violência doméstica contra a mulher: abordagem estrutural

Nursing personnel's social representations of domestic violence against women: a structural approach

Representación social de profesionales de la enfermería sobre la violencia doméstica contra la mujer: enfoque estructural

Cristiane Lopes Amarijo^I; Vera Lúcia de Oliveira Gomes^{II}; Antonio Marcos Tosoli Gomes^{III};
Adriana Dora da Fonseca^{IV}; Camila Daiane Silva^V.

RESUMO

Objetivo: analisar as representações sociais acerca da violência doméstica contra mulher, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas unidades de saúde da família do Município do Rio Grande/RS. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa social, exploratória, descritiva, qualitativa, apoiada nas abordagens estrutural e processual das Representações Sociais. Os dados foram coletados a partir de evocações e de entrevistas, realizadas entre julho e novembro de 2013. As evocações foram tratadas no *software* EVOC 2005. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo e instrumentalizadas pelo *software* NVivo 10. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer nº 020/2013. **Resultados:** os termos encontrados no núcleo central da representação, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, foram *agressão, covardia, falta-de-respeito e revolta*. **Conclusão:** percebeu-se que os informantes tinham uma representação estruturada, com conotação negativa. **Palavras-chave:** Violência doméstica; mulheres maltratadas; estratégia saúde da família; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the social representations of domestic violence against women held among nurses and nursing technicians working in family health centers in the municipality of Rio Grande (RS). **Methodology:** this exploratory, descriptive, qualitative social study was based on the structural and procedural approaches of Social Representations Theory. Data were collected through evocations and interviews conducted between July and November 2013. The evocations were treated using EVOC 2005 software. The interviews were subjected to content analysis and manipulated using NVivo 10 software. The study project was approved by the research ethics committee of Rio Grande Federal University (Opinion No. 020/2013). **Results:** the terms found in the central core of the representation among nurses and nursing technicians were aggression, cowardice, disrespect and revolt. **Conclusion:** the informants' representation was found to be structured and with negative connotations.

Keywords: Domestic violence; battered women; family health strategy; nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las representaciones sociales sobre la violencia doméstica contra las mujeres, entre enfermeros y técnicos de enfermería que trabajan en las unidades de salud de la familia de la Ciudad de Rio Grande/RS. **Metodología:** se trata de una investigación social, exploratoria, descriptiva, cualitativa, basada en enfoques estructural y procesual de las representaciones sociales. Se recogieron datos de evocaciones y entrevistas realizadas entre julio y noviembre de 2013. Las evocaciones fueron tratadas en el *software* EVOC 2005. Se sometieron las entrevistas al análisis de contenido y después estas fueron instrumentalizadas por el *software* NVivo 10. Proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande, bajo el Dictamen nº 020/2013. **Resultados:** los términos que se encuentran en el núcleo la representación, de enfermeros y técnicos de enfermería, fueron agresión, cobardía, falta de respeto y revuelta. **Conclusión:** se observó que los participantes tenían una representación estructurada, con connotación negativa. **Palabras clave:** La violencia doméstica; mujeres maltratadas; estrategia de salud de la familia; enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno sócio histórico global, multifatorial e complexo, interligado ao poder, privilégios e controle masculino. Esse fenômeno apresenta diferentes níveis de severidade¹⁻³ e configura-se como um grave problema de saúde pública, devido à

sua magnitude, gravidade, recorrência e consequências negativas sobre a qualidade de vida das vítimas¹⁻⁵.

Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária⁶. Nesse contexto,

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

^{II}Doutora em enfermagem. Professora da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vlog1952@gmail.com

^{III}Doutor em enfermagem. Professor Titular da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mtosoli@gmail.com

^{IV}Doutora em enfermagem Professora da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: adriana@vetorial.net

^VDoutora em enfermagem Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Camilad.silva@yahoo.com.br

^{VI}Este estudo deriva do projeto *Representações Sociais da violência doméstica contra a mulher, entre profissionais de saúde, que atuam nas unidades de saúde da família, do município do Rio Grande/RS*. Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

destacam-se as unidades de saúde da família (USFs) para a detecção precoce dos casos, uma vez que, pela aproximação com a comunidade, os profissionais têm conhecimentos dos problemas que as atingem⁷ incluindo os de violência doméstica contra a mulher (VDCM).

Entretanto, o atendimento à vítima pode ser influenciado pela representação que os profissionais envolvidos no cuidado têm sobre a VDCM⁸. A representação social (RS) consiste em um conjunto de pensamentos, ideias e crenças resultantes das interações sociais, comuns a um dado grupo de indivíduos⁹⁻¹¹.

Para gerar RS o objeto a ser estudado necessita apresentar "relevância cultural ou espessura social"^{12:45}, ou seja, o grupo a ser pesquisado precisa possuir uma representação do objeto que se deseja investigar. Além disso, o objeto necessita estar presente em alguma prática do grupo¹². Assuntos de relevância social, dentre eles os que dizem respeito à saúde e à doença, exigem que os indivíduos formulem teorias embasadas em suas experiências, informações e valores, quer seja em nível individual ou coletivo¹³.

É dever do profissional cuidar de forma humanizada e integral a partir de uma visão holística, a fim de atender às necessidades biopsicossociais das usuárias que buscam o serviço de saúde. Nesse sentido, os profissionais que atuam diretamente no atendimento às vítimas devem estar capacitados para acolhê-las de forma efetiva e detectar casos de VDCM⁴. Isso requer que estejam despidos de preconceitos e julgamento.

Não são apenas as medidas que visam coibir e prevenir a VDCM, bem como prestar um tratamento humanizado que se configuram como um grande desafio. A transformação de crenças e valores semeados com base cultural, transmitidos de forma intergeracional, reproduzindo e banalizando, assim, a violência nas relações de gênero, merece discussões⁷.

Por acreditar que as RS de profissionais da enfermagem acerca da VDCM são construídas a partir do entrelaçamento de vivências pessoais e profissionais e que aspectos culturais podem influenciar na elaboração das mesmas, e por acreditar também que as RS acerca da VDCM influenciam as práticas de cuidado às vítimas, bem como o planejamento de ações e intervenções de prevenção e combate da VDCM, optou-se por analisar as RS acerca da violência doméstica contra a mulher, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas USFs do Município do Rio Grande/RS.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Pesquisa social, exploratória, descritiva, qualitativa, conduzida de acordo com as abordagens estrutural e processual. Desenvolvida em 12 USFs localizadas na zona urbana e sete na zona rural do Município do Rio Grande/RS, Brasil. Utilizou-se a abordagem estrutural, pois ela permite conhecer a estrutura da RS. Quanto a

abordagem processual, ela foi escolhida por permitir conhecer os processos de construção das RS, as práticas sociais que as geram e as justificam¹⁴, além dos seus aspectos constituintes como informações, imagens, opiniões, dentre outros¹⁵.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2013, por meio das técnicas de Evocações Livres e entrevistas. Em cada unidade foi disponibilizada uma sala longe da área de circulação para evitar distrações durante a coleta.

Das evocações, participaram 65 profissionais de enfermagem, aos quais foi solicitado que verbalizassem as cinco primeiras palavras ou expressões que lhes viessem à mente frente ao termo indutor *violência doméstica contra a mulher*. Após, procedeu-se à entrevista com 25 informantes, a partir de um roteiro semiestruturado, com vistas a colocar em evidência os elementos constituintes das RS, como informações, imagens, crenças, valores, elementos culturais, ideológicos, dentre outros.

Para determinar o número de entrevistas, as USFs foram agrupadas por proximidade, originando quatro áreas na zona urbana e seis na área rural. De cada área elegeu-se uma USF para a realização das entrevistas, sendo convidados, no mínimo, um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Foram excluídos os profissionais da enfermagem que se negaram a participar da pesquisa, bem como os que estavam afastados da USF por motivo de férias, folga ou licença.

A análise das evocações foi feita com o auxílio do *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* - EVOC 2005. Esse recurso informático adota os critérios de frequência e ordem de aparição dos termos evocados para a elaboração do quadro de quatro casas, através do qual se discriminam o núcleo central (NC), os elementos de contraste e o sistema periférico^{16,17}. Essa construção possibilita a análise estrutural e processual da representação. Para o tratamento de dados das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo¹⁸, tendo sido selecionados trechos das entrevistas, para contextualizar os termos apresentados no quadro de quatro casas.

Visando ao anonimato, as falas foram identificadas pelas letras E (enfermeiro) e TE (técnico de enfermagem), acrescidas do número arábico correspondente à ordem da coleta das evocações. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer nº 020/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das evocações 65 profissionais; destes, 26 eram E e 39, TE. Os informantes das entrevistas foram 13 E e 12 TE. Atuavam na zona urbana 44 profissionais, sendo 18 E e 26 TE enquanto que na zona rural atuavam oito E e 13 TE. A idade variou de 27 a 60 anos, predominando a faixa etária dos 40 a 49 anos, com 31

participantes. Quanto ao estado conjugal, 33 participantes residiam com companheiro, situação esta que pode proporcionar a vivência de violência doméstica.

O *corpus* formado pelas evocações frente ao termo indutor *violência doméstica contra a mulher* totalizou 325 palavras, sendo 136 diferentes. Em uma escala de um a cinco, a média das ordens médias de evocação (OME) foi três, a frequência mínima seis e a frequência média, nove. A análise dos dados resultou no quadro de quatro casas, apresentado na Figura 1.

No quadrante superior esquerdo estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, assim, o NC da representação social¹⁷. Os termos presentes no NC são aqueles mais prontamente evocados e citados com maior frequência pelos informantes^{11,19}.

A combinação entre frequência e ordem média de evocação das palavras possibilita o levantamento dos termos que provavelmente compõem o NC¹¹. Esses são em número limitado e não são equivalentes entre si, sendo uns mais importantes que outros, conferindo, assim, uma hierarquização ao sistema central⁹. “Procurar o núcleo central, é então, procurar a raiz, o fundamento social da representação [...]”^{9:40}.

As RS se estruturam a partir de três dimensões²⁰: conceito/informação, atitude/julgamento e imagem/campo de representação. O conceito consiste na informação, ou seja, os conhecimentos que determinado grupo possui acerca de um objeto. A atitude, na opinião, no julgamento que tem sobre o objeto em questão. Assim, 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”^{20:43}. A imagem, ou sensações mentais, representa as impressões que pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro. Por isso buscou-se identificar as dimensões citadas nos termos constituintes do NC da representação de E e TE acerca

da VDCM. Para contextualizar os prováveis elementos do NC, apresentam-se trechos extraídos das entrevistas.

Percebe-se que os elementos do NC contemplam as dimensões conceitual, imagética e atitudinal. O termo *agressão*, mais frequente e mais prontamente evocado, constitui a informação que os profissionais tinham acerca da violência. Ele também assume a dimensão imagética, retratando as distintas formas de VDCM, bem como as marcas deixadas pela violência física. Tradicionalmente, a violência está intimamente relacionada com a agressão física. Ela é a mais reconhecida e socialmente considerada a mais perigosa e de alta prevalência²¹.

Quando se pensa em violência doméstica contra a mulher 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. 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 mídia, que aparece com os artistas, que acaba gerando os escândalos. Além da violência física existe uma violência escondida também, por trás, que é a violência psicológica, que eu acho que acontece muito mais, então eu acho que é toda forma de abuso [...] (E-144)

Violência doméstica contra a mulher é todo tipo de agressão verbal, física, mental. Todo tipo de agressão é violência [...] (TE-54)

Os termos *covardia* e *falta-de-respeito* referem-se ao julgamento que os profissionais emitiram sobre a violência contra a mulher. Em um estudo realizado¹, o vocábulo *desrespeito* associado ao *álcool* apareceu como um dos desencadeadores de atos agressivos contra mulheres residentes em zonas rurais da metade sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Violência doméstica contra a mulher é covardia [...] (E-11)

Violência doméstica contra a mulher significa um descaso, uma falta de respeito com a mulher em casa [...] (E-103)

A palavra *revolta* representa o sentimento de enfermeiros e técnicos de enfermagem frente à recon-

Núcleo central			1ª periferia		
Frequência = 9 / Rang < 3			Frequência = 9 / Rang = 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Agressão	19	1,579	Auto-estima-baixa	10	3,300
Covardia	13	2,231	Medo	10	3,150
Falta-de-respeito	9	2,333			
Revolta	10	2,800			
Zona de contraste			2ª periferia		
Frequência < 9 / Rang < 3			Frequência < 9 / Rang = 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Abuso	7	2,143	Aceitação	7	3,571
Abuso-poder	7	2,857	Dependência-econômica	6	3,667
Agressão física	6	1,833	Impunidade	7	3,143
Tristeza	7	2,714	Submissão	7	3,857

FIGURA 1: Quadro de quatro casas das representações acerca da violência doméstica contra a mulher, de profissionais de enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família, do município do Rio Grande, RS, Brasil, 2013.

ciliação da vítima com o agressor. O caráter complexo da violência pode gerar sentimentos de insegurança, frustração, revolta, indignação, medo e angústia nos profissionais por não conseguirem resolvê-lo, por não visualizarem uma resposta e resultados efetivos do atendimento prestado²².

Às vezes a pessoa vem no outro dia totalmente diferente, já é outra versão, mesmo que a gente saiba que aconteceu aquilo..., que ela foi agredida [...], no outro dia troca a versão, isso revolta! (TE-138)

As palavras *agressão*, *covardia* e *falta de respeito* também integraram o NC da RS de profissionais da saúde de um outro estudo, acerca da violência doméstica contra a mulher, nos quais os informantes era enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde atuantes em USFs. Esse achado evidenciou que tais profissionais possuem uma RS com conotação negativa e estruturada, pois o seu NC é formado por elementos que integram as dimensões conceituais, imagéticos e atitudinais²³. O NC da RS de técnicos e agentes comunitários de saúde com menos de 41 anos, frente ao termo indutor *violência doméstica contra a mulher* foi formado pelos vocábulos *agressão*, *covardia* e *falta de respeito*, caracterizando, também, uma representação com conotação negativa²⁴.

Em torno do NC está o sistema periférico, que apresenta por função proteger o núcleo. Esse sistema permite a integração de experiências individuais, é flexível e mostra-se sensível ao contexto imediato⁹. A periferia de uma representação social é considerada como um *para-choque* entre a realidade e o NC, que se apresenta de forma mais resistente a mudanças²⁵.

Nos quadrantes superior e inferior direito, estão localizados os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente. A primeira periferia inclui palavras com alta frequência e ordem média de evocação igual ou maior a três. Na segunda periferia estão os elementos com frequência foi baixa e evocados mais tardiamente^{11,16,19}. O sistema periférico constitui a “parte mais acessível e mais viva da representação”^{9:38}, uma de suas funções é prescrever comportamento⁹.

Na primeira periferia, pode-se observar que os profissionais da enfermagem colocaram em evidência os termos *auto-estima-baixa* e *medo*, que sinalizam para um campo sentimental onde o medo pode referir-se ao receio da vítima de denunciar o agressor e, assim, sofrer novas e mais intensas agressões. Pode revelar, ainda, o medo dos profissionais de sofrerem represálias por parte dos agressores. O *medo* também se fez presente no NC da representação de gestores municipais e profissionais responsáveis pela saúde da mulher, de oito municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Para eles, o medo pode levar a mulher a permanecer em uma relação conjugal violenta receando as consequências de uma separação¹.

Eu acho que violência doméstica contra a mulher é abuso, é agressão, é desamor. Pela parte da mulher é autoestima baixa [...] (E-141)

A gente conversa bastante com elas e orienta, mas geralmente elas não querem dar queixa, elas não fazem nada, por medo [...] (E-11)

Essa passividade feminina ilustrada pelo termo *medo* pode revelar um misto de sentimentos que a vítima nutre pelo agressor. Os atos que podem levar a mulher à subordinação e, conseqüentemente à vitimização, podem assumir formas de emoções corporais como, por exemplo, vergonha, timidez e culpa; ou de paixões e de sentimentos, como o amor, a admiração e o respeito pelo agressor²⁶.

A contextualização do termo *medo*, nas falas dos profissionais, expressa, ainda, que temem sofrer represálias dos agressores, limitando, assim, o seu agir. Essa situação foi encontrada também em outro estudo¹, em que o medo e o sentimento de impotência refletem a dominação masculina. O medo os paralisa e restringe sua intervenção a danos físicos^{22,27}.

Eu tenho caso de colegas minhas, de arranharem o carro de fora a fora, porque denunciaram. Acho que foi um prego aquilo, alguma ferramenta, alguma coisa [...] Ela estacionou o carro na frente do posto e ele apareceu com toda lataria para dentro. A impressão que a gente tinha é que pegaram uma ferramenta e cravaram na lata e rasgaram como se fosse uma lata de sardinha. Essa minha colega ficou com muito medo [...] (E-94)

É aquela coisa, tu fica com medo de se meter, de orientar, porque a gente sabe que acontece uma vez e passa. O casal briga e depois volta no dia seguinte ao normal. Quando tu vê, estás te incomodando com o marido porque tu orientou a mulher. É errado, muita coisa a gente oculta, muita, a gente escuta e guarda para gente, mas também a gente tem medo de se expor porque sabe que, de repente, pode acontecer alguma coisa [...] Em outras unidades que trabalhei tu tinhas que ver e ficar quieto, porque senão, quando tu saía, tu recebia um tiro na cara [...] Infelizmente tem coisas que tu faz vista grossa, deixa passar certas coisas para não te incomodar, não te expor [...] (TE-95)

O vocábulo *medo* também integrou o NC da representação acerca da violência contra mulheres rurais. Nesse contexto, o medo foi associado a aspectos pautados no gênero e na posição de subalternidade da mulher. Revelou, ainda, o sentimento de impotência dos profissionais diante dos agressores¹.

Na segunda periferia, a palavra *aceitação* pode estar relacionada tanto ao profissional quanto à vítima. Essa aceitação pode decorrer da naturalização da violência, que faz parte do cotidiano da vida doméstica. É como se a violência de gênero fosse constitutiva das relações conjugais e socialmente aceitável¹.

Com tanta burocracia, no fim a paciente acaba se acomodando, aceitando a situação [...] (TE-145)

Parece que, quando iniciam uma relação conjugal, as mulheres entregam corpo, alma e a identidade aos

companheiros, perdem sua autonomia e o direito de decidir²⁸, ilustrando a *submissão* a eles. O vocábulo *submissão* reforça a culpabilização das vítimas pela violência sofrida, bem como a naturaliza¹.

A cultura da comunidade que eu atendo é bem diferente. Não relatam. Mas notamos que o homem tem aquela cultura de patriarca [...] o homem se sobrepõe à mulher que acaba sendo mais submissa. Mas assim que veio nos falar..., não tivemos nenhum caso de agressão que tenha que denunciar ou falar que a mulher venha conversar conosco, não. (E-141)

A violência de gênero, na maioria das vezes, naturalizada pelo senso comum, também faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde e isso pode interferir no atendimento às mulheres nessa situação⁷. Em determinadas situações, os próprios profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não *bater de frente*²². Essa situação pode decorrer dos papéis masculino e feminino, construídos socialmente, que induzem à naturalização da VDCM. Nesse sentido, quando o pensamento feminino e suas percepções encontram-se em conformidade com os ideais de uma sociedade machista, patriarcal, “seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão”^{28:22}.

Eu conversei bastante com a paciente. [...] Eu me senti um pouco incapacitada. Eu não tive capacidade de orientar ela, de fazer com que ela entendesse que ela tinha que voltar..., que os filhos dela estavam a esperando e que eles iriam ficar muito felizes se ela voltasse para eles. Eu me senti incapaz. (TE-6).

Essa forma de pensamento social, de enfermeiros e técnicos de enfermagem, pode explicar, mesmo que em parte, o comportamento dos profissionais frente à VDCM. O *não bater de frente* consiste em um comportamento apaziguador que pode levar à perpetuação da violência, pois mesmo desaconselhando o enfrentamento, fica a sensação de que fizeram algo pela vítima. Essa conduta profissional pode ser incentivadora da submissão e da impunidade. Nesse sentido, o termo *impunidade* pode se referir tanto aos casos em que a vítima não denuncia ou quanto à desistência da criminalização dos agressores, pela retirada da queixa. Muitas delas, perante o juiz, renunciam à denúncia, perdendo, a oportunidade de culpabilizar o agressor²⁹. A vergonha de ter sido vítima de violência de gênero também representa um fator impeditivo à denúncia, principalmente entre as mulheres com maior escolaridade e renda³⁰.

Eu acho que é uma impunidade bem grande que acontece, que a gente vivencia. (TE-194)

As palavras localizadas no quadrante inferior esquerdo, *abuso*, *abuso-de-poder*, *agressão física* e *tristeza*, constituem os elementos contrastantes da representação^{11,16,19}. Abrangem termos que foram evocados por poucos participantes, porém nas primeiras colocações, o que demonstra a maior importância que o grupo lhes confere. Tais termos podem “revelar ele-

mentos que reforçam as noções presentes na primeira periferia ou a existência de um subgrupo minoritário portador de uma representação difere^{17:582}. Podem também complementar e discutir o NC³¹.

Neste estudo não foi detectada a presença de um subgrupo com representação diferenciada, entre os profissionais investigados. Assim, a zona de contraste pode estar complementado ou mesmo reforçando o núcleo central. Nesse sentido, o conceito e a imagem, expressos no NC pelo termo *agressão*, estão reforçados por *agressão física*, presente na zona de contraste. A dimensão atitudinal, no NC, é composta pelas palavras *covardia* e *falta-de-respeito*, reforçadas por *abuso* e *abuso-de-poder*, na zona de contraste. Pode-se inferir, ainda, que o sentimento expresso, no NC, pelo termo *revolta* é complementado por *tristeza*, na zona de contraste.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos prováveis elementos que integram o NC, foi possível perceber que a representação da violência doméstica contra a mulher para os profissionais da enfermagem apresenta conotação negativa. Trata-se de uma representação estruturada, pois a violência foi representada com termos que expressaram conceito, imagem e atitude. Observou-se que, nas falas, os profissionais da enfermagem distinguem as formas de violência doméstica contra a mulher, não se restringindo à conceituação da agressão física.

Os elementos periféricos, mais relacionados à realidade vivenciada pelos sujeitos investigados, revelam que, além dos sentimentos que a violência de gênero desencadeia, o apoio às vítimas integra o cotidiano de alguns dos profissionais da enfermagem. No conteúdo das entrevistas pôde-se observar que o medo de represálias limita a atuação profissional, bem como não expõe a realidade da violência contra a mulher, uma vez que as vítimas, por medo, não denunciam seus agressores.

A aceitação pode interferir, de forma negativa, sobre o cuidado prestado às vítimas além de influenciar nas estratégias de intervenção e combate à violência. A apreensão das representações sociais de técnicos de enfermagem e enfermeiros pode contribuir para a fomentação de discussões acerca da violência doméstica contra a mulher junto aos profissionais envolvidos no cuidado às vítimas, bem como facilitar o delineamento de estratégias de combate e prevenção da violência.

Reconhece-se que uma das limitações do estudo foi o número reduzido de profissionais da enfermagem, o que impossibilitou a realização de uma comparação das representações de técnicos de enfermagem com a de enfermeiros. Além disso, a reduzida produção científica sobre a RS de profissionais da enfermagem atuantes em USFs acerca da VDCM dificultou ampliação das discussões.

REFERÊNCIAS

1. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev esc enferm USP*. 2014; 48(2):214-22.
2. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev esc enferm USP*. 2011, 45(esp. 2):1731-5.
3. Organização Mundial da Saúde. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. New York (USA):World Health Organization, 2010.
4. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LDS. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Rev Bras Educ Médica*. 2013; 37(1):110 – 9.
5. Silva EB da, Padoim SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):608-13.
6. González GC, Bejarano CR. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 2014;(33):424-39.
7. 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.
8. 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*. 2015; 49:22-9.
9. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, Organizadores. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia (GO): Ed. da UCG. 2003. p. 37-57.
10. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 3ª.ed. Petrópolis, Editora Vozes;2005.
11. Sá CP Núcleo central das representações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
12. Sá CP. A identificação dos fenômenos de representação social. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
13. Spink MJP. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Editora brasiliense; 2004.
14. Magalhães EMM, Maia H. O trabalho docente por professores de Curso de Pedagogia. *Revista Múltiplas Leituras*. 2009. 2(1): 189-206.
15. Arruda A. Teoria das representações Sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa*. 2002. 117:127-47.
16. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares em representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 2000. p.27-38.
17. Oliveira DC, Marques S, Gomes AMT. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM; organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa (PB): Ed. Universitária; 2005.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
19. Machado LB, Aniceto RA. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: aval pol públ Educ*. 2010; 18(67):345-64.
20. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Traduzido do inglês por Sofia Fuhrmann. Petrópolis (RJ): Editora Vozes;2012.
21. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(6):547-53.
22. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA de, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(9):1805-15.
23. Gomes VLO, Silva CD, Oliveira DC, Acosta DF, Amarijo CL. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):718-24.
24. 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.
25. Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Odelet D, organizadora. Representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
26. Bourdieu P. A dominação masculina. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil;2014.
27. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LDS. O objeto, 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. Saude, Educ*. 2014; 18(48):47-59.
28. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2013; 34(1):180-6.
29. Souza MC, Mendes GFR, Lima SDLM, Santana JMAMP, Oliveira MBB, Silva JS da. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher [...] Revista Âmbito Jurídico/Caderno Internacional. 2014. [citado em 11 nov 2015]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874
30. Data Senado.(Br) Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília(DF): Secretaria de Transparência;2013.
31. Nascimento KC, Gomes AMT, Erdmann AL. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de unidade de terapia intensiva móvel. *Rev esc enferm USP*. 2013; 47(1):176-84.