

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

**“LUGARES DE (NÃO) VER?” – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

**Porto Alegre
2010**

Sandra Maria Cezar Leal

**“LUGARES DE (NÃO) VER?” – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA
CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes

**Porto Alegre
2010**

L435l Leal, Sandra Maria Cezar

“Lugares de (não) ver?” – As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde – [manuscrito] / Sandra Maria Cezar Leal; orient. Marta Julia Marques Lopes. – Porto Alegre, 2010.

308 f.: il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

Orientação: Marta Julia Marques Lopes

Inclui resumos em: português, espanhol e inglês.

1. Violência contra a mulher 2. Atenção primária à saúde 3. Serviços de saúde I. Lopes, Marta Julia Marques II. Título

NLM WA309

Catálogo na fonte: Biblioteca da Escola de Enfermagem - UFRGS

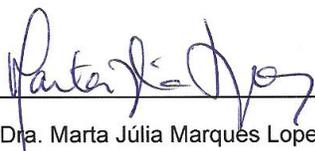
SANDRA MARIA CEZAR LEAL

Lugares de (não) ver? – As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 16 de dezembro de 2010.

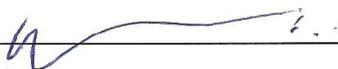
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Presidente da Banca – Orientadora

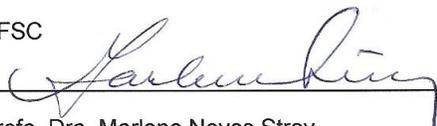
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo

Membro da banca

UFSC



Prof. Dra. Marlene Neves Strey

Membro da banca

PUCRS



Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Edla Eggert

Membro da banca

UNISINOS

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos:

- à minha família de origem, em especial a minha mãe, “Dona Zenir”, que sempre estimulou e acreditou que eu venceria todos os desafios. Ao Roberto, meu companheiro, pelo seu amor, estímulo e carinho e, também, pelo apoio e ajuda em todos os momentos;
- à prof. Marta Julia Marques Lopes, pelo estímulo, apoio e, principalmente, por oportunizar espaços de reflexão e produção de conhecimento que enriqueceram esta caminhada;
- à CAPES, pelo financiamento do Doutorado Sanduíche, e à Profa. Dra. Maria Filomena Mendes Gaspar, por ter aceitado ser minha orientadora, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e à Profa. Dra. Marta Lima Bastos, por ter possibilitado minha participação nos “Seminário Para Doutorandos”;
- às professoras do PPG da EEUFRGS, pelo empenho e dedicação para qualificar cada vez mais o programa e proporcionar oportunidades de reflexão e construção do conhecimento na Área da Saúde;
- às colegas do doutorado, em especial à Giselda Quintana Marques, pela amizade que construímos;
- à Coordenação do Curso de Enfermagem da UNISINOS e às colegas, pelo estímulo, apoio e incentivo;
- ao grupo do GESC, em especial, a André Bueno, Elsiene Bonfim, Graciliana Swarowsky, Joannie Soares e Marta Cocco, pela parceria e convívio na elaboração dos projetos para editais e nas atividades de pesquisa que juntos realizamos/organizamos;
- às (aos) colegas e amigas (os) do HPS, pela disponibilidade de trocar os plantões, “abrir mão” de férias no período que estive afastada fazendo o doutorado Sanduíche, em especial, à Ana Rockenbach, que possibilitou os ajustes na minha escala de plantões, o que foi imprescindível, na redação final desta tese;

- à Gerência de Saúde Partenon e Lomba do Pinheiro e, principalmente, às amigas Gerci Rodrigues e Luiza Ribeiro, pelo esforço para que fosse possível realizar todas as atividades que envolveram a construção da pesquisa;
- aos profissionais de saúde e às usuárias dos serviços da ABS, por terem aceitado o desafio de refletir sobre o problema da violência contra a mulher, o que possibilitou a elaboração desta tese.

Se podes olhar, vê.
Se podes ver, repara.

Saramago, 1995

RESUMO

Este estudo aborda as representações sociais da violência contra a mulher (VCM) de profissionais da saúde e usuárias da Atenção Básica de Saúde. O objetivo geral foi conhecer e analisar as representações, considerando os atendimentos nos serviços na região Partenon/Lomba do Pinheiro, no município de Porto Alegre. Trata-se de um estudo qualitativo que analisa e confronta dimensões da violência, na perspectiva teórico-metodológica das Representações Sociais. Os participantes da pesquisa foram 40 profissionais de saúde e 122 mulheres usuárias dos serviços da região do estudo. A geração dos dados foi realizada por meio de instrumentos com questões-estímulo de evocações e entrevista semiestruturada. Na análise utilizaram-se *softwares*: *Epi info versão 3.5.1*; o *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* – EVOC; *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* – ALCESTE; NVIVO para a categorização do conteúdo das entrevistas, na perspectiva dimensional de Serge Moscovici. As representações das usuárias são ancoradas em elementos da violência de gênero. O serviço de saúde só foi lembrado como espaço para “tratar as lesões físicas”. As evocações dos profissionais culpabilizam a mulher por ser dependente e submissa, e o ciúme e o uso de drogas como desencadeantes do ato violento, associado a elementos que qualificam os homens como covardia e machismo. Identificou-se que as enfermeiras destacam na mulher a desvalorização, submissão, associados ao medo. Para o grupo dos médicos, a falta de resolutividade está associada a questões sociais e dificultam a resolução do problema. A dimensão **campo** de representação foi constituída por elementos que qualificam a mulher com autoestima baixa, submissão e dependência, e o agressor, representado como “homem doente”, e, principalmente, pelo “estranhamento” em atender esses agravos na demanda dos serviços de saúde da ABS, configurando-se em “um não lugar”. A dimensão **informação** é traduzida pela naturalização da VCM como expressão das dificuldades individuais e coletivas. A dimensão **atitude** foi expressa nas queixas difusas das mulheres, que “não falam claramente” da situação de violência, no estabelecimento do vínculo “dependente” da vontade da mulher, na fragmentação

das práticas que representam o descompromisso com o problema, mas, também, uma estratégia “para lidar com ele”, no trabalho em equipe, principalmente, como suporte para o profissional, pelo encaminhamento para “outros” serviços, também como alternativa de “não envolvimento”. Por fim, as representações sociais da VCM, na perspectiva de profissionais de saúde e usuárias, apontam elementos que permitem o entendimento da complexidade que envolve os serviços, as redes de proteção e as redes sociais. Atestam a fragilidade dos “modelos” formativos e assistenciais e os limites da clínica para fazer frente a esses eventos, desvendando o que se chamou de “insuficiência diagnóstica”. Nesse sentido, podem auxiliar na compreensão e na legitimação de ações e responsabilização de instituições e profissionais de saúde, promovendo a atenção integral, na perspectiva dos princípios do SUS e da preservação da vida.

Descritores: Violência contra a Mulher; Atenção Básica à Saúde; Profissional da Saúde.

ABSTRACT

This study is about the social representations regarding violence against woman (VAW) of health professionals and users of the Basic Health Care. The general objective was learning and analyzing such representations taking into consideration the services within Partenon/Lomba do Pinheiro sections in the municipality of Porto Alegre. It is a qualitative study that analyzes and compares violence dimensions under the theoretical and methodological perspective of the Social Representations. The participants of the research comprised 40 health professionals and 122 women who are users of the services in the studied section. The data generation was made by means of instruments with evoking-stimulating questions and semi-structured interview. In order to perform the analysis, the following softwares were utilized: *Epi info 3.5.1 version*; *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations – EVOC*; *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte – ALCESTE*; *NVIVT*. The representations of the users anchor in elements of gender violence. The health service was recalled as a space to “treat physical lesions”. Recalls from the professionals blame the women for being dependant and submissive while jealousy and use of drugs are seen as drivers of violent acts in connection with elements that qualify men like cowardice and male chauvinism. In addition, the nurses point out among women the feeling of self-devaluation and submission connected with fear. For the group of physicians, the lack of determination is related to social issues so that the resolution of the problem becomes difficult. The dimension representation **field** was constituted by elements that qualify the woman with low self-esteem, submission and dependence while the aggressor is represented as a “sick man” and, mainly, by “amazement” for attending such offences within the demands of the BHC health services what configure “a non-place”. The **information** dimension is translated by the VAW naturalization as the expression of individual and collection difficulties. The **attitude** dimension was expressed upon the diffuse claims of the women who “do not speak clearly” about the situation of violence, in establishing the “dependent” bond of the woman’s wish, in the fragmentation of the practices that represent the lack of commitment with the

problem but also a strategy in order “to deal with it” in the team work, mainly as a support for the professional, by directing to “other services” and also as an alternative for “non-involvement”. Finally, under the perspective of health professionals and users, VAW social representations point out to elements that allow the understanding of the complexity that involves the services, the protection networks and the social networks. They evidence the fragility of the educative and assistance “models” and the clinic limits in order to face such events, what unveils what has been named as “diagnosis insufficiency”. In this sense, they can help in the comprehension and legitimacy of actions and in attributing responsibility to institutions and health professionals by promoting integral care under the perspective of the SUS principles and of the life preservation.

Descriptor: Violence against Woman; Basic Health Care; Health Professional

RESUMEN

Este estudio aborda las representaciones sociales de la violencia contra la mujer (VCM) de profesionales de salud y usuarias de la Atención Primaria de Salud. El objetivo general es conocer y analizar las representaciones, considerando los atendimientos en los servicios en la región Partenon/Lomba do Pinheiro, en la municipalidad de Porto Alegre. Se trata de un estudio cualitativo que analiza y confronta dimensiones de la violencia, en la perspectiva teórica y metodológica de las Representaciones Sociales. Los participantes de la pesquisa fueron 40 profesionales de salud y 122 mujeres usuarias de los servicios de la región del estudio. La generación de los datos fue realizada por medio de instrumentos con cuestiones-estímulo de evocaciones y entrevista semi-estructurada. En el análisis, se utilizaron los programas: *Epi info versión 3.5.1*; el *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* – EVOC; *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* – ALCESTE; NVIVO para la categorización del contenido de las entrevistas en la perspectiva dimensional de Serge Moscovici. Las representaciones de las usuarias son ancoradas en elementos de la violencia de género. El servicio de salud solamente fue recordado como espacio para “tratar las lesiones físicas”. Las evocaciones de los profesionales culpan la mujer por ser dependiente y sumisa, y la envidia y el uso de drogas como desencadenantes del acto violento, asociado a elementos que califican los hombres como cobardía y machismo. Se identificó que las enfermeras destacan, en la mujer, la desvalorización y la sumisión, asociadas al miedo. Para el grupo dos médicos, la falta de resolutivez está asociada a cuestiones sociales y dificultan la resolución del problema. La dimensión **campo** de representación fue constituida por elementos que califican la mujer con autoestima baja, sumisión y dependencia, y el agresor, representado como “hombre enfermo”, y, principalmente, por el “asombro” por atender esos agravios en la demanda de los servicios de salud de la ABS configurándose en “un no lugar”. La dimensión **información** se traduce por la naturalización de la VCM como expresión de las dificultades individuales y colectivas. La dimensión **actitud** se expresó en las quejas difusas de las mujeres,

que “no hablan claramente” de la situación de violencia, en el establecimiento del vínculo “dependiente” de la voluntad de la mujer, en la fragmentación de las prácticas que representan el descompromiso con el problema, pero, también, una estrategia “para verse con él”, en el trabajo en equipo, principalmente, como soporte para el profesional, por el encaminamiento para “otros” servicios, también como alternativa de “no involucramiento”. Por fin, las representaciones sociales de la VCM, bajo la perspectiva de profesionales de salud y de las usuarias, apuntan elementos que permiten el entendimiento de la complejidad que envuelve los servicios, las redes de protección y las redes sociales. Atestan la fragilidad de los “modelos” formativos y asistenciales y los límites de la clínica para hacer frente a esos eventos, descubriendo lo que se nombró “insuficiencia diagnóstica”. En ese sentido, pueden ayudar en la comprensión y en la legitimidad de acciones y responsabilización de instituciones y profesionales de salud, promoviendo la atención integral, bajo la perspectiva de los principios del SUS y de la preservación de la vida.

Descriptor: Violencia contra la Mujer; Atención Primaria a la Salud; Profesional de la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos profissionais de saúde dos serviços da ABS da região do Partenon/Lomba do Pinheiro, quanto à faixa etária, sexo e profissão	70
Figura 2	Distribuição dos profissionais de saúde quanto à profissão, ao sexo e ao local de atuação na ABS	71
Figura 3	Distribuição dos profissionais de saúde quanto a profissão, qualificação profissional e local de atuação na ABS	72
Figura 4	Distribuição dos profissionais de saúde quanto aos cursos de especialização e ao local de atuação na ABS	73
Figura 5	Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho em serviços de saúde	73
Figura 6	Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao sexo, à profissão e ao tempo de trabalho em serviços de saúde	74
Figura 7	Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho na ABS	75
Figura 8	Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho na ABS, por profissões e sexo	75
Figura 9	Distribuição das mulheres, quanto ao estado civil e faixa etária	76
Figura 10	Distribuição das mulheres quanto à faixa etária e profissão/ocupação	77
Figura 11	Distribuição das mulheres quanto ao número de filhos	79
Figura 12	Distribuição das mulheres quanto o número de filhos e à faixa etária	79
Figura 13	Distribuição das mulheres quanto ao número de filhos e ao estado Civil	80
Figura 14	Imagem utilizada para estimular evocações acerca da violência contra a mulher	103
Figura 15	Imagem utilizada para estimular evocações acerca do estímulo “cite 5 lugares que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde	

	a mulher da figura está sendo levada”	107
Figura 16	Imagem utilizada para estimular evocações do estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura”	110
Figura 17	Desenho induzido pela palavra violência. M36 60 anos	114
Figura 18	Desenho induzido pela palavra violência. M91 60 anos	114
Figura 19	Desenho induzido pela palavra violência. M101 36 anos	114
Figura 20	Desenho induzido pela palavra violência. M74 16 anos	115
Figura 21	Desenho induzido pela palavra violência. M100 25 anos	115
Figura 22	Desenho induzido pela palavra violência. M10 21anos	115
Figura 23	Desenho induzido pela palavra violência. M25 62 anos	115
Figura 24	Desenho induzido pela palavra violência. M46 41anos	116
Figura 25	Desenho induzido pela palavra violência. M30 54anos	116
Figura 26	Desenho induzido pela palavra violência. M86 29 anos	116
Figura 27	Desenho induzido pela palavra violência. M54 21 anos	116
Figura 28	Desenho induzido pela palavra violência. M18 45 anos	116
Figura 29	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo das enfermeiras. <i>Corpus</i> visibilidade: análise por contraste da variável profissão	121
Figura 30	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo da profissão médica. <i>Corpus</i> visibilidade: análise por contraste da variável profissão	123
Figura 31	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo com especialização na Área da ABS. <i>Corpus</i> visibilidade: análise por contraste da variável especialização	126
Figura 32	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo sem especialização na área da ABS. <i>Corpus</i> visibilidade: análise, por contraste, da variável especialização.....	127
Figura 33	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo profissionais da faixa etária ≤ 39 anos. <i>Corpus</i> visibilidade: análise por contraste da variável faixa etária	130
Figura 34	Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo profissionais da faixa etária ≥ 40 anos. <i>Corpus</i>	

	visibilidade: análise por contraste da variável faixa etária	132
Figura 35	Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do <i>corpus</i> atendimento	138
Figura 36	Quadro de quatro casas, programa <i>Tabrgfr</i>	285

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Categorias analíticas que emergiram da análise com o <i>software</i> NVivo	67
Quadro 2	Centralidade dos termos evocados no conjunto dos profissionais da saúde, em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher”	84
Quadro 3	Centralidade dos termos evocados entre as enfermeiras em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência contra a mulher”	87
Quadro 4	Centralidade dos termos evocados pelas(os) médicas(os) em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência contra a mulher”	88
Quadro 5	Centralidade dos termos evocados no grupo dos profissionais da saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde , em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência contra a mulher”	90
Quadro 6	Centralidade dos termos evocados no grupo dos profissionais da saúde que atuam nas equipes de ESF , em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência contra a mulher”	91
Quadro 7	Quadro síntese do possível núcleo central e elemento periférico de cada grupo: enfermeiras, médicas (os), profissionais que atuam na ABS	93
Quadro 8	Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “ cite 5 palavras que lhe vêm a cabeça, quando pensa em violência ”	97
Quadro 9	Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “ palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência ”	98
Quadro 10	Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem	

	decrecente, relacionadas ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher”....	100
Quadro 11	Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher”.....	101
Quadro 12	Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 palavras que vêm à cabeça, quando vê esta figura”(FIGURA 14)	104
Quadro 13	Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura” (Figura 14)	105
Quadro 14	Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 lugares que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada” (Figura 15)	107
Quadro 15	Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada” (Figura 15)	108
Quadro 16	Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 palavras que vêm à cabeça quando vê esta figura” (Figura 16)	110
Quadro 17	Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura” (Figura 16)	111
Quadro 18	Palavras características para cada profissão e variáveis mais associadas a cada grupo. <i>Corpus</i> visibilidade: análise, por contraste, das profissões.....	120
Quadro 19	Palavras características para cada grupo de profissionais: especialista na ABS e sem especialização na Área. <i>Corpus</i> visibilidade: análise, por contraste, da variável especialização.	125
Quadro 20	Palavras características para cada grupo de profissionais: ≤ 39	

	anos e \geq 40 anos de idade. <i>Corpus</i> visibilidade: análise, por contraste, considerando a faixa etária	129
Quadro 21	Distribuição das classes do <i>Corpus</i> Atendimento, quanto à denominação, variáveis características, número de UCE classificadas e percentuais no <i>corpus</i>	137
Quadro 22	Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 1	140
Quadro 23	Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 2	142
Quadro 24	Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 4	144
Quadro 25	Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 3	146
Quadro 26	Variáveis da análise do EVOC, para o grupo dos profissionais de saúde e para o das mulheres.....	288
Quadro 27	Dicionário com padronização das evocações dos profissionais de saúde	289
Quadro 28	Dicionário com padronização das evocações das mulheres	290
Quadro 29	Descrição das variáveis deste estudo, analisadas pelo <i>software</i> ALCESTE	303

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	28
2.1	A violência contra a mulher – gênero e adoecimento	28
2.2	2.2 Violência contra a mulher no Brasil: problema de polícia? De Saúde Pública?	34
2.3	As Representações Sociais da violência na compreensão das ações/omissões dos profissionais e serviços de saúde – elementos teóricos para análise	39
3	OBJETIVOS	49
3.1	Objetivo Geral	49
3.2	Objetivos específicos	49
3.3	Pressupostos norteadores	49
4	PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA	52
4.1	Tipo de estudo	52
4.2	Campo de estudo	51
4.3	Participantes da pesquisa	53
4.4	Geração de dados	55
4.5	Análise dos dados	61
4.6	Considerações éticas	68
5	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	70
5.1	Os profissionais de saúde	70
5.2	As mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde	76
6	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ASSOCIAÇÃO LIVRE	82
6.1	Os profissionais de saúde	82
6.2	As evocações das mulheres – usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde	96
7	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	

	DOS ATENDIMENTOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ABS – ANÁLISE LEXICAL DAS ENTREVISTAS	118
7.1	Visibilidade da violência contra a mulher na demanda dos atendimentos da ABS	118
7.2	Atendimento às mulheres em situação de violência na demanda da ABS.....	136
8	OS ATENDIMENTOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SOB A ÓTICA DA ANÁLISE DIMENSIONAL	148
8.1	O campo da representação da violência contra a mulher	149
8.2	A dimensão da informação na representação da violência contra a mulher	168
8.3	A dimensão da atitude na representação da violência contra a mulher	184
9	Considerações	201
	REFERÊNCIAS	212
APÊNDICE A	ESTUDOS MONOGRÁFICOS: o cenário do observatório e os serviços de Saúde da Região Partenon e Lomba do Pinheiro	226
APÊNDICE B	ENTREVISTA COM AS MULHERES: questionário com questões-estímulo sobre violência contra a mulher	268
APÊNDICE C	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	269
APÊNDICE D	ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	270
APÊNDICE E	FOLHA EXPLICATIVA	271
APÊNDICE F	CATEGORIZAÇÃO PARA A ANÁLISE DOS DESENHOS REALIZADOS PELAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA	272
APÊNDICE G	PROGRAMA EVOC: análise da lexicografia pelo programa <i>Rangmot</i>	286
APÊNDICE H	ORGANIZAÇÃO DO CORPUS PARA O PROGRAMA EVOC	289
APÊNDICE I	BREVE DESCRIÇÃO DO PROGRAMA ALCESTE, VARIÁVEIS DO ESTUDO E ORGANIZAÇÃO DO <i>CORPUS</i> ..	292

APÊNDICE J	RELATÓRIO EVOC <i>RANGMONT</i>: profissionais de saúde	295
APÊNDICE L	RELATÓRIO EVOC <i>RANGMONT</i>: mulheres usuárias dos serviços de saúde	298
ANEXO 1	TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE	305
ANEXO 2	FIGURA-ESTÍMULO: questão 3 do questionário respondido pelas mulheres	306
ANEXO 3	FIGURA-ESTÍMULO: questão 5 do questionário respondido pelas mulheres	307
ANEXO 4	FLUXO DE NOTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	308

1 INTRODUÇÃO

Esta tese associa-se ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), vinculado ao programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no qual estou inserida desde 2001, quando iniciei o Mestrado em Enfermagem^A.

A prática de 18 anos no exercício da profissão de enfermeira de um hospital de trauma, o interesse na Área de Saúde Coletiva, associado a leituras, reflexões, discussões e pesquisas desenvolvidas no GESC, instigou-me a pesquisar as condutas dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde em relação às usuárias cujos atendimentos decorrem de violência. Muitas mulheres em situação de violência que chegam às emergências não são identificadas como tal, e o tratamento se restringe ao ferimento ou à lesão física. Neste sentido, predomina o foco no trauma físico e a violência é invisibilizada; questiona-se, inicialmente “de que modo a violência contra mulheres é identificada nos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde, quando as queixas não estão diretamente relacionadas à agressão”?

Considerando essa reflexão individualmente, esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma base institucional nomeada “Observatório de Causas Externas” criada na região Lomba do Pinheiro e Partenon do município de Porto Alegre, junto à rede de serviços de Atenção Básica, para fazer frente aos agravos decorrentes de violências e acidentes denominados causas externas.

Esses agravos, no Brasil, são a segunda causa de morte, desde o início da década de 1980⁽¹⁾. Têm provocado forte impacto na saúde da população brasileira e são um problema de Saúde Pública de grande magnitude e transcendência⁽²⁻¹⁰⁾. Incluem agravos à saúde considerados acidentais – quedas, envenenamentos, afogamentos, acidentes de trânsito, de trabalho – e outros tipos de acidentes; agressões, lesões autoprovocadas, homicídios e suicídios, como agravos intencionais.

Nas causas intencionais, as agressões merecem destaque e as mulheres são

^A Dissertação defendida em abril de 2003: “Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem”. Orientadora: Profa. Dra. Marta Julia Marques Lopes.

um grupo populacional vulnerável^(11,12). Resultados de pesquisas sobre mulheres hospitalizadas, evidenciaram agressões no espaço doméstico, em geral causadas por homens de sua relação, seja namorado ou com quem convivem ou conviveram maritalmente^(13,14). Considerando as culturas de gênero, a força física empregada nos atos violentos expressa o exercício do poder masculino sobre o corpo feminino⁽⁵⁾.

Esse tipo de violência e, conseqüentemente, o “adoecimento” dele resultante, tende a ser naturalizado no senso comum, sendo essa realidade somente modificada com o entendimento e a alteração “das circunstâncias que tornam a violência masculina contra as mulheres um padrão comum, que continua a se reproduzir sob o olhar indiferente de grande parte da sociedade”^(15:26).

A perspectiva geracional desse tipo de violência, em especial direcionada à mulher idosa, também é enfatizada, considerando-se o adoecimento decorrente. As agressões físicas a mulheres, em todas as faixas etárias, podem ser identificadas e investigadas nos serviços de saúde. Porém, tais dados estão ocultos nos registros das Instituições de Saúde, “invisibilizados”, na maioria das vezes, tanto pelo despreparo dos profissionais de saúde quanto pelo constrangimento ou incapacidade da vítima em denunciar ou relatar a agressão^(9,16,17).

Strey e Werba⁽¹⁸⁾ pesquisaram as representações que profissionais de diversas Áreas têm sobre “o que é violência contra a mulher”. Participaram do estudo 125 alunos de um curso de formação básica para profissionais de Segurança Pública, no Rio Grande do Sul. Foi solicitado que, em grupo, os alunos construíssem o conceito próprio de violência. As autoras constataram que a violência contra as mulheres não foi identificada por esse grupo de pessoas que lida com o assunto e se propõe a qualificar sua formação, na Área da Segurança Pública.

Entretanto, segundo resultados de pesquisa realizada pelo Senado Federal sobre “Violência doméstica contra a mulher”, em cada 100 mulheres brasileiras 15 convivem ou já conviveram com algum tipo de violência doméstica; a situação é mais alarmante na Região Norte, onde uma em cada cinco mulheres afirmou que já foi vítima de violência⁽¹⁹⁾.

Apesar desta proporção, o registro dos casos de violência contra a mulher, na maioria das vezes, não é realizado nem identificado, pois o atendimento está

direcionado à conduta técnica, aos sintomas, às queixas clínicas, e à parte do corpo supostamente comprometida^(7,9,14).

Considera-se importante, ressaltar que os resultados desses estudos apontam para o fato de as mulheres se calarem, muitas vezes, diante da violência sofrida, seja por vergonha, por culpa ou por se sentirem responsáveis pela agressão.

Mulheres em situação de violência tendem a utilizar, com maior frequência, os serviços de saúde e a assistência tem baixo poder resolutivo, acarretando maior custo ao Sistema de Saúde em consequência do seu uso repetitivo e ineficaz. Além disso, as mulheres, em consequência do sofrimento provocado pela violência, tendem a negligenciar o cuidado consigo e com os outros. Essas são mais propensas à entrada tardia no pré-natal, à baixa adesão ao exame de prevenção do câncer cervico-uterino, à realização de sexo inseguro, ao abuso de álcool e tabaco, e ao uso de outras drogas^(20,21). Esses aspectos apontam limitações na atuação de profissionais e equipes de saúde para identificar as mulheres em situação de violência, o que se agrava quando elas não expressam verbalmente a agressão.

Leal e Lopes⁽⁹⁾ relatam o resultado de pesquisa realizada com profissionais de saúde de um serviço público de emergência, no qual evidenciaram os seguintes sistemas de defesa acionados pelas trabalhadoras de enfermagem, no cuidado do paciente hospitalizado por agressão: fragmentação da relação técnico-paciente; despersonalização e negação da importância do indivíduo; distanciamento e negação de sentimentos. Observaram-se estratégias para suportar o enfrentamento do “sofrimento”, criadas entre o grupo estudado, por acordos, como o auxílio mútuo no cuidado aos pacientes.

Considera-se que sistemas de defesa utilizados pelos profissionais para dar conta da carga emocional do dia a dia do trabalho em serviços de emergência são fragmentados e diversos; entretanto, nos serviços básicos de saúde as estratégias também estão presentes e manifestadas de múltiplas formas. Dentre elas salientam-se a invisibilização de usuárias e usuários em situação de violência, a “rotulação” de algumas mulheres de “poliqueixosas”, entre outros.

Essas constatações sintetizadas em estudos e impulsionadas por motivações pessoais estruturam o presente estudo pelo qual se propõe conhecer e compreender as representações sociais (RS) da violência contra a mulher, na perspectiva das

usuárias e dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica de Saúde, em uma região de pobreza e segregação urbana do município de Porto Alegre. Acredita-se que a base institucional fornece, nesse caso, os elementos para análise do processo assistencial (não se trata aqui da atenção à saúde), que reproduz certas formas de atendimento em saúde, marcadas pelas desigualdades sociais e de gênero ao “olhar” a violência.

Ao se investigar essas marcas socioculturais na assistência às mulheres em situação de violência, expressas nos discursos, na omissão ou em condutas terapêuticas inadequadas, opta-se por adotar bases conceituais da Representação Social de Moscovici^(22:26) conceituada como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”.

Nessa perspectiva, na área da saúde, em particular, na da Atenção Básica de Saúde (pública e gratuita) busca-se compreender as interinfluências socioculturais nas condutas profissionais e institucionais para esses agravos intencionais, com base nos atendimentos, nos serviços e na ótica das usuárias. Considera-se que as noções que compõem a teoria^(22, 23) em questão agregam a noção de campo como a hierarquização de elementos, imagens e metáforas, ou seja, elementos figurativos da representação social da violência contra a mulher, na ótica dos profissionais da saúde, na articulação relacional e institucional, possibilitando assim, a compreensão dinâmica das atitudes^B, das condutas terapêuticas e institucionais no enfrentamento desses agravos.

Para o autor, é necessário que o espaço de interação seja considerado “solo” das representações sociais quando ocorrem as relações com os outros. Na perspectiva de Moscovici^(22:70) “a atitude destaca a orientação global em relação ao objeto da representação”. Essa concepção teórica postula que a formação de idéias e atitudes (posicionamento positivo ou negativo nas condutas) ocorre sob influência da interação social, das relações entre as pessoas e do senso comum, mesmo tratando-se do universo “científico” das práticas profissionais.

^B Refere-se a uma das três dimensões da Análise Dimensional proposta por Moscovici (1978), abordada, mais adiante, no item 2.4. Ele considera ser a mais frequente das três dimensões e diz que “uma pessoa se informa e representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição, e em função da posição adotada”^(22:74).

As RS refletem o modo pelo qual os indivíduos, os grupos, os sujeitos sociais constroem seu conhecimento a partir de sua inscrição social, cultural, entre outros. Também expressam a maneira com que a sociedade se dá a conhecer e constrói esse conhecimento com os indivíduos⁽²⁴⁾.

Segundo Moscovici⁽²³⁾, nas sociedades contemporâneas, observam-se duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os reificados. Nos universos reificados (neste caso o conhecimento, profissional e as instituições), complementam autores brasileiros, é que “se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica”^(25:28). Os universos consensuais se constituem, principalmente, na conversação informal, na vida cotidiana, ou seja, a interação social cotidiana, pela qual são produzidas as representações sociais^(24,25).

Moscovici explica que em “um universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, cada um com possibilidade de falar em nome do grupo e sob o seu auspício”, porém, num universo reificado, “a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes cujos membros são desiguais. Somente a competência adquirida determina seu grau de participação”, dessa forma, “as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam com o universo consensual”^(23:50-52).

A diferença entre um universo e outro não indica isolamento, nem hierarquia entre eles, apenas propósitos diversos. Indica que, neste caso, tanto os profissionais e suas instituições, quanto às mulheres, articulam formas de pensamento que incluem esses dois universos, mediados, também, por valores, posições sociais, preconceitos, entre outros.

Analisar as implicações das representações nas práticas e condutas profissionais da saúde no atendimento a mulheres em situação de violência requer que a violência seja compreendida a partir desses universos, construídos nas mentalidades e nos serviços, nos quais estão instituídas as práticas e condutas terapêuticas. Considera-se que é na interação desses dois universos, na base relacional profissionais e usuárias, que se constroem as possibilidades concretas de enfrentamento ao adoecimento advindo de atos violentos.

A seguir, no capítulo 2 apresenta-se a construção do objeto de pesquisa, abordando a violência contra a mulher (VCM) no Brasil, na perspectiva de gênero e adoecimento, questionando se é um problema de polícia e de Saúde Pública; analisando-se, também as Representações Sociais da violência na compreensão das ações/omissões dos profissionais e serviços de saúde, como elementos teóricos para análise. Finaliza-se o capítulo com algumas considerações sobre a teoria do núcleo central das representações sociais.

No capítulo 3 são apresentados os objetivos, gerais e específicos, e os pressupostos norteadores que serão defendidos nas análises desta tese.

No capítulo 4 apresenta-se a perspectiva teórico-metodológica com a descrição do tipo de estudo, do campo do estudo, dos participantes da pesquisa, do percurso da geração de dados com os profissionais de saúde e com as mulheres usuárias da Atenção Básica de Saúde. Também é descrita a análise dos dados e informações documentais, que foi dividida em duas etapas. A primeira, com perspectiva de análise descritiva, na qual foram realizados os estudos monográficos (APÊNDICE A); a caracterização dos participantes, análise da associação livre de palavras das evocações de profissionais e de usuárias, e a análise lexical das entrevistas com os profissionais de saúde. Para esta etapa, utilizaram-se como ferramenta de análise, *softwares*: *Epi Info versão 3.5.1*, *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* – EVOC e *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* – ALCESTE. Na segunda etapa, analisaram-se as entrevistas dos profissionais de saúde sob a perspectiva da análise dimensional de Moscovici e utilizou-se o software NVIVO para fazer a categorização, segundo a análise de conteúdo⁽²⁶⁾. A descrição de cada *software* é apresentada no corpo da análise e as informações mais detalhadas encontram-se nos apêndices. As considerações éticas são apresentadas no item 4.5.4

No capítulo 5, com auxílio do *software Epi Info versão 3.5.1*, foi realizada a caracterização dos profissionais de saúde e das mulheres que participaram deste estudo.

O capítulo 6 é constituído da análise das evocações dos profissionais e das mulheres acerca da violência contra a mulher e utilizou-se o *software* EVOC.

No capítulo 7 apresenta-se as representações sociais da violência contra a

mulher, sob a ótica dos profissionais de saúde, a partir da análise de algumas questões das entrevistas. Utilizou-se o *software* ALCESTE e foram analisados 2 *corpus*. O primeiro, denominado “Visibilidade”, refere-se às representações sobre a visibilidade da violência contra a mulher, na perspectiva dos profissionais. É analisado de modo comparativo, considerando: a profissão, a formação de especialista, ou não, na Área da ABS e a faixa etária dos profissionais. O segundo *corpus* foi denominado “Atendimento”, buscando-se investigar o que os profissionais pensam a respeito dos atendimentos às mulheres em situação de violência, na demanda da Atenção Básica de Saúde.

No capítulo 8 apresenta-se a análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde, na perspectiva das três dimensões da abordagem dimensional de Moscovici⁽²²⁾: a **informação**, que é relacionada com a organização do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da VCM; o **campo de representação**, que indica, principalmente, o “modelo” social expresso nas falas dos profissionais de saúde e a **atitude**, exprimindo a orientação geral do grupo sobre posicionamentos, favoráveis ou não, ao problema da VCM.

No capítulo 9 busca-se articular as representações sociais da VCM na ótica de profissionais e mulheres usuárias dos serviços de saúde. Também defende-se os pressupostos norteadores da tese e finaliza-se o capítulo com proposições direcionadas ao enfrentamento do problema da violência contra a mulher no contexto da Atenção Básica de Saúde.

Nos Apêndices encontram-se os Estudos Monográficos com a descrição do cenário sociodemográfico e epidemiológico da região em estudo, do grupo de observadores de causas externas e dos serviços de saúde. Também estão incluídos elementos que podem contribuir para o entendimento da análise tanto contextual como metodológica, como por exemplo, a descrição mais detalhada dos softwares utilizados neste estudo.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

2.1 A violência contra a mulher – gênero e adoecimento

Mesmo com todas as conquistas da mulher na sociedade atual, tanto relacionadas à liberdade de ir e vir e de expressão, no espaço público, quanto à inserção no mercado de trabalho e à opção de não seguir o padrão tradicional de constituir família e ficar restrita ao espaço doméstico, a violência contra a mulher espelha a permanência de desigualdade de poder entre os sexos, é um agravo que atinge mulheres no mundo inteiro, independente de raça, poder aquisitivo e nível de instrução. Despossuída de legitimidade, de “gênero” para questionar essa “condição”, muitas vezes, a mulher é culpabilizada e responsabilizada por “estar” em situação de violência. Também as “situações de vulnerabilidade” são potencializadoras desse tipo de agravo à saúde das mulheres em situação de exclusão social. Considerando esses elementos (...) entende-se necessário compreender a vulnerabilidade social como “o resultado negativo da relação entre a disponibilidade de recursos e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade civil”^(27:13) e, acrescenta-se, entre as “classes” do sexo.

A Declaração da Eliminação da Violência Contra a Mulher foi o primeiro documento internacional de direitos humanos voltado exclusivamente à violência contra a Mulher, criado em dezembro de 1993, na Assembléia Geral das Nações Unidas. Nesse documento é assim definida a violência contra a mulher:

Qualquer ato de violência com base no gênero, sexo, que resulta ou que é provável resultar em dano físico, sexual, mental ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrida em público ou na vida particular^(28:116).

A violência contra a mulher pode ser definida como “sofrimento e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. (...) especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo, com experiências de vida usuais”^(29:12). Portanto, além da dor

física, a mulher também sente a dor de ser agredida por alguém que ama ou que amou e o domicílio, que deveria ser o local de proteção, é transformado em espaço de vulnerabilidade a esses eventos.

Em pesquisa recente sobre violência contra as mulheres, realizada na França, citada por Menezes⁽³⁰⁾, foi constatado que as mulheres francesas corriam maior risco dentro de suas próprias casas do que no espaço público ou no local de trabalho. No Brasil, a cada 15 segundos uma mulher sofre violência e é estimado que mais de dois milhões de mulheres sejam espancadas, a cada ano, por seus (ex) maridos / (ex) companheiros, ou seja, por um homem com o qual têm ou tiveram relações afetivas⁽³¹⁾.

Soares⁽³²⁾ enfatiza que qualquer mulher pode ser vítima da violência, não importando se ela é rica, pobre, a cor da pele, se vive no campo ou na cidade, se é moderna ou antiquada e independe de religião. A única diferença é que as mulheres com maior poder aquisitivo conseguem esconder melhor sua situação e têm mais recursos para tentar escapar da violência. A autora ressalta que tipicamente “a violência contra a mulher envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas”^(32:13). Esse tipo de violência pode resultar em graves lesões físicas, danos psicológicos duradouros e, nos casos mais extremos em femicídio, classificação criada pelo movimento feminista para o assassinato de mulheres por razões associadas às relações de gênero.

A magnitude do problema é expressa por Giffin⁽³³⁾, citando estudo realizado por Heise para o Banco Mundial, que identificou como resultante da violência contra mulheres a redução de 19% de anos de vida, perdidos por incapacitação física ou morte, na faixa etária de 15 a 44 anos. “Em termos globais, as consequências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres, são maiores que as consequências de todos os tipos de câncer, e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares”^(33:147).

A articulação entre concepções de masculinidade e concepções de violência fornece elementos para a compreensão de argumentos que sustentam relações violentas⁽³⁴⁾, o que foi evidenciado em resultados de pesquisa realizada com apenados por crimes sexuais, que admitiam ter forçado a relação sexual, embora

acreditando que ela “também queria”. Nessa perspectiva, é esperado que a mulher diga não e que a iniciativa seja do homem, pois o “não” pode ser uma forma de sedução e o apoderamento do corpo da mulher cabe ao homem; portanto, a manutenção da virilidade e da moral masculina “depende de não dizer não diante de uma oportunidade”^(34:44). Nessa linha de “justificativa”, a mulher é responsabilizada pelo estupro, por ter propiciado as condições sedutoras, principalmente no ambiente doméstico e, no público, por estar em local suspeito ou indevido, em horário inadequado, possibilitando que o homem “perca a cabeça e o controle da situação” – expressões frequentes utilizadas por homens agressores e abusadores⁽³⁵⁾.

No estudo com apenados por crimes sexuais Machado⁽³⁴⁾ ressalta que para os homens entrevistados, estuprar pode estar associado a cair na tentação do mal, mas também tem o sentido relacionado à manutenção da moral de macho, ou seja, o homem que é macho “tem” todas as mulheres que deseja, mesmo que seja à força, pois seu instinto masculino “o faz perder a cabeça” e violar qualquer mulher desejada por ele.

Ainda, em relação ao estudo realizado por Machado⁽³⁴⁾, homens agressores entrevistados na Delegacia das Mulheres do Distrito Federal expressaram que o ato violento foi decorrente da provocação da mulher, de não lhe ter obedecido, ou seja, a intenção não era “machucar”, mas “corrigir” a mulher quanto às atitudes que eles consideravam inadequadas. Para eles, a agressão tem caráter disciplinar, pois, na sua ótica, cabe ao homem estabelecer as normas de convivência e das rotinas domésticas, em especial de como a mulher deve realizar o cuidado e a educação dos filhos, o controle das filhas, e manter um comportamento condizente de mulher casada e mãe de filhos. Os entrevistados relataram que primeiro avisam, tentam conversar, e só batem quando não são obedecidos; consideraram que o descontrole, “ficar transtornado”, “perder a cabeça” não constituem violência, mas fraquezas que os fazem cometer excessos, agredindo fisicamente a mulher; acreditam que as mulheres foram agredidas porque fizeram algo errado. Um deles expressou que “tentou corrigir pela conversa, não deu certo”^(34:48).

Essa ótica expressa valores de um tipo de masculinidade dominante e é reforçada quando o homem assume o papel de único provedor da família, de pai, de marido que necessita garantir a fidelidade de “sua” mulher, para ser considerado

“homem honrado”. E, em muitas situações, em pleno século XXI, esse homem não permite que a mulher exerça atividades fora do lar, mantendo-a, assim, em situação de violência e de dependência ao marido/companheiro. Sob a ótica de Minayo^(36:24), esse “homem honrado enxerga a masculinidade como o lugar dos instintos incontroláveis, da agressividade e da violência”.

Considerando diferentes estudos, além dos citados, constata-se que confirmam, em geral, que as mulheres são agredidas no espaço doméstico e os homens, no público^(13,35-39). Nessa perspectiva, pode-se afirmar que a espacialização do local de agressões é intimamente marcada pelas relações de gênero. O espaço doméstico é, de certa forma, “isento” de leis formais. Ou seja, a banalização do ditado “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” abre caminhos para a “lei do mais forte” e para legitimar o poder do marido sobre a esposa e os filhos. Estabelece-se, assim, uma “ética privada” que hierarquiza as relações familiares e submete “os mais fracos”. Essa ética para consumo interno parece descompromissada com valores de proteção à vida, difundidos na sociedade mais ampla⁽¹³⁾.

Atualmente, no mundo capitalista, a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho com índices de escolaridade e renda, muitas vezes, superiores aos dos homens e assumindo espaços de prestígio que antes eram de domínio masculino. Nesse contexto, situam-se crises nas relações de gênero, como a dificuldade para lidar com tais experiências totalmente novas, “podendo resultar na violência como tentativa de restaurar as antigas posições nas relações interpessoais”, nas quais cabia ao “homem honrado” prover as necessidades financeiras da família “sem deixar faltar nada em casa” e com a autoridade para estabelecer as normas do espaço doméstico^(35:18).

Medeiros⁽⁴⁰⁾ salienta que para compreender o fenômeno da violência contra a mulher é necessário reconhecer a discriminação histórica da mulher, o que tem aprofundado a desigualdade econômica, social e política entre mulheres e homens, na qual a mulher sempre ocupou e ocupa posição inferior. A autora ressalta que a falta de igualdade determina a vulnerabilidade da mulher à violência, de tal forma que, em muitas situações, a violação de seus direitos não é percebida por ela como violência e deixa de ser visibilizada. “Muitas vezes, a violência é denunciada, mas

isto não garante a proteção das vítimas e nem mesmo a punição dos agressores. No entanto, o silêncio e a omissão são cúmplices da impunidade e da violência” (40:102).

Portanto, considera-se que, mesmo em uma época marcada pela participação da mulher em vários setores produtivos da sociedade e com o reconhecimento de sua capacidade profissional em espaços, antes de domínio masculino, as relações entre os sexos atestam permanências que (re) instituem velhas e novas formas de dominação.

Defende-se que considerar a violência como “adoecimento” é proporcionar-lhe possibilidade de “legitimidade diagnóstica”, atribuindo-lhe, portanto, chance de ser pensada na perspectiva de intervenção terapêutica, no campo da Saúde. Os argumentos nesse sentido buscam sustentações nas teorias do gênero como elemento analítico.

Sendo assim, a violência contra a mulher é um fenômeno complexo, com raízes profundas nas relações de poder, baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais, nas quais, em muitas sociedades, a essência da masculinidade ainda repousa sobre o direito masculino de dominar a mulher⁽³³⁾. Na perspectiva de Schraiber e D’Oliveira⁽²⁹⁾, muitas vezes a noção de gênero é confundida e utilizada como sinônimo de sexo masculino e feminino; porém, “o sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo, gênero indica a construção social, material e simbólica, a partir desta diferença, que transforma bebês em homens e mulheres, em cada época e lugar, de distintas maneiras” (29:14). Portanto, a palavra “gênero implica a tentativa de imposição cultural sobre o que seja ser homem ou mulher e as decorrentes relações de poder entre ambos”^(41:15).

Culturas de masculinidade e feminilidade dominantes têm contribuído com distintas formas de nascer, viver e morrer. Em se tratando de instituir poder podem-se avaliar as repercussões da utilização desigual, por exemplo, da força física como instrumento de exercício deste poder. Mas é na aceitação tácita, naturalizada desse exercício que repousa a perpetuação dos atos violentos.

Autoras como Saffioti⁽⁴²⁾ salientam que uma das características mais específicas da violência contra a mulher é a rotinização, o que muito contribui para a codependência e o estabelecimento da relação violenta que se constitui em verdadeira prisão, pois, “o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força:

o homem deve agredir, porque macho deve dominar a qualquer custo; e mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu *destino* assim determina”^(42:88).

O conhecimento da história das mulheres, através dos tempos, auxilia no entendimento do modo como as relações de gênero foram construídas e estabelecidas como verdades naturais, nas quais os papéis de homem e de mulher são definidos ao nascer e reforçam a crença de que algumas mulheres nascem com o destino de se envolverem com homens violentos. Assim, é preciso analisar a historicidade dos processos sociais na perspectiva das interinfluências presentes na totalidade das relações de gênero que se desenvolvem nas sociedades.

Dito isso, analisar, identificar e refletir sobre a violência como “adoecimento” das mulheres requer contemplar culturas de gênero, explorando as possibilidades analíticas do referencial teórico que considera gênero um elemento constitutivo de relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e como forma de dar significado às relações de poder⁽⁴³⁾.

No campo da saúde, Helman⁽⁴⁴⁾ considera que os papéis de gênero, dependendo do contexto, podem atuar, de modo protetor ou patogênico e que as crenças, expectativas e comportamentos inerentes à determinada cultura de gênero são considerados determinantes para algumas condições, denominadas doenças do gênero social. Por exemplo, alguns homens podem ignorar os sintomas iniciais de uma doença grave ou o próprio médico subestimar sua gravidade. O autor enfatiza que as mulheres são educadas socialmente para apresentar um limite baixo de tolerância à dor, por exemplo, e procurar, com frequência, atendimento de saúde. Essa tendência pode levar médicos homens a diagnósticos errados de histeria, hipocondria e à medicalização de eventos da vida dessas mulheres e de suas mudanças fisiológicas, ou ao uso desnecessário de drogas psicotrópicas. Nesse sentido, muitos atendimentos de mulheres com agravos decorrentes de violência são considerados “normais”, “naturalizados” para esse tipo de população, e o adoecimento resultante desse modo de “olhar” lançado sobre a violência é medicalizado, não sendo considerado nem evidenciado, em muitas situações e a mulher é rotulada de poliqueixosa.

Assim, para a análise da temática proposta, opta-se por agregar às noções de Representações Sociais uma abordagem de gênero por considerar que este olhar

“se afasta do enfoque restrito ao risco epidemiológico para evidenciar fenômenos na perspectiva de condições e situações de vulnerabilidade, conferindo um maior alcance, integralidade e contextualização” dos eventos da violência^(45:19). O adoecimento, em especial o decorrente de violência, está inscrito nos modos de viver, nas condições de vida e nas relações de poder vigente entre os sexos e na sociedade.

2.2 Violência contra a mulher no Brasil: problema de polícia? De Saúde Pública?

Discutir a violência contra mulheres assume contornos inegavelmente próprios e particulares ao se contextualizar esse evento. A história recente do País aponta para novos elementos que podem permitir reflexões sobre as mulheres e a potencialização de fatores que constituem “situações” que as vulnerabilizam.

O movimento organizado de proteção às mulheres em situação de violência iniciou, na década de 1970, na Inglaterra, quando um grupo de mulheres alugou uma casa para realizar reuniões e, aos poucos, outras começaram a solicitar a utilização da casa como refúgio para se afastarem de seus maridos/companheiros violentos. Outros grupos de mulheres passaram a utilizar a residência como abrigos temporário; iniciaram redes de apoio para pressionar o governo e criar novas casas e mudanças na legislação, favorecendo as mulheres em situação de violência⁽⁴⁶⁾. A autora complementa:

A criação de espaços como as casas-abrigo colocou as mulheres na condição de sujeito privilegiado da atenção, responsabilizando os homens pela situação de violência, além de questionar todas as formas de opressão e exigir uma resposta social do Estado, na qualidade de poder público. Seu principal objetivo foi o de criar uma conscientização em toda a sociedade^(46:27-28).

Segundo informações da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, atualmente no Brasil existe, no mínimo, uma casa-abrigo em cada Estado da federação, totalizando 70 casas no País. A maior concentração está no Estado de São Paulo com 10 casas, seguida pelo do Paraná e Minas Gerais, com 5 unidades

cada⁽⁴⁷⁾.

A criação dessas casas-abrigo, mesmo sendo poucas e atingindo um número reduzido de mulheres, fez com que a violência contra a mulher saísse da exclusividade do espaço doméstico para o público, deixando de ser considerada uma “situação normal” para determinadas mulheres. Nesse contexto, o Poder Público brasileiro admite que seja necessário intervir, tirar as vendas dos olhos e não permitir que essa prática faça parte da “normalidade” social⁽⁴⁸⁾.

Assim, no País, a década de 1970 também foi marcada pelo movimento organizado de mulheres, denunciando a violência contra as mulheres e, no final de 1980, com a criação do SOS-Mulher, em São Paulo, foi criado um atendimento às que se encontravam em situação de violência, com um serviço de informações sobre seus direitos, orientação jurídica, ou seja, as mulheres em situação de violência já tinham um espaço onde podiam ser ouvidas e orientadas a romper com a violência⁽⁴⁶⁾.

O final da década de 1970 e os anos de 1980 são períodos marcados por intenso movimento feminista, denunciando a morte de mulheres, causada por maridos e companheiros, sob a justificativa de “legítima defesa da honra” e crime passionai, que inocentava ou reduzia a pena do agressor. Dagord⁽⁴⁶⁾ ilustra a época relatando que o assassinato de Ângela Diniz pelo seu namorado Doca Street uniu fortemente o movimento organizado de mulheres e que, quando foi a júri, três anos depois, em 1979, Doca foi absolvido pela tese de legítima defesa da honra. “As mulheres realizaram um ato público no centro de Belo Horizonte, com grande repercussão na imprensa. No dia seguinte ao protesto, a cidade apareceu pichada com a frase *Quem Ama não Mata*”^(46:31), que foi adotada como lema pelo movimento das mulheres. A autora relata que, em 1981, em um segundo julgamento, Doca foi condenado a 15 anos de prisão e que o advogado assistente reconheceu que as feministas tiveram muita participação na mudança da sentença, devida, principalmente, aos movimentos de grande repercussão pública, denunciando as situações de violência contra a mulher.

Esse contexto influenciou e contribuiu para a criação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), com o argumento de que “sem um atendimento especializado à mulher, a violência contra ela continuaria banalizada, impune e

legitimada pelo senso comum” (46:31).

O Brasil foi o primeiro país do mundo a propor intervenções estatais e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) foi criada em São Paulo, em 1985, no mesmo ano da criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Atualmente, as DDMs existem em todo o País, e constituem-se em delegacias especiais para crimes contra a mulher, com funcionárias exclusivamente mulheres e devidamente treinadas, possibilitando, assim, a visibilidade da magnitude do problema da violência contra a mulher que, a partir de então, pode ser registrada como crime⁽³⁵⁾.

Influenciada por essa mudança, são conhecidos alguns dados estatísticos sobre esse tipo de violência; entretanto, muitas mulheres ainda não denunciam seus agressores, principalmente por medo de represálias. Até o primeiro semestre do ano de 2005, nos casos em que a agressão “limitava-se apenas” a lesões corporais, o agressor era condenado a pena do pagamento de uma cesta básica, o que banalizava todo o processo da denúncia. Considera-se que essa realidade pode mudar com a recente aprovação da Lei Maria da Penha (Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006), pela qual é coibida a violência doméstica contra a mulher e são estabelecidas mudanças tanto na tipificação dos crimes de violência, quanto nos procedimentos judiciais e da autoridade policial. Pela Lei é tipificada a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos, é alterado o Código Penal, possibilitando que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher; também são incluídas medidas de proteção para a mulher que corre risco de morte, tais como, o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física junto à mulher agredida e aos filhos⁽⁴⁹⁾.

Em relação às DDMs, outro fator que interfere na comunicação entre profissionais e mulheres em situação de violência é que o treinamento dos primeiros está voltado ao atendimento policial, enquanto, algumas mulheres buscam a possibilidade de, por meio da interferência do Estado, “dar um susto” em seu companheiro, na tentativa de modificar o comportamento agressor, pois acreditam que ainda é possível manter um relacionamento afetivo se o parceiro conseguir “dominar o gênio nos momentos em que perde a cabeça”. Assim, as DDMs não têm o objetivo de fazer a intermediação entre o casal e alguns profissionais têm

dificuldade de entender o motivo que leva muitas mulheres a retirarem a queixa^(35,42).

A grande ambiguidade na conduta feminina pode ser compreendida principalmente por alguns fatores: por ser uma relação afetiva, com múltiplas dependências recíprocas, pelo fato de o gênero feminino não se constituir em uma categoria social dominante e o termo independência ter significado diferente do de autonomia; porque, na maioria das vezes, o homem é o único provedor do grupo domiciliar e com a prisão deixa de sê-lo, configurando-se um problema, quando a mulher tem muitos filhos pequenos e não trabalha fora de casa (o que é muito comum dentre as mulheres em situação de violência), e ainda a pressão que fazem os familiares, os amigos, a Igreja, entre outros, para preservar a família⁽⁴²⁾. A autora salienta que, entre as várias razões que justificam a ambiguidade da mulher, que num dia apresenta a queixa e no seguinte solicita sua retirada, destacam-se “as ameaças de novas agressões e até de morte, que as mulheres recebem de companheiros violentos”^(42:89).

Além disso, para poder compreender a mulher em situação de violência, é necessário o entendimento dessa atitude em suas distintas fases, que envolvem diferentes fatores, interagindo em um mesmo relacionamento, sucessivamente, e nas quais nem todos os momentos são marcados por agressão.

Vale ressaltar que, quando a mulher procura os serviços de saúde com queixas difusas, na maioria das vezes retorna para casa com a prescrição médica de ansiolítico e o rótulo de poliqueixosa.

O entendimento das diferentes fases vivenciadas pode auxiliar na compreensão, pelos profissionais da saúde, por exemplo, das inúmeras circunstâncias que contribuem e dificultam o rompimento da mulher com a relação violenta.

Direcionando o olhar para a relação violência-adoecimento, nos serviços de saúde os profissionais direcionam o atendimento ao "órgão ou à parte do corpo" lesada⁽⁹⁾. No cotidiano do serviço não se percebe envolvimento dos profissionais com as questões socioculturais que embasam a violência e com as suas consequências. As autoras consideram que na sociedade e, conseqüentemente, no imaginário social, se fortalece a individualização dos processos de saúde e de doença e a responsabilização pessoal da vítima por escolhas e oportunidades.

Assim, fica evidente que, se “alguns” escolhem o “caminho do mal” nada se pode fazer para mudar o rumo dessa história. Ou seja, para algumas mulheres a situação de violência ainda é um destino, que advém de consentimento/resignação e, desta forma a questão também é tratada no âmbito institucional da saúde.

As mulheres são as usuárias mais frequentes dos Serviços Públicos de Saúde e a principal motivação para a busca dos cuidados são os atendimentos de rotina ou de prevenção. No Brasil, os diversos programas do Ministério da Saúde concebidos para a assistência a elas, nos últimos dez anos, estiveram voltados para o cuidado com determinada parte do corpo, agravo ou função; direcionam-se, em sua maioria, à saúde reprodutiva, ou seja, visam a garantir que a mulher possa seguir a sua função de gerar filhos saudáveis e educá-los dentro dos padrões sociais vigentes. Dessa forma, não se evidenciam ações nos serviços de saúde capazes de pensar a assistência à mulher como sujeito social, além de mãe, trabalhadora, cuidadora, entre outros^(50,51).

Riquinho e Correa⁽⁵²⁾, em resultados de estudo realizado na Casa de Apoio Viva Maria, em Porto Alegre, refletem sobre os profissionais de saúde e o olhar à violência contra a mulher, considerando que “o problema da violência fica oculto, e o tratamento se encaminha para os sintomas que compreendem desde palpitações, ansiedade, insônia e alterações digestivas, decorrentes desse contexto”^(52:305). Nessa perspectiva, os referidos sintomas são identificados sob lógica biologicista e a mulher é medicalizada.

Schraiber *et al.*⁽¹⁶⁾ realizaram pesquisa abordando a invisibilidade da violência que afeta as relações entre usuárias e profissionais da atenção primária na Rede Pública de Saúde de São Paulo, na qual um dos objetivos foi identificar, nas mulheres usuárias, a percepção de ter sofrido violência, a definição de violência em geral e a nomeação dada por quem a experimentou. Os resultados identificaram que as mulheres do estudo,

diante da afirmação de haver vivido agressão de qualquer ordem, e mesmo nas narrativas de episódios dramáticos e violentos, foi muito comum não considerar adequado nomeá-los de violência ou admitir ter sofrido violência na vida. Enquanto nas agressões sexuais verifica-se maior aproximação com o conceito violência, quando as entrevistadas definem esse termo, curiosamente citam de modo mais frequente as agressões físicas. [...] violência parece ser um termo reservado à criminalidade e usado para expressar o que ocorre no

espaço público como, por exemplo, a violência geral das grandes cidades, cometida por desconhecidos, enquanto os problemas com vizinhos, colegas de trabalho e escola não são reconhecidos como violência^(16:51).

As autoras⁽¹⁶⁾ do referido estudo ressaltam que concepções das mulheres acerca da violência das mulheres em geral e, em especial das que a sofrem são elementos para a sua compreensão. As repercussões que isto acarreta para a decisão da mulher de enfrentar as situações de agressão vividas também precisam ser reconhecidas e consideradas. Na mesma perspectiva, concorda-se que a visibilização da violência contra a mulher também está relacionada com a representação do ato violento, o que requer “uma linguagem compartilhada com as mulheres acerca de suas vivências, respeitando a delicadeza e complexidade dessa situação e dando legitimidade ao sofrimento e aos sintomas decorrentes”⁽¹⁶⁾.

2.3 As Representações Sociais da violência na compreensão das ações/omissões dos profissionais e serviços de saúde – elementos teóricos para análise

A Teoria das Representações Sociais (TRS) originou-se na Europa, em 1961, desenvolvida pelo psicólogo social naturalizado francês Serge Moscovici e apresentada na publicação de sua pesquisa *La psychanalyse: son image et son public*⁽⁵³⁾.

Durkheim foi o primeiro a propor a expressão representação coletiva, para designar a especificidade do pensamento social em relação ao individual. Para ele a vida social é a condição de todo pensamento organizado. Porém, argumenta Moscovici^(22:42) na medida em que “não aborda frontalmente nem explica a pluralidade de modos de organização do pensamento, mesmo que todos sejam sociais, a noção de representação perde, nesse caso, boa parte de sua nitidez”.

Moscovici buscou como ponto de partida o conceito de “representações coletivas” de Emile Durkheim, com o qual esse autor procurava explicar os fenômenos religião, mitos, ciência, categorias de espaço e tempo, entre outras

questões relativas ao conhecimento inerente à sociedade, mas foi além⁽²⁵⁾.

Existe uma grande diferença entre as concepções de Representações Coletivas de Durkheim e as RS de Moscovici. “Durkheim vê as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, [...] Moscovici explora as variações e diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas”^(54:15). Essa diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, a distribuição desigual de poder e gera heterogeneidades de representações; portanto, em qualquer cultura há pontos de tensão e é ao redor desses pontos de cisão, no sistema representacional, que emergem novas representações⁽⁵⁴⁾.

Sá⁽²⁵⁾, discutindo as origens fundamentais das noções trabalhadas, afirma que:

“Moscovici foi buscar na sociologia durkheimiana um primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana (...) situar efetivamente a psicologia social na encruzilhada entre a psicologia e as ciências sociais, em ocupar de fato esse território limítrofe, onde se desenvolvem fenômenos cuja dupla natureza psicológica e social – tem sido reiteradamente admitida”^(25:23-24).

Moscovici pesquisou o uso de conceitos psicanalíticos fora da Psicanálise, dentro da sociedade como um todo. Na sua tese buscou entender como a sociedade parisiense, no final da década de 1950, representava a Psicanálise e, conseqüentemente, como as pessoas se apropriavam do conhecimento e como ocorria a formação do conjunto de opiniões e atitudes⁽⁵⁵⁾.

As representações sociais, para Moscovici⁽²²⁾, “são entidades quase tangíveis, circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano”. A maioria das relações sociais estabelecidas, das trocas de comunicações, dos objetos produzidos ou consumidos são impregnados de RS; que “correspondem por um lado à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos”^(22:41).

Seguindo essas ideias a noção de RS pode auxiliar no resgate de três dimensões importantes em estudos que buscam entender os sujeitos e grupos: cognitiva, afetiva, simbólica e imaginária; o papel do sujeito como produtor de sistemas simbólicos e sociais; a ênfase no estudo de sistemas simbólicos complexos; as interações intra e intergrupos e o funcionamento e a mudança de uma sociedade⁽²³⁾.

Na origem Moscoviciano, as RS não são representações de pessoas e sim de grupos sobre um objeto e como estes utilizam a comunicação, que envolve a fala, a indumentária, o gestual, entre outros, para comunicar suas representações. As TRSs não têm a preocupação de analisar acertos ou erros do conhecimento, mas, sim, buscar entender qual a sua função. Para Moscovici a Teoria das RS,

“toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. [...] cada ser e cada objeto no mundo é diferente na forma que se apresenta. [...] “Não existe fumaça sem fogo” Quando ouvimos ou vemos algo nós, instintivamente, supomos que isso não é causal, mas que esse algo deve ter uma causa e um efeito. Quando nós vemos fumaça sabemos que o fogo foi aceso em algum lugar e, para descobrir de onde vem a fumaça, nós vamos em busca desse fogo”^(23:79).

Para Moscovici^(22, 23), as RS possuem uma ação constitutiva da realidade. Adotar, compartilhar uma RS vincula um sistema de valores, de noções e práticas que confere aos indivíduos um sentido comum. Nessa perspectiva, Abric⁽⁵⁶⁾, seguindo os pressupostos Moscovicianos, mesmo que adote outra perspectiva para pensá-las, assim define RS:

“um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social”^(57:156).

Portanto, a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos, seu meio psíquico e social, e vai determinar seus componentes ou suas práticas. É um guia para ação, orienta as ações e as relações sociais, é um sistema de pré-decodificação da realidade porque determina um conjunto de antecipações e de esperas⁽⁵⁶⁾.

Guareschi⁽⁵⁸⁾, que embora sustente seus argumentos em determinados elementos da sociedade como “predominantes” na “composição” das RS, ressalta que um dos postulados do conceito das RS é o de que “O elemento social é algo constitutivo e não uma entidade separada. O social não determina a pessoa, mas é parte substantiva dela. O ser humano é tomado como essencialmente social”. Quotidianamente, os conhecimentos são distintos e se legitimam, objetivando tornar próxima e conhecida a realidade e estabelecer mecanismos de controle por meio de regras de grupo^(58:203).

Na compreensão de autores como Camargo⁽⁵⁹⁾, a TRS de Moscovici contribuiu para as Ciências Sociais reconhecerem que “o conhecimento cotidiano e especializado fosse considerado, com sua devida importância, no estudo das mais diversas atividades e relações sociais contemporâneas”^(59:97).

No campo da Saúde, Oliveira⁽⁶⁰⁾ identifica três níveis, nos quais a TRS vem contribuindo para a constituição e transformação do conhecimento. O primeiro é o plano individual, no qual as RS são “tomadas como senso comum, na sua dimensão de atitudes, valores e práticas”; o segundo, refere-se ao plano institucional, no qual ocorre a “articulação das RS com a prática e nas discussões das posições institucionais na formação das representações”. Por último, o “plano comunitário que enfoca as RS na sua articulação com as práticas e na constituição do pensamento coletivo”. Oliveira destaca que “é importante compreender o papel das posições institucionais na formação e transformação do senso comum”^(60:1-2).

Considerando o campo das práticas em saúde implementadas nos serviços de Atenção Básica, pode-se analisá-las na perspectiva de que as representações sociais têm a característica específica de serem submetidas a uma dupla lógica, a cognitiva e a social, que podem ser definidas como construções sociocognitivas, regidas por regras próprias. A coexistência dessas duas lógicas permite compreender porque a representação integra o racional e o irracional; tolera e integra contradições aparentes e porque os raciocínios que ela engendra podem parecer “ilógicos” ou incoerentes⁽⁵⁶⁾. São as regras desse funcionamento específico que constituem a interação dos processos cognitivos e da lógica social presentes nas formas que assumem as práticas terapêuticas em nosso meio, não raramente despersonalizando sujeitos e fragmentando a assistência (formalização técnica) no processo de adoecimento.

Para Moscovici⁽²²⁾ uma RS é uma preparação para a ação, guia o comportamento, remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento dever ter lugar, inclui um sentido ao comportamento, integrando-o numa “rede de relações em que está vinculado seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e observação que tornam essas relações estáveis e eficazes”^(22:49). É necessário tornar familiar o desconhecido e o desconhecido familiar, “mudar o universo sem que ele deixe de ser o nosso universo”, para tanto,

isso só é possível se fizermos passar “linguagens e saberes de regiões onde existe abundância para regiões onde predomina a escassez e vice-versa”^(22:60).

No campo da Saúde pode-se argumentar como “regiões de escassez” aquelas configuradas pelas desigualdades de toda a ordem, que excluem, impossibilitam compreensão e autonomia e submetem, por exemplo, usuários a profissionais.

Nessa perspectiva, Moscovici^(22:63,65) afirma que “toda representação é uma representação de alguma coisa. [...] É uma forma de conhecimento por meio da qual aquele que conhece se substitui no que ele conhece”, resultando em uma das características da RS: ora representar, ora representar-se.

A estrutura da representação “tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a página da frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica; portanto, ela faz corresponder a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura”. Moscovici ressalta, ainda, que “a palavra figura exprime melhor que a palavra imagem, o fato de não se tratar somente de um reflexo, de uma reprodução, mas também de uma expressão e de uma produção do sujeito”^(22:65).

Cada representação social se mostra como um conjunto de proposições, reações e avaliações relacionadas a determinados pontos, emitidas pelo coro coletivo de que cada um faz parte, queira ou não. [...] “estão organizadas de maneira muito diversa segundo as classes, as culturas ou os grupos, e constituem tantos universos de opinião quantas classes, culturas ou grupos existentes”. Cada universo tem três dimensões: a informação, a atitude e o campo de representação ou a imagem^(22:67), que se utiliza aqui como ponto de reflexão do objeto violência.

A **informação** está relacionada com a organização dos conhecimentos de um grupo a respeito de um objeto social, por exemplo, a violência contra a mulher. Procura identificar e estudar todas as informações (qualidade e quantidade) que os sujeitos/grupo têm sobre o objeto de pesquisa.

O **campo de representação** relaciona-se “à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação”. Moscovici⁽²²⁾ ressalta que “as opiniões podem englobar um conjunto de representações, mas isso não quer dizer que esse conjunto seja ordenado e estruturado”. A noção de dimensão indica que existe um campo de

representação onde houver uma unidade hierarquizada de elementos^(22:69).

A **atitude** exprime a orientação geral do grupo, é a mais frequente das três dimensões e, possivelmente, a que se organiza primeiro. Moscovici⁽²²⁾ considera que uma pessoa se informa e representa alguma coisa depois que adota uma posição (atitude). Portanto, a representação está relacionada à atitude adotada e, primeiro ocorre a formação de um posicionamento (positivo ou negativo) em relação ao objeto social. Seguindo a reflexão da violência contra a mulher, a mesma ocorre sob a influência da interação social, das relações entre as pessoas e do senso comum.

Uma representação traduz a relação de um grupo com um objeto socialmente valorizado, na medida em que diferencia um grupo do outro, por sua orientação, pelo fato da presença ou da ausência da representação; entretanto, o número de suas dimensões também favorece a relação⁽²²⁾. Moscovici ainda refere que as RS são criadas de acordo com dois processos fundamentais: objetivação e ancoragem, “mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória em conclusões passadas”^(23:60).

A **objetivação** transforma algo estranho em algo quase concreto, transfere o que está na mente em algo que existe no mundo físico. A **ancoragem** tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. Esses mecanismos transformam o não-familiar em familiar, primeiro, transferindo-o à própria esfera familiar, onde é possível compará-lo e interpretá-lo; depois, reproduzindo-o entre as coisas nas quais é possível ver, tocar e controlar⁽²³⁾. Portanto, objetivar é unir a ideia do não familiar com a realidade, “descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso, reproduzir um conceito e uma imagem. É comparar e já representar, encher com substância o que está naturalmente vazio”^(23:72).

Jodelet^(61,62) seguidora das ideias de Moscovici considera que o processo de objetivação é constituído por três fases: construção seletiva, em que, em função de critérios culturais, normativos, o sujeito retém o que é aceito e desconsidera o que não faz parte dos valores do grupo. A segunda fase é a formação de um núcleo figurativo, no qual os conceitos teóricos se constituem em um conjunto gráfico e coerente que permite compreender de forma individual e em suas relações, ou seja, transforma o objeto em uma imagem compatível com o entendimento do grupo. A

naturalização é a terceira fase, na qual o modelo figurativo permite concretizar e coordenar os elementos criados pelo núcleo figurativo, naturalizando assim os elementos do objeto de representação.

O conhecimento do problema que envolve a violência contra a mulher, ainda é escasso e banalizado no senso comum por expressões que circulam entre os grupos sociais e que são reforçadas na mídia, como por exemplo, “mulher gosta de apanhar”, “ele não sabe por que bateu, mas ela sabe por que apanhou”, “entre marido e mulher a violência é normal, acontece”, entre outras expressões usadas na cultura popular, que desqualifica o problema, favorecendo a objetivação da violência contra a mulher, como algo naturalizado e que faz parte da vida de algumas pessoas. Assim, as representações são ancoradas na cultura de gênero e na naturalização da violência.

A objetivação e a ancoragem são processos “socialmente marcados e permitem que nos aproximemos das representações em diferentes níveis de complexidade”, explicam o caráter concreto e abstrato das representações e de seus elementos^(62:39).

Portanto, entender como são criadas essas dimensões das representações da violência contra a mulher, no contexto da atenção básica de saúde, possibilita o entendimento das práticas e condutas dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias dos serviços. A opção da análise dimensional se justifica, principalmente, para conhecer as representações da violência contra a mulher e sua materialidade na prática dos profissionais de saúde.

Para Abric⁽⁵⁷⁾ as RS têm papel fundamental na dinâmica e nas práticas das relações sociais, porque respondem a quatro funções essenciais: do saber, identitária, de orientação e justificadora. A função do saber permite compreender e explicar a realidade, Enquanto a função identitária define a identidade e a especificidade dos grupos. Já a função de orientação é o guia e o comportamento das práticas. E, a função justificadora justifica o posicionamento e condutas do grupo.

Assim, essas funções citadas por Abric, ajudam a compreender, por exemplo, que as práticas profissionais direcionadas ao problema da violência contra a mulher, mesmo quando traduzidas por condutas inadequadas ou omissas, sejam justificadas

pelos profissionais de saúde e pelos serviços.

Essa costura de noções constitutivas do arcabouço teórico de base Moscoviana se “objetiva”, para este estudo, em proposição de caráter mais instrumental (mas não se reduz a instrumentos metodológicos, apenas) como guias para o conhecimento e compreensão das RS dos grupos envolvidos na relação profissionais/usuárias, mulheres adoecidas por violência. Essa busca dá-se na valorização do que Abric⁽⁶³⁾ denomina Teoria do Núcleo Central, que neste estudo embasa, principalmente, a análise das representações da violência na perspectiva das usuárias dos serviços.

O Núcleo Central das representações sociais

A partir do fundamento da TRS de Moscovici, em 1976 Abric propõe a hipótese do Núcleo Central, defendendo que a característica específica da organização de uma RS é a de “ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação^(63:31)”.

O Núcleo Central (NC) é determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém sobre este objeto e, pelo sistema de valores e normas sociais do grupo. É o elemento unificador e estabilizador da representação e o mais estável da representação, o que mais vai resistir à mudança. No estudo comparativo, a organização em torno do NC é o que vai definir a diferença entre duas representações, ou seja, devem ser organizadas em torno de NC diferentes^(57,63). O NC possui uma dimensão qualitativa e não é a “presença maciça de um elemento que define sua centralidade, mas o fato de que ele dá significado à representação^(63:31)”.

O NC possui duas funções: a geradora e a organizadora. A **função geradora** é o elemento por meio do qual se cria e se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação; é por meio do NC que os elementos ganham um sentido de valor. A **função organizadora** determina a natureza dos vínculos que unem entre si os elementos da representação^(57,63).

Complementando essas formas mais estruturais de “enxergar” elementos constitutivos, Abric⁽⁶³⁾ refere que os elementos periféricos estão organizados em torno do NC, são o “essencial do conteúdo da representação: seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos”. Possuem três funções fundamentais: a de concretização, a de regulação e a de defesa^(63:31).

Na **função de concretização** “os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade”; ela elabora a representação em termos concretos, compreensíveis e transmissíveis. Na **função de regulação** os elementos periféricos têm o papel de adaptar a representação às evoluções do contexto, ou seja, integram na periferia as informações novas ou as transformações no contexto do meio. “Os elementos periféricos constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação”. A **função de defesa** da representação está relacionada ao fato de que, nos elementos periféricos poderão aparecer e ser toleradas as contradições, uma vez que o NC resiste à mudança e sua transformação implica em alteração completa da representação^(63:31). “A periferia de uma representação serve de para-choque entre uma realidade que a questiona e um núcleo central que não deve mudar facilmente”^(64:178).

Conclui-se a abordagem da TNC com as palavras de Flament^(64:184) ao explicar que “uma representação social comporta esquemas periféricos, estruturalmente organizados por um núcleo central, que é a própria identidade da representação”. O autor ressalta que, quando ocorre divergência entre realidade e representação, primeiro modificam-se os esquemas periféricos, depois e eventualmente, ocorre a modificação do núcleo central, isto é, quando ocorre a alteração da própria representação.

Retomando Moscovici⁽²³⁾ e suas contribuições para compreender as RS, admite-se que elas podem ser vistas de forma estática ou dinâmica. Estaticamente se mostram semelhantes a teorias que se ordenam ao redor de um tema, por exemplo, considerar que as doenças mentais são contagiosas ou que as pessoas são o que elas comem, ou seja, uma série de proposições classificam coisas ou pessoas quanto à descrição de seus caracteres, de seus sentimentos, e explicam suas ações e assim por diante - a naturalização da violência, por exemplo. Entretanto, segundo o autor, do ponto de vista dinâmico as RS “se apresentam como

uma rede de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluidas que as teorias”^(23:210). Assim, é possível pensar que diferentes formas de enfrentamento e ações em saúde podem refletir-se em alterações no comportamento de saúde e percepção do adoecimento para diferentes sujeitos, usuários e profissionais.

Nessa perspectiva, a construção dos objetivos desta pesquisa fundamenta-se na realidade social, associada às reflexões sobre a violência contra a mulher. Portanto, as questões norteadoras constituem-se a partir da interação dessas bases complexas e podem ser assim sintetizadas: Quais as representações sociais da violência na perspectiva das mulheres usuárias em situação de violência e dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica de Saúde, em uma região de exclusão social do município de Porto Alegre? As RS traduzem-se em elementos “diagnósticos ilegítimos” (caso de polícia e não de saúde), incapazes de constituir-se em práticas terapêuticas e condutas (atitudes) éticas responsabilização e efetiva no enfrentamento do adoecimento de mulheres por violência? As RS influenciam alimentam e reforçam culpa e medo nas mulheres, dificultando o vínculo terapêutico? Persistem os elementos que atestam a naturalização cultural e que admitem a violência contra a mulher?

Nessas bases foram definidos os objetivos que orientam esta tese.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer e comparar as representações sociais da violência contra a mulher de profissionais e usuárias, considerando os atendimentos nos serviços de Atenção Básica de Saúde, na região Partenon/Lomba do Pinheiro, no município de Porto Alegre.

3.2 Objetivos específicos

- Elaborar estudos monográficos dos serviços de Atenção Básica de Saúde com informações sobre vulnerabilidade social da região em estudo.
- conhecer as RS da violência contra a mulher, das usuárias dos serviços de saúde da região em estudo.
- elaborar perfis de condutas das diferentes profissões considerando a percepção específica da violência contra a mulher.
- analisar o conteúdo das RS considerando as condutas (atitudes: posicionamento favorável ou desfavorável) na relação entre profissionais e mulheres usuárias em situação de violência.
- comparar as RS de mulheres e profissionais analisando aspectos de (co)responsabilidade e legitimação de práticas.

3.3 Pressupostos norteadores

Baseando-se na perspectiva teórico-analítica adotada e nas condutas

profissionais (práticas terapêuticas) nos serviços de saúde, considera-se que as RS podem auxiliar na identificação e compreensão do “adoecimento” decorrente de violência contra mulheres e de como os profissionais de saúde visibilizam (diagnosticam), articulam ações e desenvolvem o atendimento à usuária com esse tipo de “adoecimento”. Nessa perspectiva, elaboraram-se os seguintes pressupostos:

- A atual assistência a mulheres em situação de violência é invisibilizadora dessa violência, despersonaliza e fragmenta a abordagem terapêutica.
- As RS dos profissionais e das usuárias, no campo da violência, no cenário em estudo não favorecem a construção de diagnósticos de “adoecimento” legitimados (visíveis) e capazes de traduzirem-se em práticas terapêuticas responsáveis, éticas e eficazes.
- A Classificação Internacional de Doenças (CID), ao definir doença na perspectiva biológica, estrutura as impropriedades com que (não) se trata o “adoecimento” por violência nos serviços de saúde.
- As RS de profissionais e usuárias influenciam, alimentam e reforçam a culpa e o medo nas mulheres, dificultando o vínculo terapêutico e a responsabilização profissional e institucional.
- Os fatores culpa, medo e desamparo (também dos profissionais) impedem, que se constituam práticas terapêuticas, pautadas na integralidade do atendimento às usuárias em situação de violência.
- As atuais formas de relação entre profissionais, usuárias e serviços são potencializadoras de dominação e não contribuem para a responsabilização pela atenção, transformação da relação das mulheres com seu próprio corpo e para o exercício da cidadania em saúde.
- Considerando as limitações e precariedades socioeconômicas das mulheres deste estudo, elas sofrem dupla opressão, a dependência econômica na relação com os companheiros violentos e a violência institucional na relação com os profissionais e serviços públicos de saúde.
- Nesse caso, constata-se atitudes de gênero, como construção social de papéis masculinos e femininos que são elementos da dominação entre os sexos, “justificam” e “naturalizam” a violência como constitutiva dessa relação e socialmente

aceitável, nesse quadro de iniquidades – “dos males o menor!

- As redes de proteção e redes sociais para enfrentamento da violência, articuladas com os serviços e profissionais de saúde qualificados para enfrentar essas situações, possibilitam responsabilização coletiva por esses agravos e que essas mulheres tenham a oportunidade de sair da situação de violência e ressignificar suas vidas.

4 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Na Teorias da Representação Social (TRS) são usados métodos sistemáticos para observar, analisar e compreender o fenômeno do conhecimento do senso comum e reificado; em vista desta complexidade frequente neste campo de pesquisa, são utilizados vários métodos e estratégias metodológicas⁽⁶⁵⁾. A teoria fornece o referencial interpretativo para tornar as representações visíveis e inteligíveis, como formas de prática social⁽⁵⁴⁾. Portanto, considera-se que a TRS, neste estudo, respalda ilumina e orienta as análises e reflexões sobre violência contra a mulher, na perspectiva de usuárias e de profissionais da Atenção Básica de Saúde.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo que analisa e compara dimensões do evento violência na perspectiva teórico-metodológica das Representações Sociais. Nesse tipo de pesquisa é utilizado, de preferência, o trabalho com grupos de referência e critérios ou delineamentos comparativos, detentores de valores e práticas sociais diferentes. Nesse processo de estudo considera-se indissociável o embasamento teórico como orientador das escolhas metodológicas. Nesse sentido, optou-se pela abordagem dimensional de conteúdo originária dos estudos de Serge Moscovici⁽²²⁾. A abordagem pressupõe a caracterização do solo cultural dos indivíduos e grupos, considerando-se aspectos sociodemográficos, socioculturais, acesso a bens e consumo, informação, entre outros.

Com essa dinâmica busca-se articular a ação complexa dos sujeitos por meio da influência das informações (quantidade e qualidade) da qual os grupos (profissionais e usuárias) são detentores de valores, ideologias, entre outros, bem como sua manifestação em atitudes no dia a dia.

4.2 Campo de estudo

Elegeram-se como espaço de interação e solo cultural a região da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro e as dinâmicas socioprofissionais que se apresentam nas Unidades Públicas de Saúde deste território. A região em estudo está localizada na Zona Leste do município de Porto Alegre/RS, é um grande espaço geográfico, que inclui sete bairros e mais de sessenta vilas com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura; a área possui, aproximadamente, 180 mil habitantes e é marcante a incidência de população em condição de pobreza ou indigência⁽⁶⁶⁾.

Nessa Gerência Distrital de Saúde atuam 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), 1 Unidade de Pronto Atendimento (PA), 1 equipe de Saúde Mental (ESM), 1 Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), 1 Equipe de Matriciamento.

Este estudo foi desenvolvido nos anos de 2008, 2009 e 2010 com 18 equipes de saúde. Foram excluídas as Unidades Básicas do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), municipalizado em 2009, que, a partir de então fazem parte da Gerência Lomba do Pinheiro/Partenon. Apresenta-se descrição mais detalhada do campo empírico, no estudo monográfico (APÊNDICE A).

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 40 profissionais de saúde e 122 mulheres usuárias dos serviços da região do estudo.

Para estabelecer o número de profissionais de saúde entrevistados, seguiu-se o critério de saturação, considerando-se os estudos que indicam essa condição, entre 20 e 30 entrevistas⁽⁶⁷⁾. Adotou-se a orientação de que “economia da quantidade de participantes nos estudos de RS pode prejudicar a qualificação do social ao tipo de pensamento estudado”^(68:296).

Quanto ao número de mulheres, seguiu-se o critério de no mínimo 100 participantes, o que é exigido para uso do *software* Evocação Livre de Palavras analisadas pelo programa *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* – EVOC, que será descrito, a seguir, na análise dos dados.

4.3.1 Os profissionais de saúde

O grupo dos profissionais de saúde foi constituído por enfermeiras^C e médicos (as), componentes da equipe de saúde dos serviços em estudo que atuam na demanda dos atendimentos às mulheres, principalmente nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A exclusão dos demais profissionais da equipe não desconsidera a importância do seu trabalho.

Os critérios de inclusão foram o profissional ser médico (a) ou enfermeira e exercerem sua prática com mulheres nas Unidades Básicas de Saúde e nas equipes de ESF da região em estudo. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar do estudo; estar de férias ou de licença no período da coleta dos dados.

4.3.2 As mulheres usuárias dos Serviços de Saúde

As usuárias dos serviços de saúde que concordaram em participar da pesquisa eram jovens, adultas e idosas, totalizando 122 mulheres, cuja caracterização é apresentada no capítulo 5 deste estudo. A inclusão foi espontânea, ou seja, as usuárias foram convidadas pelos profissionais das equipes para participar de “uma pesquisa sobre violência contra a mulher”, seguida de discussão sobre o tema. Os critérios de inclusão foram participar do grupo de discussão e ser usuária dos serviços de saúde da região, sendo que os de exclusão foram não aceitar participar do estudo e ser moradora na região de outro Distrito de Saúde.

^C Todas as participantes são do sexo feminino.

4.4 Geração de dados

A geração dos dados obedeceu ao propósito de buscar elementos para a análise de conteúdo das representações. A abordagem dimensional das RS requer instrumentos plurimetodológicos de coletas e geração, denominados métodos associativos e interrogativos⁽⁵⁶⁾.

Para esta pesquisa, utilizou-se com o grupo das mulheres usuárias, o método associativo, isto é associação livre de palavras⁽⁵⁵⁾; o método interrogativo pautou-se na entrevista e foi utilizado com os profissionais de saúde. As monografias foram constituídas para contextualizar o campo de estudo e o cenário onde se desenvolvem os atendimentos.

Pode-se considerar que a importância da associação livre é recolher os elementos constitutivos do conteúdo da representação⁽⁵⁶⁾. Camargo e Nascimento-Schulze^(68:296), afirmam que as técnicas de evocação e associação livre de palavras são utilizadas no estudo da estruturação dos elementos da RS, portanto, é uma etapa da análise dessa estrutura. No entanto, a utilização de elementos plurimetodológicos, na construção dos dados para análise, potencializam a captação de reflexões na direção da compreensão mais ampla do objeto de pesquisa.

Vale dizer que este estudo não incluiu uma abordagem estrutural, considerando quantificações como parâmetro para a coleta de dados. Entretanto, utilizou-se a associação livre de palavras como desencadeadora das questões-guia, antes de começar as entrevistas com profissionais e para a geração de dados com o grupo das mulheres. Buscou-se analisar os elementos constitutivos da representação, sem deixar de considerar a frequência no grupo e a ordem de aparecimento.

Optou-se pela ordem natural das evocações, pois a solicitação de ordenação das palavras pelos sujeitos dificultou a coleta dos dados para a maioria dos grupos. Dificuldades de uso da expressão escrita foram identificadas entre esses grupos. Outros pesquisadores também optaram por essa possibilidade^(69,70) por considerar “mais aderente ao objeto de estudo”⁽⁷¹⁾.

Na geração de dados, depois que as participantes devolviam o questionário

preenchido das questões-estímulo de evocações sobre a violência contra a mulher (APÊNDICE B), desenvolveram-se oficinas com reflexões sobre o tema, no intuito de contribuir para a desnaturalização da violência contra a mulher e oportunizar a cada participante expressar suas dúvidas e considerações sobre o tema. Essa dinâmica foi chamada “fuxicando sobre a violência” e incluída em procedimentos de caráter de respeito (ético) às participantes e como momentos de sensibilização, no sentido de responder (lidar) aos sentimentos mobilizados nas dinâmicas de pesquisa.

Para o grupo dos profissionais de saúde, optou-se pela entrevista, que é um método interrogativo, em especial a guiada e aprofundada, considerada por Abric⁽⁵⁶⁾ um método indispensável a todo estudo das representações. Dar voz ao entrevistado permitiu extrair enunciados que se constituíram em rico material, principalmente no que se relacionou às práticas sociais (neste caso profissionais)⁽⁷²⁾.

Para as entrevista seguiram-se as orientações de Camargo e Nascimento-Schulze⁽⁶⁸⁾, quanto à apresentação do pesquisador, ao convite para a participação na pesquisa e as instruções para respondê-la, pois, para os autores, esses cuidados são elementos fundamentais para a compreensão do material textual obtido, visto que a utilização da entrevista supõe o uso da análise de conteúdo, na qual as interpretações não chegam a desligar-se da subjetividade do pesquisador⁽⁷²⁾.

No intuito de aprofundar as informações coletadas com a técnica da entrevista, realizaram-se estudos monográficos do meio geossocial e dos serviços públicos de saúde oferecidos na região. Essas informações foram úteis na comparação com as construções discursivas dos participantes, nas entrevistas.

A aproximação monográfica, que justificou seu uso, foi baseada em Abric⁽⁵⁶⁾, permitindo coletar o conteúdo das representações na relação direta com seu contexto e estudar as suas relações com as práticas sociais dos grupos.

4.4.2 O percurso da geração de dados com os profissionais de saúde

A geração de dados iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (ANEXO 1). A primeira

dificuldade foi aguardar o retorno, do referido Comitê, que demorou cinco meses para informar a aprovação, o que atrasou o início da coleta de dados e impossibilitou o término da mesma, antes do período de estágio sanduíche, realizado de setembro a dezembro de 2008, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa^D.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas no próprio local de trabalho, com horário e data previamente marcados e, gravadas com a autorização dos participantes após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). A gravação foi inutilizada, tão logo transcrita, e manter-se-á a guarda do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados.

No instrumento (APÊNDICE D) consta o roteiro para entrevista, com alguns dados de caracterização do participante, questões gerais que foram desdobradas, quando necessário, e duas questões indutoras de Associação Livre de Palavras: 1ª) cite 3 palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência; 2ª) cite 3 palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência contra a mulher. A primeira questão foi no intuito de introduzir a reflexão sobre o tema e a segunda, específica sobre a violência contra a mulher, foi analisada com auxílio do software EVOC, por considerar que, neste caso^E, a Associação Livre de Palavras pode ser uma técnica enriquecedora e ilustrar a análise qualitativa. As evocações foram registradas na ordem em que foram referidas pelos participantes.

Salienta-se, ainda, que esta técnica possibilita a atualização de elementos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas e têm como objetivo a coleta de dados do conteúdo da representação⁽⁵⁶⁾.

Vale dizer que o estágio sanduíche possibilitou enriquecer o conhecimento acerca do enfrentamento do problema da violência contra a mulher sob a ótica da sociedade portuguesa. Foi oportunizado conhecer várias atividades desenvolvidas, das quais destacam-se, ações voltadas à sensibilização da sociedade civil, sobre o problema, promovidas por Organizações não Governamentais^F; acesso a artigos, resultados preliminares de pesquisas e a relatórios finais de estudos realizados por

^D Bolsa da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior.

^E Mesmo com 40 profissionais de saúde, número de sujeitos inferior ao exigido pelo EVOC, utilizou-se a evocação de palavras como indutora e auxiliar na introdução da temática por considerar enriquecedora para ilustrar a análise qualitativa.

^F Participação em campanha de divulgação sobre o problema da violência contra a mulher.

grupo de referência nacional sobre o tema^G, e, realização da pesquisa “As representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem”, cujos resultados serão publicados na Revista Interface⁽⁷³⁾. Além disso, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Filomena Mendes Gaspar, o estágio contribuiu para o aprimoramento das técnicas de geração de dados e dos procedimentos metodológicos utilizado nesta tese.

4.4.3 O percurso da geração de dados com as mulheres usuárias da Atenção Básica de Saúde

A pesquisa com as mulheres foi realizada com 10 grupos distintos e totalizou 122 participantes. Os encontros foram organizados pelos profissionais das Unidades de Saúde (enfermeira, assistente social, agentes comunitários de saúde e residentes^H do Serviço Social e da Psicologia), que convidaram mulheres da demanda dos atendimentos para participar de “uma pesquisa sobre violência contra a mulher”, seguida de discussão sobre o tema.

As primeiras 34 mulheres, que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, identificou-se “desconforto” para muitas delas, principalmente, ao “assinar o documento”. Para evitar constrangimento, a partir do 5º grupo, o referido termo foi substituído por “uma Folha Explicativa”, na qual constam dados do projeto, instituição de origem, formas de contato, assegurando aos sujeitos a livre participação (APÊNDICE E)^I. Esta Folha Explicativa foi lida para o grupo e entregue uma cópia para cada participante.

Tratando-se de população infinita, cujos grupos de mulheres foram formados por meio de convite aleatório na demanda dos atendimentos, foi possível adotar a “Folha Explicativa em substituição ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como idealmente é preconizado para situações dessa natureza”^(74:377).

^G SociNova – Coordenado pelo Prof. Dr. Manuel Lisboa.

^H Alunas do 3º ano de Residência Integrada em Saúde (RIS), da Escola de Saúde Pública (ESP) / RS.

^I DALL'AGNOI, Clarice M. Modelo de Folha Explicativa, fornecida em aula. Disciplina de Metodologia Qualitativa. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. UFRGS, Porto Alegre, 2008.

Os encontros com cada grupo de mulheres foram organizados em dois momentos, descritos a seguir.

1º Momento

Após breve apresentação da pesquisadora e do estudo, foi entregue para cada participante um questionário com questões e imagens-estímulo (APÊNDICE B). Da terceira a quinta questão as respostas estavam relacionadas a duas figuras de mulheres em situação de violência (ANEXO2; ANEXO3). Por último, foi solicitado que cada participante realizasse um desenho, representando uma mulher em situação de violência (APÊNDICE F). Contou-se com o auxílio de profissionais de saúde (enfermeiras, agentes comunitárias, integrantes do GESC e residentes de Psicologia e do Serviço Social da RIS/ESP) para auxiliar as mulheres que tiveram dificuldade de ler as questões e escrever as respostas. As evocações foram registradas na ordem referida pelas participantes.

2º Momento

Depois que todas as participantes responderam as evocações referentes a violência contra a mulher, fez-se a apresentação mais detalhada da pesquisadora e foi realizada discussão sobre o tema da violência de gênero.

Salienta-se que a metodologia adotada com o grupo de mulheres não ficou restrita à mera coleta dos dados; em todos os grupos promoveu-se interlocução com as participantes, estabelecendo, na forma de oficina, a discussão do tema, abordando principalmente: a violência contra a mulher, como um problema de Saúde Pública, as razões de as mulheres permanecerem tanto tempo em uma relação violenta, além dos sinais de alerta que podem indicar possibilidades dessa situação.

Os encontros foram encerrados com momentos de confraternização, quando

as participantes eram convidadas a um pequeno lanche.

Colocou-se à disposição para retornar, em outro momento e continuar a discussão, caso tivessem interesse, o que aconteceu em um dos grupos.

Também considera-se importante relatar que um dos encontros, organizado pelas agentes comunitárias de uma das equipes de ESF, foi realizado em uma escola e, a pedido da Diretora, a discussão sobre o tema foi aberta para alunos do ensino fundamental com idades entre 13 e 16 anos (9 meninas e 3 meninos). Abordou-se o mesmo conteúdo dos demais grupos, direcionando-o, principalmente à prevenção da construção de relações íntimas violentas. O envolvimento e a participação dos alunos demonstraram que eles tinham interesse sobre o assunto. Neste dia, poucas mulheres participaram da pesquisa e questionou-se se houve problema de comunicação, desinteresse sobre o tema ou se o espaço da escola pode ter interferido negativamente na adesão. Entretanto, considera-se que a oportunidade de tentar promover a sensibilização de jovens sobre o problema da violência de gênero foi muito gratificante e enriquecedora. Destaca-se que neste grupo, não havia sido prevista a participação de estudantes e não foi solicitado previamente autorização do responsável, por isso, somente as mulheres com idade a partir de 18 anos, foram incluídas no estudo.

A metodologia escolhida prolongou o tempo de coleta de dados, uma vez que a organização da maioria dos encontros estava a cargo dos serviços de saúde e dependeu-se da disponibilidade da equipe para fazer a divulgação, em um período em que a prioridade dos atendimentos estava direcionada às campanhas de vacinação em massa para a febre amarela e gripe H1N1. As condições climáticas também interferiram negativamente, uma vez que nos dias de chuva havia poucas participantes. Outra dificuldade foi o pequeno número de mulheres em cada encontro (média de 10 e 12), sendo necessária a organização de muitos grupos para atingir o número proposto. Questiona-se se a pouca procura dessas mulheres por espaços de discussão sobre a violência estava relacionada ao “desinteresse” ao tema, ao “desconforto” em discutir o assunto, ou ainda, se o tema que não estava relacionado à demanda dos serviços de saúde e, portanto, o local não foi entendido como espaço adequado para tal discussão. Por outro lado identificou-se que, quando houve a possibilidade de promover reuniões em associações de moradoras

e de mulheres, a presença das mesmas foi mais significativa.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados e informações documentais foi dividida em duas etapas. A primeira tinha perspectiva descritiva, na qual foram realizados os estudos monográficos, a caracterização dos participantes, com auxílio do *software Epi Info versão 3.5.1*; análise da associação livre de palavras das evocações de profissionais e de usuárias, com o *software Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations – EVOC*; concluiu-se essa etapa com a análise lexical das entrevistas com os profissionais de saúde e, utilizou-se o *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte – ALCESTE software ALCESTE*. Buscou-se identificar elementos relacionados às representações desses profissionais sobre o atendimento e a visibilidade da violência, na demanda dos atendimentos às usuárias em situação de violência.

Na segunda etapa, analisaram-se as entrevistas dos profissionais de saúde sob a perspectiva da análise dimensional de Moscovici. Nesta fase, utilizou-se o *software NVIVO* para fazer a categorização, segundo a análise de conteúdo⁽²⁶⁾.

4.5.1 Primeira etapa

Os dados para a caracterização dos profissionais de saúde (sexo, faixa etária, profissão, tipo de Unidade Básica, especialização/residência) e das mulheres (idade, estado civil, número de filhos, ocupação) foram processados no *software Epi Info versão 3.5.1* e os recursos utilizados eram estatísticas descritivas e tabulações cruzadas.

A seguir apresenta-se a descrição da análise das evocações de profissionais e usuárias sobre a violência contra a mulher, com o *software EVOC*, e, na

seqüência, a descrição da análise lexical das entrevistas com os profissionais de saúde, para identificar elementos relacionados às representações sobre o atendimento e a visibilidade da violência na demanda dos atendimentos às usuárias.

Análise das evocações

Para a análise das Evocações utilizou-se o software *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations* (EVOC), criado por Vergès⁽⁷⁵⁾.

O EVOC tem o objetivo de quantificar as palavras evocadas e fazer o cruzamento entre a frequência (f) simples de cada vocábulo e sua Ordem Média de Evocação (OME). “Assim, quanto menores os números indicadores da OME, mais prontamente terão sido evocados os atributos”^(76:76), ou seja, são as palavras que primeiro foram referidas e as mais frequentes.

O conjunto de programas permite dois tipos de análise: a **lexicografia** e a **categorização para análise de conteúdo**. Define o vocabulário do corpo, criando o glossário (*Trievoc*), limpa os arquivos originais: erros de digitação ou palavras desnecessárias⁽⁷⁵⁾.

A **análise da lexicografia** foi realizada pelos programas: *Rangmot* que dá a frequência e a distribuição das fileiras para cada palavra; *Listvoc* listando todas as palavras; *Aidecat* que analisa a coocorrências de palavras mais frequentes e, o *Rangfrq* estabelecendo para a pesquisa do centro e periferia, a linha da tabela x frequência⁽⁷⁵⁾. Apresenta-se, no Apêndice G, mais detalhadamente, o *Rangmot*, que fornece os dados para identificar os possíveis elementos estruturais das representações sociais, que respaldam a análise estrutural das palavras. Esta etapa é a base das demais.

O segundo tipo de análise realizado pelo EVOC trata da **categorização das palavras evocadas**, que agrupa em categorias os termos evocados, “que são sugeridas pelo *software* e o pesquisador decide se as utilizará ou não, para, em seguida, apensar-lhes os atributos mencionados”^(77:72).

Para a análise da associação livre de palavras, Abric⁽⁵⁶⁾ cita Vèrges, que

propôs completar a análise, verificando se as palavras mais frequentes permitem criar um conjunto de categorias, organizadas em torno desses termos, confirmando, as indicações sobre o seu papel organizador da representação.

O programa cria agrupamento de palavras dentro das categorias definidas pelo analista (*Catevoc* e possibilidade de correção *Recodcat*); para a análise das categorias, o *Discat* dá a frequência e a distribuição de postos de palavras em cada categoria; o *Statcat* é a consistência das categorias estatísticas; o *Catin* reconstrói o arquivo original (xxx.txt) inserindo categorias utilizadas em cada registro⁽⁷⁵⁾. A organização do corpus para o programa EVOC e as variáveis estão apresentadas no Apêndice H.

A seguir aborda-se a análise lexical das entrevistas realizadas com auxílio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*.

Análise lexical das entrevistas com o programa ALCESTE

A análise lexical das entrevistas foi realizada com auxílio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE)*, programa que realiza a análise de dados textuais “é uma metodologia que visa a descobrir a informação básica contida num texto através do tratamento estatístico dos seus elementos”^(78:158).

O programa toma por base um único *corpus* de análise constituído por um conjunto de Unidades de Contexto Iniciais (UCI), que, neste estudo, totalizou 40 UCI, ou seja, cada UCI corresponde a uma entrevista (participaram 20 enfermeiras, 13 médicas e 7 médicos).

O material textual deve ser monotemático e para o adequado funcionamento do programa o “*corpus* deve ser constituído de um conjunto textual centrado em um tema”, ter em torno de 1000 linhas e aproximadamente 20 páginas de texto com fonte *Courier 10* e espaço simples^(79:513).

Para construir o material textual deste estudo, todas as entrevistas foram transcritas e criaram-se dois *corpus*, cada um caracterizado pelas perguntas do

roteiro da entrevista com os profissionais de saúde (APÊNDICE D).

O primeiro, “*corpus* Atendimento” é constituído pelas respostas das perguntas 8,10,13, e 15, que se referem ao que os profissionais pensam sobre o atendimento às mulheres em situação de violência, no contexto da ABS. Totalizou 1969 linhas, 33 páginas e foi analisado, seguindo a classificação hierárquica descendente (CHD).

O segundo, o “*corpus* Visibilidade” inclui as perguntas 6, 7 e 9, cujas repostas demonstram como os participantes do estudo identificam na demanda do atendimento às mulheres em situação de violência. Totalizou 1397 linhas, 23 páginas e possibilitou outro tipo de procedimento, denominado *tri-croisé*, que permite a análise de modo comparativo, ou seja, por contraste, entre modalidades de uma variável selecionada pelo pesquisador. Optou-se por três variáveis para análise comparativa da visibilidade da usuária em situação de violência e foi gerado um relatório de cada análise comparativa: na perspectiva dos(as) médicos(as) e das enfermeiras; entre os profissionais que fizeram especialização na Área da Atenção Básica de Saúde e os que fizeram na área hospitalar ou não tinham especialização, e na perspectiva da faixa etária dos profissionais.

As Unidades de Contexto Iniciais (UCI) foram separadas com linhas com asteriscos também denominadas linhas de comando. No caso das entrevistas, cada linha é informado o número de identificação do participante e as variáveis que o pesquisador considerar importantes para análise. No Apêndice I, apresenta-se breve descrição do software ALCESTE, a organização do corpus e as variáveis deste estudo que foram analisadas com auxílio do programa.

Ressalta-se que o ALCESTE poder servir para um primeiro mapeamento do corpus a ser analisado e é recomendado que seja o último procedimento realizado, quando conjugado à Análise de Conteúdo, possibilitando ao pesquisador algumas vantagens: quanto melhor preparado o banco de dados, mais confiáveis são os resultados do programa e a Análise de Conteúdo permite a identificação e o registro de sinônimos, no banco de dados e a correção de erros de digitação, no texto; o pesquisador fará a Análise de Conteúdo com maior independência, quando ainda não conhecer o relatório do ALCESTE, com agrupamento dos elementos nas categorias e subcategorias estabelecidas pelo programa; a Análise de Conteúdo proporciona que a análise do relatório do ALCESTE seja realizada com maior

familiaridade com o corpus, o que favorece esta etapa da pesquisa⁽⁸⁰⁾.

Nessa perspectiva, a análise dos resultados do ALCESTE foi realizada depois de concluída a análise de conteúdo, o que enriqueceu a reflexão na leitura dos relatórios gerados pelo programa. A partir desses dados identificaram-se possíveis representações da violência contra a mulher, na perspectiva dos profissionais, de saúde, com perfis profissionais considerando a percepção específica da violência contra a mulher, o que é apresentado no capítulo 7.

4.5.3 Segunda Etapa

Nesta etapa foi feita análise das entrevistas com os profissionais de saúde, na perspectiva da abordagem dimensional de Moscovici⁽²²⁾.

Para o teórico “a codificação centrada no conteúdo é orientada para a separação dos temas que se apresentam mais frequentes, a respeito do problema pesquisado”^(22:32). Para tanto, utilizou-se o programa informático NVivo 7 e optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin⁽²⁶⁾, na perspectiva teórico-metodológica da abordagem dimensional de Moscovici⁽²²⁾, a qual considera o conteúdo das construções discursivas dos diferentes grupos de profissionais de saúde em estudo, relacionado aos temas, bem como enunciados/valores, ideologia, entre outros, que envolvem o cotidiano dos atendimentos às mulheres em situação de violência na demanda da Atenção Básica de Saúde.

Análise de conteúdo na perspectiva da abordagem dimensional de Moscovici

As representações sociais “fazem com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser. [...] a todo o instante, alguma coisa ausente se adiciona e alguma coisa presente se modifica”^(22:59), são universos diversos, distintos e, em cada um, as representações tem três dimensões: informação, atitude e campo de

representação ou imagem. Para o autor essas dimensões “fornecem uma panorâmica do conteúdo e do sentido” das RS^(22:71); daí a escolha dessa abordagem para a análise das entrevistas com os profissionais de saúde.

Neste estudo a **informação** está relacionada com a organização do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da violência contra a mulher.

O **campo de representação** refere-se, principalmente, ao “modelo” social, às constituições sociais expressas nas falas dos profissionais de saúde sobre as representações da violência contra a mulher.

Cabe retomar que a **atitude** exprime a orientação geral do grupo; possivelmente, é a primeira dimensão que se organiza e a mais frequente das três⁽²²⁾. Primeiro ocorre a formação de posicionamento, que pode ser positivo ou negativo; portanto, a representação está relacionada à atitude adotada, neste caso, relacionada à violência contra a mulher. Ressalta-se que é influenciada por vários fatores, como o da interação social, das relações entre as pessoas e do senso comum. Interferindo assim, nas condutas e práticas profissionais na demanda dos atendimentos às mulheres em situação de violência.

Para auxiliar a análise dimensional, na categorização, utilizou-se a análise de conteúdo, sob a orientação de Bardin⁽²⁶⁾ e operacionalmente dividiu-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A organização da codificação consistiu em fazer recortes, enumeração e escolha das categorias.

Realizaram-se as transcrições das entrevistas, com auxílio de outra pesquisadora do GESC e os dados foram inseridos no *software* NVivo. Para auxiliar a construção das categorias, as entrevistas foram categorizadas primeiro em *Free Nodes*^J, construídos pelos questionamentos da pesquisa, com base no referencial teórico das RS. Nessa etapa, foi feita a leitura exaustiva e repetida dos textos, para identificar as ideias centrais e definir as categorias específicas constitutivas das RS.

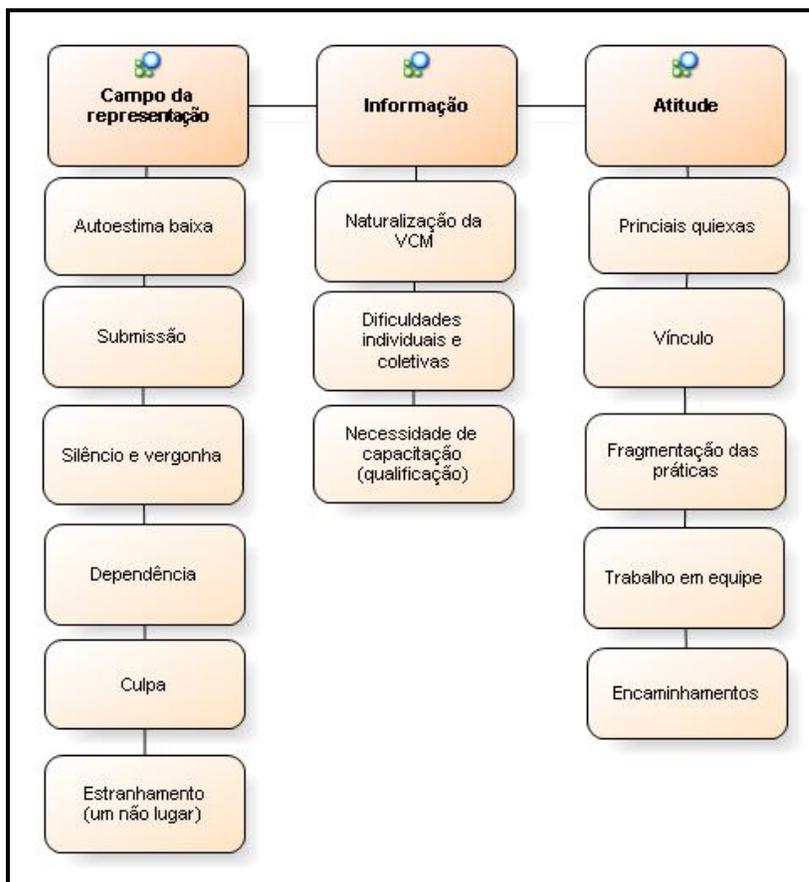
A partir dos *Free Nodes* elaboraram-se os *Tree Nodes*^K, que se constituíram na construção da categorização, seguindo lógica hierarquizada. O tratamento dos

^J Free Nodes foram as primeiras categorias a serem elaboradas e não estão relacionadas umas com as outras.

^K Tree Nodes foram construídos a partir dos Free Nodes. São as categorias finais e estão catalogadas em uma estrutura hierárquica com os demais nodes.

resultados obtidos e a interpretação resultaram na construção de quadros, diagramas, figuras, entre outros.

A seguir, no Quadro 1 apresentam-se os *Tree Nodes*, ou seja, as categorias analíticas construídas com auxílio do software NVivo, seguindo a perspectiva da análise dimensional de Moscovici (1978).



Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010. Elaborado a partir de categorização com uso do software NVivo
 Quadro 1 – Categorias analíticas que emergiram da análise com o software NVivo.

Com a finalidade de ilustrar e fornecer elementos contextuais necessários a compreensão da problemática, o cenário de pesquisa é apresentado na forma de estudos monográficos, compostos pela descrição e análise da vulnerabilidade social, e dos serviços de saúde. Nessa, perspectiva, optou-se por não inseri-los no corpo do trabalho e disponibilizá-los como apêndice (APENDICE A).

Foram elaborados três estudos, o primeiro “**Estudo Monográfico 1: o cenário sociodemográfico e epidemiológico**” tem o objetivo de ilustrar o cenário de pesquisa da área empírica com elementos que indicam a vulnerabilidade social e

com dados sobre a violência da região.

O segundo, “**Estudo Monográfico 2: Grupo de Observadores de Causas Externas da Região Partenon e Lomba do Pinheiro**” versa sobre o grupo de observadores, com breve relato, informando a criação, organização e atuação do grupo junto aos serviços de saúde da região. Além disso, apresentam-se alguns resultados de estudos realizados, a partir dos registros dos observadores e nessa base institucional, sobre causas externas e processo de trabalho no enfrentamento das violências, na demanda desses serviços de saúde.

Por fim, no “**Estudo Monográfico 3: os Serviços de Saúde da região**”, apresenta-se breve descrição sobre os serviços de saúde e as redes de apoio disponíveis na região.

4.6 Considerações éticas

Conforme a legislação sobre pesquisa com seres humanos, expressa na Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), este projeto implementou a coleta e geração de dados após aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP n. 243, processo 001 068.568.07.0 – ANEXO 1). O acesso aos participantes ocorreu a partir da autorização dos serviços que constituem o Distrito de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por todos os participantes do estudo (APÊNDICE C).

O documento foi redigido em duas vias, conforme as normas expressas na resolução nº 196/1996⁽⁸¹⁾, permanecendo uma delas com o participante da pesquisa, constando as seguintes garantias: liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si; privacidade; anonimato; compromisso com a informação atualizada do estudo e, também a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

Nas entrevistas em grupo, com as mulheres usuárias dos serviços, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizada pelas primeiras 34 participantes (quatro primeiros grupos). Identificou-se que algumas mulheres não se sentiam à vontade para assinar o Termo, mesmo expressando interesse em participar da pesquisa; havia, ainda, as que não eram plenamente alfabetizadas, o que dificultou sua utilização. Considerando que outros pesquisadores também enfrentaram tal obstáculo, seguiu-se a experiência relatada por outra pesquisadora^(69:73) e, a partir do 4º grupo foi abolida a solicitação da assinatura, “substituída por uma Folha Explicativa” (APÊNDICE E) entregue e lida para o grupo. Foi solicitado que as mulheres que não quisessem participar da pesquisa, marcassem um X no questionário-estímulo entregue a cada uma. Ainda foi ressaltado que a não participação na pesquisa não iria excluí-la da atividade proposta, somente suas ideias não seriam incluídas nas análises dos dados do estudo.

Quanto aos aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas pelo pesquisador, com a assinatura do referido Termo, Guerriero⁽⁸²⁾ publicou a Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em saúde, na qual foi acordado que: “o pesquisador tem a responsabilidade de pactuar as questões éticas de seu estudo também junto à comunidade estudada e nem sempre será pertinente a assinatura de um termo de consentimento individual por escrito”^(82:461). Nessa perspectiva, Guerriero⁽⁸²⁾ ainda ressalta que é fundamental o consentimento livre e esclarecido do participante, entretanto, “é importante que respeite o padrão cultural dos pesquisados e seja obtido nos moldes negociados entre pesquisador e pesquisado(s), sem que seja necessariamente por escrito”^(82:462).

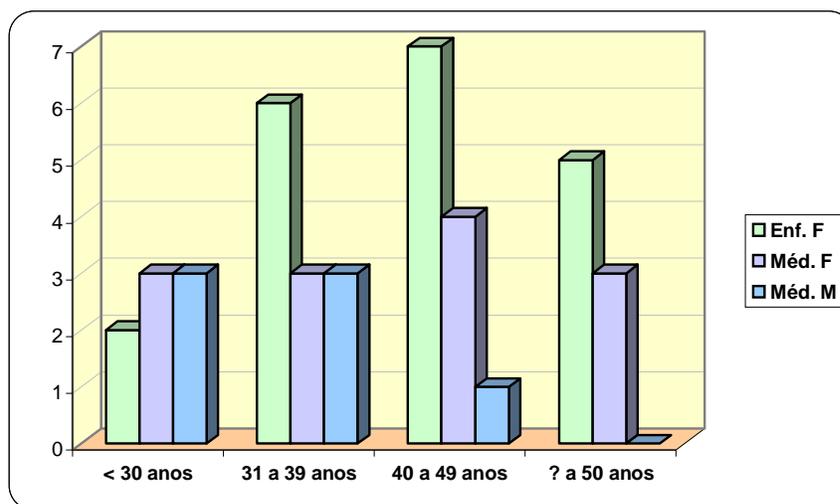
Portanto, com respaldo nessas argumentações, considerou-se que a adequação dos procedimentos éticos contribuiu para superar as dificuldades encontradas, garantindo o cumprimento das normas exigidas pela Resolução 196⁽⁸¹⁾ e respeitando o padrão cultural das mulheres que aceitaram participar do estudo.

5 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Apresenta-se breve caracterização dos participantes do estudo, realizada com auxílio do *software Epi Info versão 3.5.1*, com o intuito de subsidiar reflexões sobre as Representações Sociais da violência contra a mulher (VCM) na ótica dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde da região em estudo. Esses elementos permitiram relacionar, por exemplo, perfis de formação/qualificação e condutas entre outros.

5.1 Os profissionais de saúde

Participaram do estudo 40 profissionais que atuam nos serviços da Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon, 20 enfermeiras e 20 médicas(os). Na Figura 1 apresenta-se a distribuição dos participantes quanto a faixa etária, sexo e profissão.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

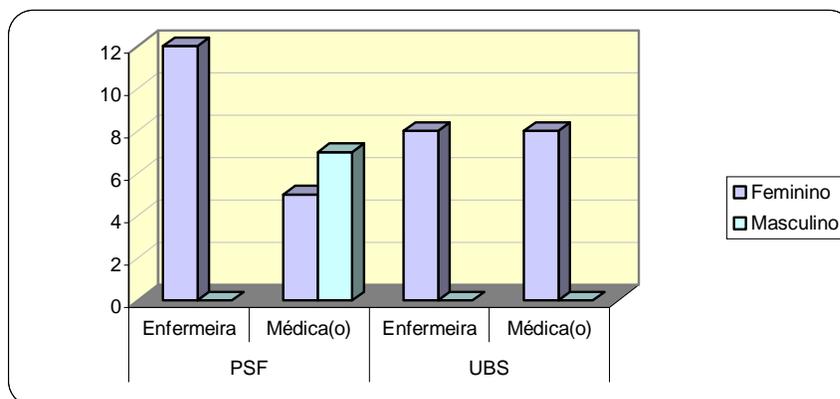
Figura 1 – Distribuição dos profissionais de saúde dos serviços da ABS da região do Partenon/Lomba do Pinheiro, quanto à faixa etária, sexo e profissão.

O grupo das enfermeiras foi constituído exclusivamente de mulheres, pois no período da realização das entrevistas não havia enfermeiros nas equipes de saúde.

Dentre os participantes da equipe médica 13 eram mulheres e 7 eram homens.

A média de idade das enfermeiras foi de 41 anos (27, a idade mínima e 54, a idade máxima). No grupo da profissão médica, a média para as mulheres foi de 41 anos (26, a idade mínima e 61, a idade máxima) e para os homens de 31 anos de idade (26, a idade mínima e 42, a idade máxima). Neste grupo, até os 39 anos, não houve diferença numérica entre homens e mulheres, mas a partir dos 41 anos, as mulheres representaram maior número (4 mulheres e 1 homem). A faixa etária acima de 50 anos foi constituída de mulheres (5 enfermeiras e 3 médicas).

A seguir, na Figura 2 apresenta-se a distribuição dos profissionais de saúde quanto à profissão, ao sexo e ao local de atuação na Atenção Básica de Saúde.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 2 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto à profissão, ao sexo e ao local de atuação na ABS.

Dos profissionais que participaram do estudo, 24 trabalhavam nas equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF (12 enfermeiras, 5 médicas e 7 médicos) e 16, nas Unidades Básicas de Saúde – UBSs (8 enfermeiras e 8 médicas).

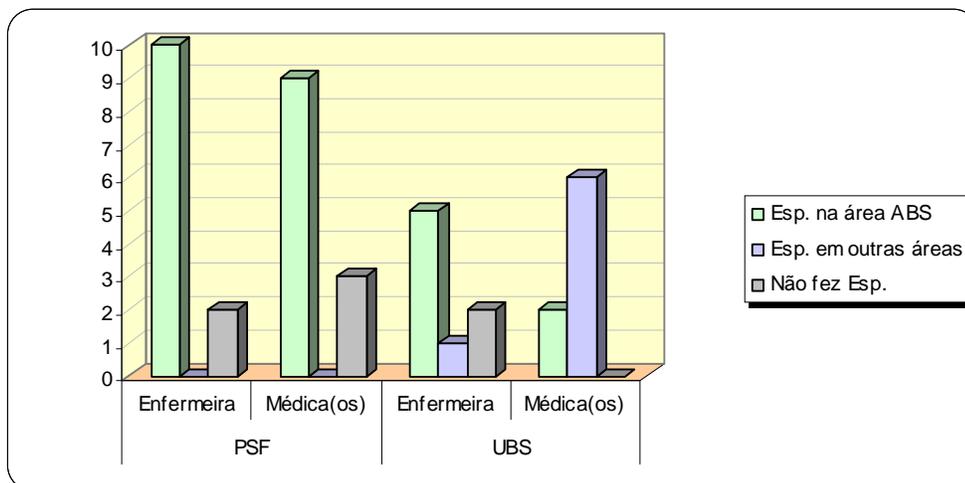
Quanto à profissão médica, a exclusividade de participantes do sexo feminino nas UBSs, correspondeu às médicas, que concordaram com as entrevistas. Entretanto, em uma das UBS, nenhuma das médicas aceitou fazer parte do estudo, somente duas enfermeiras da Unidade concordaram em responder à entrevista.

Vale dizer que nas equipes de ESF não houve dificuldade para marcar as entrevistas e todos os profissionais, independente do sexo e da profissão, demonstraram interesse na discussão do tema da VCM.

No grupo dos médicos, todos os que atuavam nas equipes de ESF (12

profissionais) exerciam a medicina de família. Das 8 médicas que atuavam nas UBS 7 faziam atendimentos clínicos à população adulta e uma era ginecologista. A formação profissional do grupo das UBSs era de especialistas em várias áreas, o que é ilustrado nas Figuras 3 e 4.

A seguir, apresenta-se a distribuição dos profissionais quanto à profissão, ao local de atuação na Atenção Básica de Saúde e a qualificação profissional.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 3 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto à profissão, qualificação profissional e local de atuação na ABS.

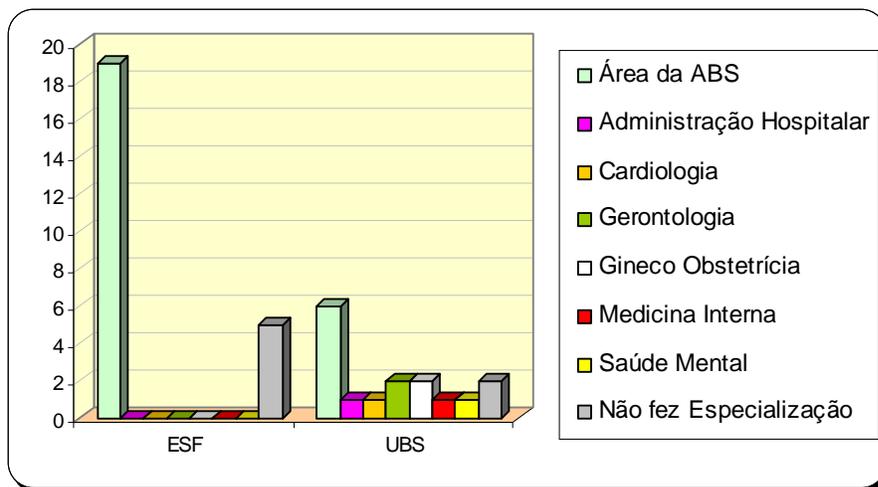
Quanto à qualificação profissional, para a análise, elaboraram-se 3 categorias: 1ª) especialização na Área da Atenção Básica de Saúde; 2ª) especialização em outras Áreas e; 3ª) sem especialização.

Identificou-se que 65% dos profissionais de saúde fizeram especialização na Área da Atenção Básica de Saúde, 75% das enfermeiras e 55% das(os) médicas(os).

A categoria Especialização na Área da Atenção Básica de Saúde incluiu os seguintes cursos: Medicina da Família (8), Saúde Pública (8), Saúde da Família (5), Residência Integrada na ABS (2), Gestão em Saúde Pública (1) e Saúde Coletiva (1). Os cursos incluídos na categoria “Especialização em outras Áreas” estão ilustrados na Figura 4 e foram frequentados exclusivamente pelos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

Vale ressaltar que dos 24 profissionais que atuam nas equipes de ESF, todos os que fizeram especialização optaram por cursos da Área da ABS. Considera-se

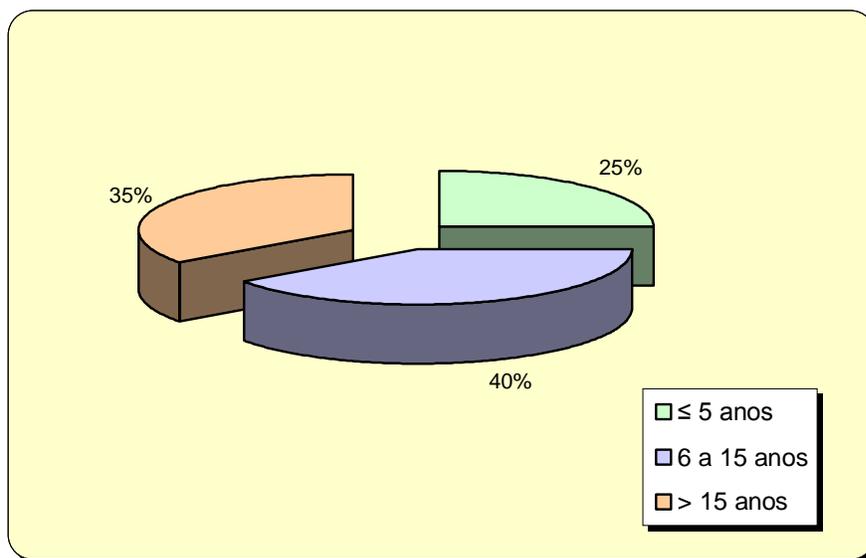
que formação nesta Área pode contribuir para subsidiar o enfrentamento qualificado dos atendimentos às mulheres em situação de violência.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

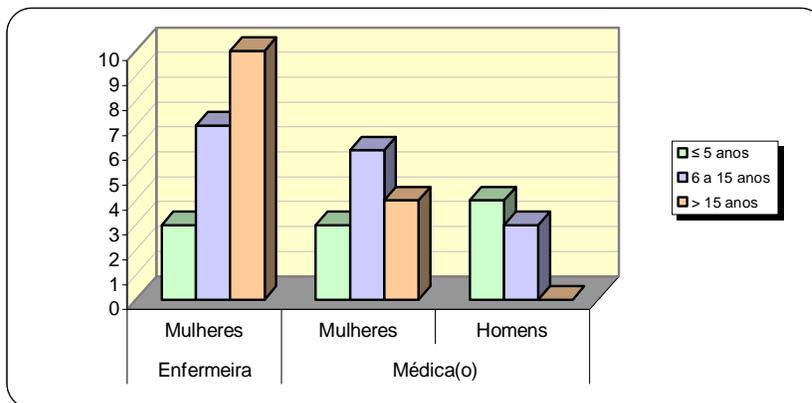
Figura 4 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto aos cursos de especialização e ao local de atuação na ABS.

A seguir, nas Figuras 5 e 6 apresenta-se a distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho em serviços de saúde (incluindo área hospitalar e ABS), à profissão e ao sexo.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 5 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho em serviços de saúde.



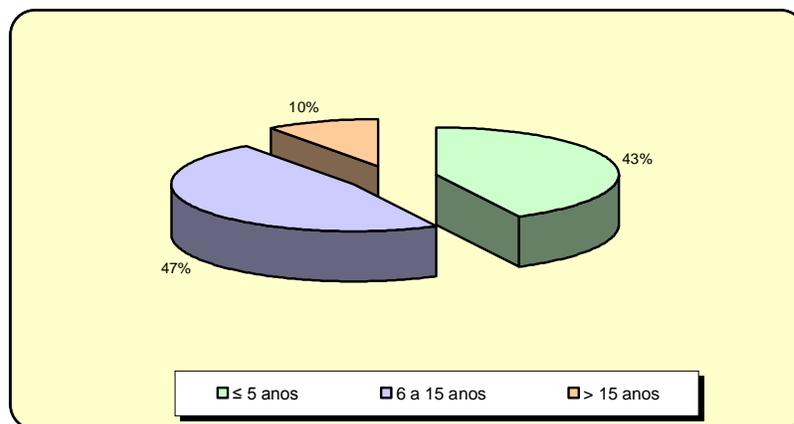
Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 6 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao sexo, à profissão e ao tempo de trabalho em serviços de saúde.

Na Figura 5 identifica-se que 40% dos profissionais tinham de 6 a 15 anos de experiência na Área, incluindo hospitais e ABS; vale dizer que 35% atuavam havia mais de 15 anos na Área. Entretanto, considera-se que são Áreas distintas, pois a hospitalar prioriza a clínica e o atendimento individualizado e, a ABS prioriza atenção primária e ações preventivas na perspectiva da saúde coletiva. Assim, o fato de o profissional ter anos de experiência, não significa estar integrado com as ações específicas da Atenção Básica de Saúde, em especial as que envolvem o atendimento às mulheres em situação de violência.

Seguindo a análise do tempo de atuação na Área, a Figura 6 ilustra que as mulheres, em especial as enfermeiras, são as que atuavam na Área havia mais de 15 anos.

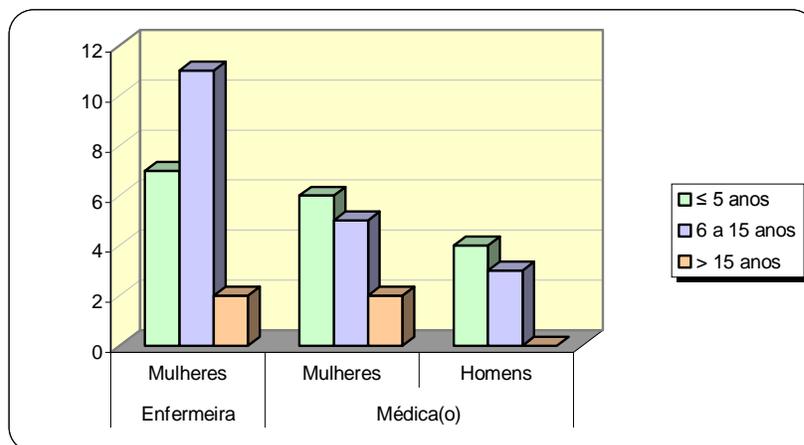
A seguir, nas Figuras 7 e 8 apresenta-se a distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho especificamente na área da Atenção Básica de Saúde, a relação com a profissão e o sexo dos participantes.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 7 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho na ABS.

Nas Figuras 7 e 8 a soma dos percentuais dos profissionais que atuavam havia no máximo 15 anos na Área da Atenção Básica de Saúde totalizou 90%; sendo que 11 enfermeiras e 8 médicas (as) atuavam havia mais de cinco anos. O tempo de experiência superior a 15 anos foi exclusivo de profissionais do sexo feminino (2 enfermeiras e 2 médicas).



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 8 – Distribuição dos profissionais de saúde quanto ao tempo de trabalho na ABS, por profissões e sexo.

Considera-se, que a demografia e a vida profissional (formação/qualificação) são elementos constitutivos das Representações Sociais, na medida em que a representação se constitui desses elementos e ao mesmo tempo contribui “para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações

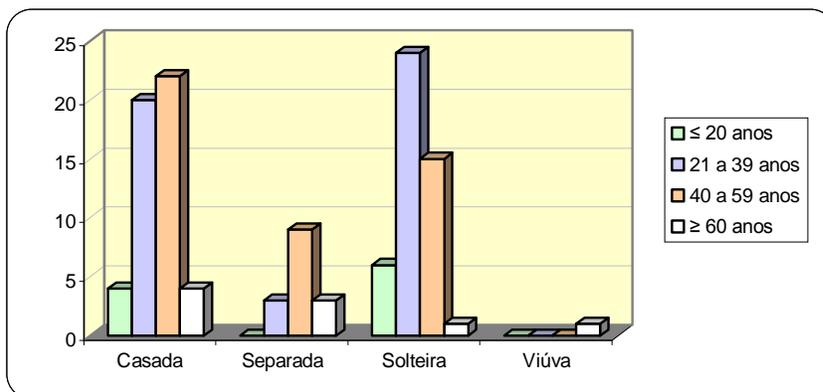
sociais”^(22:77). Esses processos de formação de condutas são elaborados nas experiências da vida cotidiana (universos consensuais) e, por meio da interação com o conhecimento específico e com políticas de saúde (universos reificados), que, atualmente, começam a estabelecer algumas particularidades em qualificação para o enfrentamento dos atendimentos das mulheres em situação de violência nos serviços públicos de saúde.

Além disso, a caracterização dos profissionais de saúde auxilia na identificação de perfis profissionais considerando a percepção específica da visibilização da VCM, na análise da comparação das variáveis pelo programa ALCESTE, apresentada, no capítulo 7.

5.2 As mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde

Participaram do estudo 122 usuárias dos serviços de ABS da região da Gerência do Distrito de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro. Apresenta-se a caracterização dessas mulheres quanto a faixa etária, ao estado civil, ao número de filhos e à ocupação.

Inicia-se com a distribuição das mulheres quanto ao estado civil e faixa etária, ilustrados na Figura 9. A variável casada inclui as mulheres que viviam em união estável e residiam com o companheiro, no mesmo domicílio.



Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

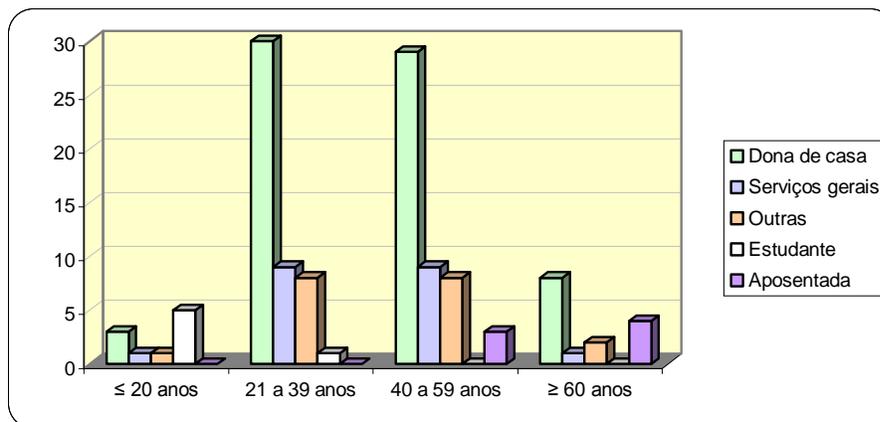
Figura 9 – Distribuição das mulheres, quanto ao estado civil e faixa etária.

Dentre as mulheres, a mais jovem tinha 15 e a mais velha 77 anos de idade. Destaca-se que, primeiro, a intenção foi incluir neste estudo mulheres a partir dos 18 anos; entretanto, participaram dos grupos 8 menores (2 com 15 anos e 6 com 16 anos), que manifestaram interesse em responder às questões e discutir o tema. Considerou-se que a participação contribuiu para as reflexões que contemplam a perspectiva geracional, na percepção e nas vivências da violência de gênero.

O grupo das usuárias menores de 20 foi constituído por 10 mulheres – 2 maiores de 18 anos e 8 com idades entre 15 e 16 anos – das quais 6 eram solteiras. Neste grupo, as quatro mulheres que viviam com companheiro, em união estável havia mais de um ano, eram adolescentes e, ressalta-se que, durante a discussão, mais de uma entre elas referiu já ter vivido situações de violência na relação.

A maioria das mulheres casadas (84%) e solteiras (84,8%) estava na faixa etária entre 29 e 59 anos, já as viúvas tinham idade \geq a 60 anos.

A seguir, na Figura 10, é ilustrada a relação da faixa etária com a profissão/ocupação das mulheres.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre

Figura 10 – Distribuição das mulheres quanto à faixa etária e profissão/ocupação.

Dentre as mulheres deste estudo, 57,4% ocupavam-se das tarefas domésticas da casa e não eram assalariadas. Durante as oficinas, que ocorriam após a coleta dos dados, as usuárias referiram que, para o sustento da família, contavam com a renda do companheiro e com a ajuda de programas governamentais, como o da Fome Zero. Neste grupo de mulheres, as que viviam sozinhas contavam com familiares e pessoas que as ajudavam com auxílio financeiro para a educação dos filhos. Diziam que quando estavam sozinhas

contavam com a ajuda de outras pessoas, pois “*sempre tem alguém para ajudar uma mulher sozinha a criar seus filhos*”. Porém, segundo elas, quando estão casadas, essa responsabilidade é do homem.

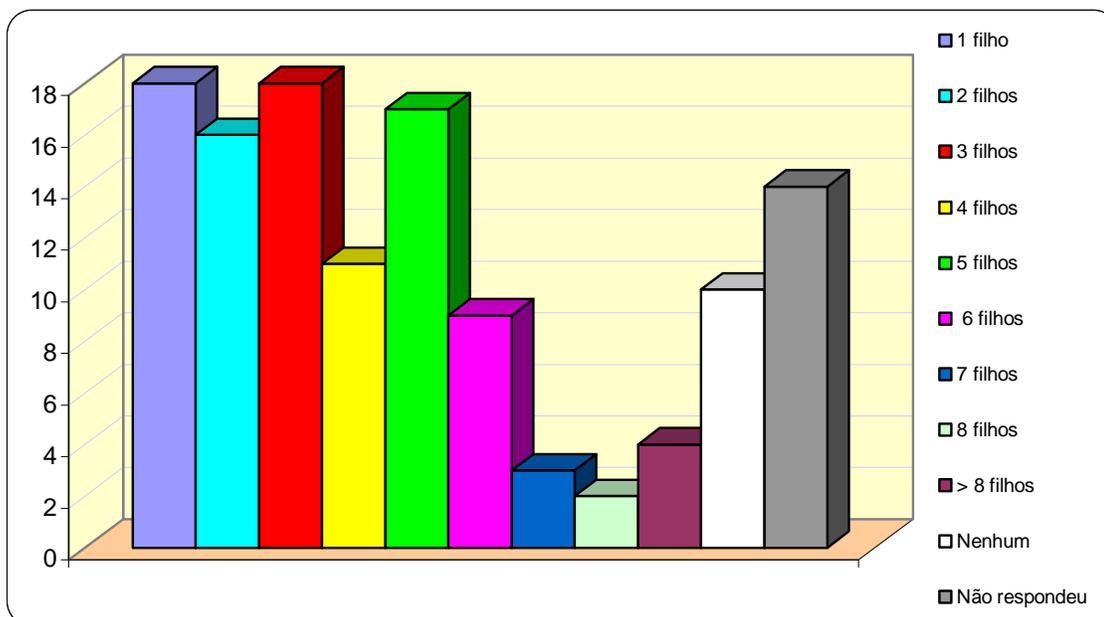
Fonseca⁽⁸³⁾, referindo-se à honra familiar entre os homens, nas classes populares, argumenta que, nessas populações o homem e a mulher têm papéis definidos quanto aos seus deveres no casamento e cabe a ele o sustento da mulher e dos filhos. A autora ressalta que ser o provedor da casa é um dos fundamentos da identidade social desses homens.

Em relação às mulheres deste estudo, aponta-se que o fato de a pesquisa ter sido realizada em “horário comercial”, pode ter influenciado nos resultados com a maioria das mulheres sendo donas de casa. Entretanto, este é o horário de funcionamento dos serviços de ABS, o que pode indicar que as usuárias que buscavam o atendimento, estavam na sua maioria, fora do grupo de trabalhadoras com emprego formal; assim, eram dependentes financeiramente do companheiro, sendo, portanto, aquelas que viviam as situações mais precárias. Vale ressaltar uma pesquisa recente sobre a VCM, realizada pela ONG COHRE^L, em Porto Alegre, Buenos Aires e Bogotá, cujos resultados apontavam que a dependência financeira é o principal motivo que dificulta ou impede a mulher de romper com a relação violenta⁽⁸⁴⁾.

As mulheres que trabalhavam fora de casa representaram 30% das usuárias e as principais ocupações eram os serviços gerais (empregada doméstica, diarista, cozinheira, auxiliar de cozinha e serviços de limpeza) e outros, como o de vendedora, artesã, manicure, recicladora de resíduos sólidos, secretária e professora de dança. As aposentadas totalizaram o percentual de 5,7% e as estudantes de nível médio, 4,9%.

Na figura 11 apresenta-se a distribuição das mulheres quanto ao número de filhos.

^L ONG Centro pelo Direito à Moradia contra Despejos, com sede em Genebra, na Suíça.

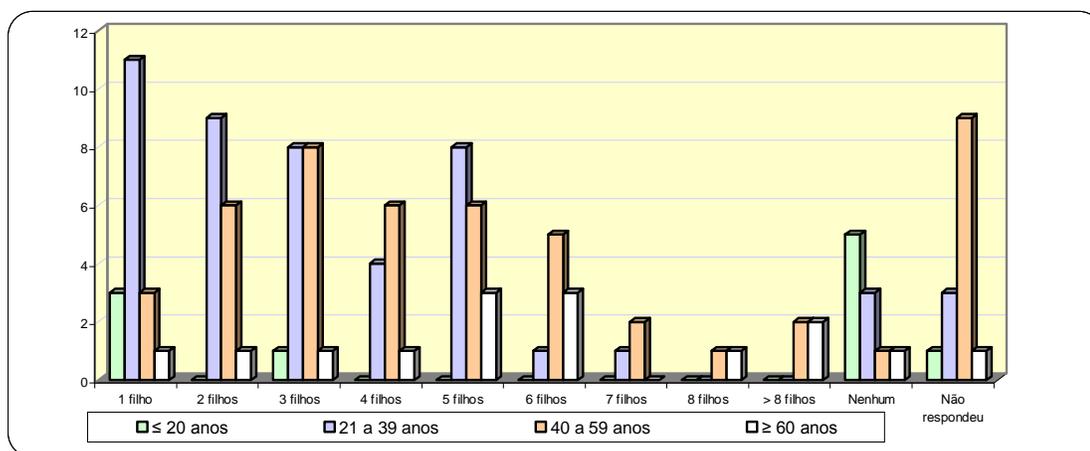


Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Figura 11 – Distribuição das mulheres quanto ao número de filhos.

A maioria das mulheres (80) tinha de um a cinco filhos, quatro com mais de 8 filhos, sendo que uma das participantes teve 14 filhos. A questão não foi respondida por 14 das usuárias e 10 não tinham filhos.

Nas Figuras 12 e 13 apresenta-se a relação do número de filhos com a faixa etária e o estado civil das mulheres.

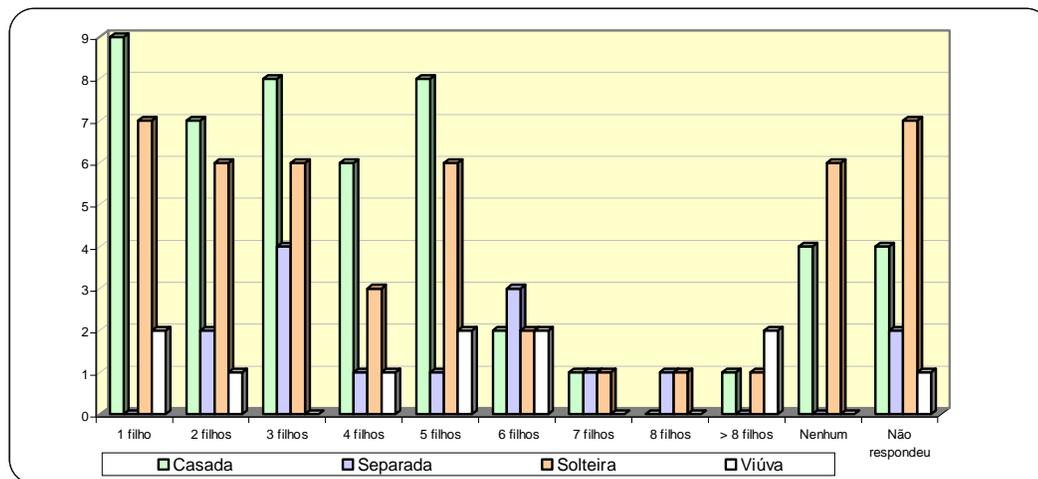


Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Figura 12 – Distribuição das mulheres quanto o número de filhos e a faixa etária.

Observa-se que a faixa etária dos 21 aos 39 anos representa o maior número

de mulheres que tinham somente um filho. Também observa-se que as usuárias com idade ≥ 60 anos, em sua maioria tinham 5 filhos ou mais, o que pode indicar mudança geracional relacionada ao número de filhos e o que também pode ser entendido como maior acesso a métodos anticonceptivos e a possibilidade de planejar as gestações.



Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Figura 13 – Distribuição das mulheres quanto ao número de filhos e ao estado civil.

Quanto à relação entre o estado civil e o número de filhos, identifica-se, na Figura 13, que as mulheres casadas tinham maior número de filhos, se comparadas com as solteiras e separadas, exceto para as que tinham 7 filhos, que representou o mesmo número para as três variáveis. Porém, destaca-se que, a partir de 8 filhos, as mais frequentes são as separadas, solteiras e viúvas.

Estudo realizado com casais, em Moçambique, sobre a emancipação da mulher, apontou que nas representações familiares havia o entendimento de que “uma mulher pode estudar e trabalhar, mas tem de saber, acima de tudo, cozinhar, cuidar dos filhos e da casa”. Caso contrário ela pode ser considerada “não mulher”, quer dizer, fora dos padrões valorizados na sociedade⁽⁸⁵⁾. Destaca-se que todos os informantes do estudo em questão tinham emprego remunerado, seis com formação universitária e 6 ainda cursando a Universidade.

Os resultados da pesquisa de Cumbi⁽⁸⁵⁾, mesmo estando relacionados com a cultura de outro país, mostra que ainda é muito forte a representação da mulher como a responsável pelo cuidado dos filhos e da casa. Apesar de ser em contexto socioeconômico diferente do Brasil, as representações familiares vão ao encontro

das principais atividades familiares consideradas pelas mulheres deste estudo, que são as tarefas domésticas e, quando trabalhavam fora de casa exerciam atividades com baixa remuneração salarial, além de se ocuparem com afazeres domésticos, configurando, assim, dupla jornada de trabalho. Portanto, nesse contexto, entende-se que para sustentar os filhos elas necessitavam de ajuda do companheiro ou de pessoas de sua relação.

Assim, a descrição das variáveis apresentadas são elementos que permitem agregar argumentos analíticos que possibilitam a compreensão mais complexa das evocações sobre a VCM, apresentadas a seguir, no capítulo 6.

6 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – ASSOCIAÇÃO LIVRE

Para iniciar a análise das representações sociais da VCM, sob a ótica das usuárias e dos profissionais de saúde que atuavam na Atenção Básica de Saúde, optou-se pela associação livre de palavras, no intuito de desencadear as primeiras reflexões sobre o tema, por considerar que “a livre associação permite a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas”^(71:575).

6.1 Os profissionais de saúde

Considerou-se a ordem natural das evocações dos profissionais, no intuito de reconhecer os possíveis indicativos do conteúdo das representações sociais, e, identificar algumas distinções entre as profissões e os grupos que atuavam nas equipes de ESF e UBS. Portanto, esta análise se integra ao contexto de estudo, buscando enriquecê-lo, apontar tendências e, principalmente, para o grupo dos profissionais, somar elementos à análise dimensional das entrevistas, proposta por Moscovici⁽²²⁾, apresentada no capítulo 8.

6.1.1 As evocações na perspectiva das diferentes profissões

Utilizou-se uma questão indutora relacionada ao tema, sobre a qual apresentam-se as evocações mais frequentes, os termos mais diretamente associados (referidos, de imediato, nas primeiras respostas) e os termos que constituem o mais provável núcleo central da representação sobre a VCM.

Apresenta-se, primeiro, a análise geral das evocações, para, a seguir, discutir e analisar cada grupo separadamente: enfermeiras, médicas(os), profissionais que

atuavam nas UBSs e os que atuavam nas equipes de ESF. Entende-se que mesmo sendo um grupo reduzido^M, existem particularidades relacionadas às representações da VCM, ligadas à formação profissional e ao contexto do atendimento na Atenção Básica de Saúde.

“Palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em VCM”, foi a questão indutora para desencadear a reflexão sobre o tema, que resultou em 147 evocações com 49 termos diferentes entre as respostas dos 40 participantes.

Das 147 evocações, 16 foram citadas uma única vez e apenas uma palavra foi citada 14 vezes. Os vocábulos mais citados foram, em ordem decrescente, mulher (14 vezes), submissão (8 vezes), covardia (5 vezes), agressão-física^N (4 vezes), autoestima-baixa (4 vezes) e sofrimento (4 vezes).

No programa *Aidecat* do EVOC destacam-se algumas coocorrências entre as palavras evocadas: submissão relacionada à autoestima-baixa; mulher e agressão-física; autoestima-baixa relacionada à agressão física; covardia e mulher. Essas associações podem indicar, na ótica dos profissionais, as representações das mulheres que vivem em situação de violência^(86,87).

A média geral da posição da ordem de evocação foi de 2,32 e indica que os termos relacionados à “VCM” foram evocados, na média, entre a segunda e a terceira palavra citada. Ressalta-se que, quanto menor essa média, maior a associação dos termos evocados, em relação à centralidade dos conteúdos das representações sociais^(71,88,89).

No Quadro 2, apresenta-se o “quadro de quatro casas” com os possíveis elementos que constituem o núcleo central, o sistema periférico e os intermediários, resultantes das evocações dos 40 profissionais que fizeram parte do estudo.

Cabe lembrar que para a construção deste quadro são consideradas a OME (ordem média de evocação), a frequência mínima e a intermediária. Para determinar a frequência mínima foi mantido o número total de evocações, maior que 75%, cuidado fundamental para a validação dos dados. Assim, o cálculo da frequência média, foi feito a partir da determinação da frequência mínima (APÊNDICE J).

A OME definida pelo Programa *Rangmont* foi 2,3, o que indica que as

^M Para análise com o software EVOC o ideal é que o número de participantes não seja inferior a 80.

^N A palavra é grafada com hífen para manter sua unidade na análise dos programas do EVOC.

evocações relacionadas às representações da VCM foram citadas, em média, entre a segunda e a terceira palavra. A frequência mínima 3 correspondeu a 75,5% dos elementos e totalizou 23 palavras diferentes. A partir destes valores foi calculada a frequência média de evocações, cujo valor foi aproximado para 5, uma vez que o programa do EVOC *RangFRAQ*, não reconhece a introdução de casas decimais.

OME < 2,3				OME ≥ 2,3		
Quadrante 1				Quadrante 2		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≥5	agressão	9	2,000	mulher	14	3,000
	submissão	8	1,875	controle	5	2,800
	agressão-física	7	2,143			
	ciúmes	5	1,600			
	covardia	5	1,000			
	dependência	5	1,800			
	machismo	5	1,400			
OME < 2,3				OME ≥ 2,3		
Quadrante 3				Quadrante 4		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≤3 <5	cultura	4	2,000	desvalorização	4	2,500
	emocional	4	2,250	sofrimento	4	2,750
	injustiça	4	1,250	apoio	3	3,000
	prevalência	4	1,500	drogas	3	3,000
	álcool	3	1,667	educação	3	2,333
	fragilidade	3	1,667	falta-resolutividade	3	3,333
				preconceito	3	3,333
			sociedade	3	3,333	

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 2 – Centralidade dos termos evocados pelo conjunto dos profissionais da saúde, em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher”.

No **quadrante superior esquerdo** (Quadrante 1) estão os elementos com menor ordem de evocação (mais prontamente evocados) e com maiores frequências, atributos que indicam o provável núcleo central. Portanto, considerando o universo de todos os entrevistados, destacam-se como elementos centrais: *agressão, agressão-física, ciúmes, covardia dependência, machismo e submissão*. Ressalta-se que, segundo Abric^(90:39), o núcleo central é a parte “não negociável da representação [...] constitui a base comum e consensual de uma representação social, aquela que resulta da memória coletiva e do sistema de normas ao qual o grupo de refere”.

No **quadrante inferior direito** (Quadrante 4) localizam-se as palavras de menor frequência e com maior OME (menos prontamente evocadas), que são

consideradas sistema periférico expressos por *apoio, desvalorização e drogas*. Salieta-se que o sistema periférico é a “parte mais acessível e viva da representação, [...] pode ser resumido em cinco funções: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização”^(90:38-39). Ou seja, de alguma forma desvalorização da VCM e drogas concretizam atos violentos e indicam justificativas prescritivas. São elementos que explicam/justificam a atitude masculina de agressão.

Os quadrantes **superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3) são denominados intermediários, porque “podem se aproximar do núcleo central ou dos elementos periféricos”^(88:148) e reforçam o sentido de ambos. Nesses, as representações da violência estão expressas nas evocações *controle e mulher* (Quadrante 2) e *cultura, emocional, fragilidade injustiça, prevalência e álcool* (Quadrante 3), indicando, no Quadrante 2, o “controle” masculino sobre a mulher em situação de violência e, no Quadrante 3, a naturalização da violência e possíveis “qualificações” da mulher e motivações do agressor: *cultura, fragilidade* e o uso do *álcool*.

A composição do possível núcleo central (Quadrante 1) sugere que o estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher” apontam para representações relacionadas a determinadas características das mulheres (*dependência e submissão*) como geradoras da *agressão-física*. Nessa perspectiva, a representação da violência pode ser entendida como culpabilizadora da mulher, ou seja, estão em situação de violência as mulheres que “permitem” as condições de *submissão* e a *dependência*. A vítima é culpada por ser como é. Essa representação é sustentação das naturalizações da VCM.

A seguir apresenta-se a análise da associação livre de palavras do grupo das enfermeiras, da profissão médica, dos profissionais que atuavam nas UBSs e nas equipes de ESF. Não foi possível analisar as influências de sexo, porque o número de participantes era reduzido, o que inviabilizava a análise, considerando que totalizaram 7 sujeitos do sexo masculino e 33 do feminino.

As evocações das Enfermeiras

Por ocasião das entrevistas, nesse grupo de profissionais, 60% tinham mais de 40 anos de idade; 75% fizeram especialização na Área da ABS; 60% atuavam nas equipes de ESF e 40% nas UBSs; 55% atuavam na ABS por um período de 6 a 15 anos, 35%, no máximo até 5 anos e 10%, até 5 anos. Essa caracterização indica que a maioria tinha tempo de experiência na Área, o que podia possibilitar a construção de estratégias para o atendimento das usuárias em situação de violência, ou, ao contrário, estratégias para lidar com possíveis dificuldades nesse enfrentamento, naturalizando e desconsiderando a violência como um problema de saúde⁽⁹⁾.

As evocações das 20 enfermeiras participantes da pesquisa totalizaram 71 palavras, das quais 25 eram diferentes entre si. Duas palavras foram citadas 7 vezes, cada uma e, 8 termos foram referidos uma única vez. Os vocábulos mais frequentes, em ordem decrescente foram: mulher (7 vezes), submissão (7 vezes), agressão-física (5 vezes), emocional (5 vezes) e machismo (5 vezes).

A média geral da posição da ordem de evocação (OME), estabelecida pelo programa *Rangmont*, foi de 2,34. A frequência mínima foi 2 e representou 88,7% das evocações, após o cálculo, a frequência média foi definida em 3. No Quadro 4 destacam-se os possíveis elementos que constituem o núcleo central, os sistemas periféricos e os intermediários, relacionados às evocações do grupo das enfermeiras.

No **quadrante superior esquerdo** (Quadrante 1), do Quadro 3, estão os elementos que possivelmente constituem o núcleo central da representação do grupo: *agressão física e verbal, desvalorização, machismo e submissão*. No **quadrante inferior direito** (Quadrante 4) localiza-se o possível sistema periférico expresso pelas palavras *imponente, marcante e medo*. Portanto, a análise pode indicar que as representações das enfermeiras, no contexto da VCM, estavam ligadas à submissão, machismo e medo, que pode ser entendido como medo do agressor, medo de romper a relação, ou, ainda, o sentimento de medo da parte da própria enfermeira, de enfrentar o atendimento das mulheres em situação de

violência, no contexto da Atenção Básica de Saúde. Persiste a “justificativa” da violência como “não reação”, ou seja, é a ausência de reação por atitudes passivas das mulheres que as fragilizam, novamente se argumentando no sentido de reforçar a naturalização: “se não reage, aceita”; “quem cala consente”. O agressor não apareceu nessas evocações como se o fato de “ser agressor”, neste caso, fosse “natural” e a vítima, “culpada”.

OME < 2,3				OME ≥ 2,3		
Quadrante 1				Quadrante 2		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≥ 3	submissão	7	2,143	mulher	7	3,143
	agressão-física	5	1,600	dependência	4	2,500
	agressão	4	2,000	cultural	3	2,667
	desvalorização	4	2,500	sofrimento	3	2,667
	emocional	5	2,000			
	machismo	5	1,400			
	agressão-verbal	3	2,000			
	injustiça	3	1,333			
OME < 2,3				OME ≥ 2,3		
Quadrante 3				Quadrante 4		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≤ 2	autoestima- baixa	2	2,000	impotente	2	3,000
	raiva	2	1,000	marcante	2	4,000
				medo	2	3,000

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 3 – Centralidade dos termos evocados entre as **enfermeiras** em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher”.

Os quadrantes **superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3) constituídos pelo elementos intermediários, apresentam evocações relacionadas à cultura de sofrimento da mulher (Quadrante 2). No Quadrante 3, as evocações parecem estar mais direcionadas ao sentimento das enfermeiras, expresso pela palavras *raiva*; evocam, ainda, a autoestima baixa como qualificação da mulher em situação de violência.

As evocações das(os) Médicas(os)

O grupo das(os) médicas(os) foi constituído por 13 mulheres e 7 homens;

resolutividade, humano, preconceito e sociedade.

Talvez pela presença de componentes homens apareçam vocábulos que “qualificam” a figura masculina do agressor sem referência à mulher como vítima. Nessa ótica ela “não é vítima”, mas responsável por estar em situação de violência, que só ocorre quando o homem está sob o efeito do álcool, tem problemas de conduta como a “covardia”, ou ainda, “por ciúme”, que, no sendo comum, também é entendido como “prova de amor”.

Os possíveis elementos intermediários do grupo das(os) médicas(os) estão expressos nos quadrantes **superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3). Podem indicar que as representações sociais da VCM estão voltadas para as questões que envolvem educação, controle sobre a mulher, as *drogas*, e a *cultura de desrespeito e autoestima baixa* da mulher. Também destaca-se que na interpretação do grupo dos médicos (as) a VCM é *prevalente*, no cotidiano dos atendimentos.

As evocações dos profissionais das Unidades de Básicas de Saúde

O grupo dos profissionais que atuam nas UBSs foi constituído de 16 participantes (8 enfermeiras e 8 médicas), todas do sexo feminino; 44% tinham entre 40 e 49 anos, 38% mais de 50 anos e 18% até 39 anos; 37% fizeram especialização na Área da ABS, 50%, na área hospitalar e 13% não eram especialistas; 69% atuavam na ABS por um período de 6 a 15 anos, 19%, mais de 15 anos e 12%, no máximo até 5 anos.

Das evocações desses 16 profissionais resultaram 56 palavras, das quais 25 eram diferentes entre si. Os vocábulos mais frequentes foram: agressão-física (6 vezes), agressão (5 vezes), emocional (5 vezes), mulher (5 vezes) e submissão (5 vezes).

A média geral da posição da ordem de evocação foi de 2,16. O “quadro de quatro casas” foi constituído com frequência mínima 2 (que correspondeu a 76,8% dos elementos evocados) e frequência intermediária 3. A partir destes valores,

apresenta-se o Quadro 5, com o possível núcleo central, elementos periféricos e intermediários, acerca das representações da VCM, para este grupo de profissionais.

OME < 2,1				OME ≥ 2,1		
Quadrante				Quadrante 2		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
F ≥3	agressão	5	1,600	agressão-física	6	2,167
	submissão	5	2,000	emocional	5	2,400
	sociedade	4	2,000	mulher	5	2,600
	ciúmes	3	2,000			
OME < 2,1				OME ≥ 2,1		
Quadrante 3				Quadrante 4		
	Palavra	f	OME	Palavra	f	OME
f ≤2	apoio	2	2,000	falta-resolutividade	2	3,500
	covardia	2	1,000			
	injustiça	2	1,500			
	machismo	2	1,500			

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 5 – Centralidade dos termos evocados no grupo dos **profissionais da saúde** que atuam nas **Unidades Básicas de Saúde**, em resposta ao estímulo “palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher”.

No Quadro 5, identifica-se que o possível núcleo central das representações deste grupo estão no **quadrante superior esquerdo** (Quadrante 1) e é expresso pelas evocações *agressão*, *ciúmes*, *sociedade* e *submissão*. A periferia da representação localizada no **quadrante inferior direito** (Quadrante 4) foi expressa pela palavra *falta-resolutividade*. As evocações podem indicar que a representação da VCM, está relacionada e limitada basicamente à submissão ao ciúme, justificando a agressão.

Os possíveis elementos intermediários localizados nos quadrantes **superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3), apontam para a agressão-física, emocional, injustiça e para a qualificação do agressor, como covardia e machismo.

As evocações dos profissionais que atuavam nas equipes de ESFs

O grupo dos profissionais que atuavam nas equipes de Estratégia de Saúde

da Família (ESF) era constituído de 24 participantes: 12 enfermeiras, 7 médicos e 5 médicas; 42% tinham entre 31 e 39 anos e 29% tinham menos de 30 anos de idade; 79% fizeram especialização na Área da ABS, e 21% não eram especialistas; 63% atuavam na ABS por um período de até 5 anos e 33%, entre 6 e 15 anos.

Das evocações desses 24 profissionais resultaram 89 palavras, das quais 38 eram diferentes entre si. Os vocábulos mais citados em ordem decrescente foram mulher (8 vezes), ato-grave (6 vezes), agressão (5 vezes), submissão (5 vezes).

No Quadro 6 destacam-se os possíveis elementos que constituem o núcleo central, os sistemas periféricos e os intermediários, referentes às evocações relacionadas à VCM, dos profissionais que atuavam nas Unidade de Saúde da Família. A média geral da posição da ordem de evocação foi de 2,41, a frequência mínima 2 (corresponde a 80,9% das evocações) e a máxima 3.

		OME < 2,4			OME ≥ 2,4		
		Quadrante 1			Quadrante 2		
		Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
f ≥3	agressão		6	2,333	controle	5	2,800
	autoestima-baixa		4	2,000	cultura	4	3,00
	covardia		3	1,000	desvalorização	4	2,500
	dependência		4	1,500	mulher	9	2,999
	injustiça		3	2,000	sofrimento	3	2,667
	machismo		3	2,000			
	prevalência		3	1,333			
	submissão		5	1,667			
	álcool		3	1,667			
		OME < 2,4			OME ≥ 2,4		
		Quadrante 3			Quadrante 4		
		Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
	ciúmes		2	1,000	crime	3	3,000
	fragilidade		2	1,500	ato-grave	2	5,000
					desrespeito	2	2,500
					drogas	2	3,000
					educação	2	2,500
					medo	2	3,000
					preconceito	2	3,000

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 6 – Centralidade dos termos evocados no grupo dos **profissionais da saúde** que atuavam nas **equipes de ESF**, em resposta ao estímulo “Palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher”.

O possível núcleo central das representações deste grupo estão no **quadrante superior esquerdo** (Quadrante 1), expresso pelas evocações relacionadas à qualificação da mulher como a *dependência*, *autoestima baixa* e

submissão; pela qualificação do homem nos vocábulos *covardia* e *machismo* e; pelo entendimento de que esse tipo de violência é frequente, injusto e relacionado ao uso do *álcool*.

A periferia da representação localizada no **quadrante inferior direito** (Quadrante 4) foi expresso, por *desrespeito*, *medo*, *preconceito*, *drogas*, *educação* e *crime*. Os possíveis elementos intermediários, localizados nos quadrantes **superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3), apresentam, mais uma vez, os aspectos relacionados à *desvalorização* da mulher e ao *controle* masculino sobre o corpo feminino, traduzido pelo *ciúmes*, culturalmente aceito como expressão do “amor”.

As evocações também podem indicar que, para este grupo, a representação da VCM, é entendida como sofrimento e está relacionada à dependência e à submissão da mulher.

Discussão e análise das evocações

Inicia-se a discussão com a apresentação do Quadro síntese (Quadro 7) com os possíveis núcleos centrais e elementos periféricos dos participantes, considerando cada grupo separadamente.

Na análise do núcleo central e dos elementos periféricos, **do universo de todos os entrevistados**, pode-se inferir que a representação da VCM está voltada à culpabilização da mulher, sendo o uso de drogas evocado como um dos principais fatores envolvidos. Nessa perspectiva, o fato de a mulher ter baixa-estima e “submeter-se” à condição de *submissão* e *dependência* (seja econômica ou emocional), pode ser entendida como responsabilização individual, isto é, está vivendo situação de violência porque “quer”, o que reforça o dito popular “em briga de marido e mulher não se mete a colher” ou ainda “tem mulher que gosta de apanhar”. Portanto, os profissionais de saúde em muitas situações ficam de “mãos amarradas”, expressão utilizada por muitos, que será discutida no capítulo 8.

Nessa perspectiva, “as mãos amarradas” podem revelar que esses

profissionais estavam ancorados na visão biologicista associada às culturas de gênero e de classe que atravessavam suas percepções sobre a violência contra a mulher⁽⁸⁶⁾. Também podem representar que não se responsabilizam pelo problema e o entendimento de que isso não é problema “nosso”, de saúde, é de “outra ordem”.

Participantes	Núcleo Central	Elementos Periféricos
Universo de todos os entrevistados 20 enfermeiras 20 médicas(os)	agressão agressão-física ciúmes covardia dependência machismo submissão	apoio desvalorização drogas educação falta-resolutividade preconceito sociedade sofrimento
Enfermeiras 20 enfermeiras	agressão agressão-física agressão-verbal desvalorização emocional injustiça machismo submissão	impotente marcante medo
Médicas (os) 7 homens 13 mulheres	ciúmes covardia dependência submissão álcool	falta-resolutividade humano preconceito sociedade
Profissionais das UBSs 8 enfermeiras 8 médicas	agressão ciúmes sociedade submissão	falta-resolutividade
Profissionais equipes ESF 12 enfermeiras 7 médicos 5 médicas	agressão autoestima-baixa covardia dependência injustiça machismo prevalência submissão álcool	ato grave desrespeito crime drogas educação medo preconceito

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 7 – Quadro síntese do possível núcleo central e elemento periférico de cada grupo: enfermeiras, médicas (os), profissionais que atuavam na ABS.

A **formação profissional**, quando analisada separadamente, indica que as representações da VCM têm constituição diferente. Para as **enfermeiras**, o núcleo central foi constituído pelas evocações relacionadas às *agressões*, *desvalorização*, *injustiça* e *submissão* e, o *medo* destacou-se como elemento periférico. Portanto a representação ficou voltada à qualificação da mulher e ao sentimento de medo, que,

como já foi referido, pode estar relacionado às mulheres ou ao medo do enfrentamento e responsabilização pelo “diagnóstico” da violência contra mulher como demanda nos atendimentos. Ressalta-se que esse grupo foi constituído exclusivamente por mulheres.

Nesse sentido, resultados de outra pesquisa⁽⁹¹⁾ em UBSs, que abordou concepção de enfermeiras sobre as mulheres vítimas de violência, apontou que o medo é um dos fatores que impede a mulher de revelar claramente a situação ao profissional de saúde, mas também está relacionado ao despreparo profissional para identificar, atuar nesses atendimentos e responsabilizar-se pela identificação da violência como um problema de saúde.

Já, no grupo da **profissão médica** as representações foram sob a ótica de homens e mulheres. O possível núcleo central foi constituído por elementos que indicam as causas da agressão, como o *ciúme* e o *álcool* e qualificam o agressor como covarde. Os possíveis elementos periféricos *educação, preconceito e sociedade e falta de resolutividade*, apontam para a responsabilização social da VCM, excluindo o problema da Área da Saúde. Nesse caso pode-se pensar como se dá a “intervenção terapêutica” ou a “omissão da ação”, por se tratar de outra esfera de responsabilização.

As representações sociais deste grupo de profissionais restringem o problema da violência ao “descontrole” do homem por ciúme, covardia ou pelo uso do álcool, transferindo o problema para a responsabilidade de outros serviços, como redes de apoio e para as próprias mulheres. De certa forma essa conduta reconhece esses elementos como parte de certo tipo de comportamento masculino tolerável pela sociedade e pela qual não se tem o que fazer e que também foi identificada em outra pesquisa com profissionais da saúde da ABS de São Paulo, sobre suas percepções acerca da VCM por parceiros íntimos, nos atendimentos da demanda na ABS. Para eles o machismo, as condições econômicas, o alcoolismo e os antecedentes familiares de violência são as principais causas da VCM. Consideravam-se limitados para os atendimentos e encaminhavam as mulheres para os serviços especializados, mas também diziam que não se envolviam por medo de correr risco de morte⁽⁹²⁾.

O grupo de **profissionais** que atuavam nas **UBSs** foi constituído

exclusivamente por mulheres e o possível núcleo central formado pelas evocações *agressão, ciúme, submissão* e sociedade, sendo que o provável elemento periférico foi *falta de resolutividade*. Restringindo-se, assim, a VCM ao *ciúme* e à *submissão*, socialmente “entendidos” pelo senso comum como “algo que faz parte dos relacionamentos amorosos”, o homem ama tanto aquela mulher, que, por amor, ela se submete aos momentos nos quais ele “perde a cabeça”.

Para o grupo dos **profissionais** que atuavam nas equipes de **ESF**, o núcleo central foi formado por elementos que desqualificam a mulher (autoestima baixa, submissão e dependência), machismo associado ao álcool e como uma injustiça. Os prováveis elementos periféricos foram relacionados ao uso de drogas, crime, educação, medo e preconceito. Quando comparado com o grupo dos profissionais que atuavam nas UBSs, pode-se considerar que os que atuavam nas equipes de ESF parecem ter uma visão ampliada, pelas questões que envolvem a VCM, porém restrita ao âmbito social, educacional e jurídico. Isso que pode ser justificado pelo tipo de especialização que fizeram (a maioria na Área da ABS) e pelo tipo de envolvimento proposto pelo Programa de Saúde da Família, nos quais os profissionais, em especial da equipe médica, precisam estar envolvidos com atividades que vão além do atendimento da demanda clínica. Esses elementos podem indicar uma maior sensibilidade ao “sofrimento” das mulheres e tentativas de escapar da conduta da medicalização pura e simples desses eventos.

Entretanto, as representações dos profissionais apontam que tanto nas UBSs como nas equipes de ESF, a VCM, quando visibilizada, ainda é uma demanda implícita, ou seja, a primeira queixa é sempre outra, assim, não há o entendimento de que a violência é uma demanda da prática profissional no setor Saúde⁽⁹³⁾.

Também destaca-se que a violência é sempre associada à mulher e o agressor é (des)qualificado. É a mulher que é submissa, dependente e que esconde a agressão. É a vítima que provoca e essa lógica não recoloca a violência como ação de um sujeito, mas reverte a responsabilidade, culpabilizando a mulher.

Ressalta-se que a análise da evocação livre de palavras dos profissionais de saúde apresentada, buscou iniciar a reflexão sobre o tema, que será apresentada nos próximos capítulos, com abordagem qualitativa à luz do referencial das representações sociais de Moscovici⁽²²⁾. No capítulo 7, apresenta-se a análise lexical

das entrevistas com o *software* ALCESTE e, no capítulo 8, a análise das entrevistas, na perspectiva dimensional de Moscovici⁽²²⁾.

6.2 As evocações das mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde

A técnica da evocação foi a opção considerada adequada para identificar as representações das usuárias sobre a VCM, entre outros aspectos, pelas dificuldades em realizar entrevistas em profundidade em ambiente próprio e reservado, espaços pouco disponíveis nos serviços de saúde da região. Por outro lado, a entrevista no domicílio poderia ter a interferência dos demais moradores e do próprio agressor, nos casos daquelas mulheres que vivenciavam situações de violência.

Também aponta-se que “a conversa sobre o tema e as discussões”, que aconteciam em cada grupo depois da coleta dos dados, favoreceu a sensibilização para a desnaturalização da violência, desculpabilização da mulher e o entendimento dessas situações como um problema de saúde. Esse fato resultou, acredita-se, em contribuição desta pesquisa aos serviços estudados.

Cabe lembrar, que participaram do estudo 122 mulheres, 40,2% na faixa etária de 40 a 59 anos de idade. A mais jovem, com 15 e a mais velha, com 77 anos. Quanto ao estado civil 41,0% eram casadas/vivam em união estável, 37,7%, solteiras, 12,3%, separadas e 9% eram viúvas. Quanto ao número de filhos, 69,5% tinham de um a três filhos, 9%, quatro filhos, 13,9%, cinco filhos, 14,7%, de 6 a 14 filhos e 11,5% não responderam a questão.

Para a análise das evocações, utilizaram-se 5 elementos, entre questões e imagens-estímulo: 1ª) cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência; 2ª) cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher; 3ª) cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura (ANEXO 2); 4ª) cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada (ANEXO 2); 5ª) cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura (ANEXO 3). Ao final foi solicitado, para a participante

fazer um desenho de uma situação que represente violência na vida de uma mulher.

Essa última solicitação não foi atendida por todo o grupo. Optou-se por utilizá-la para ilustrar as análises e as discussões das evocações, as quais são apresentadas no final deste capítulo.

Primeira questão-estímulo: as evocações acerca da violência

Cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça quando, pensa em violência, foi a primeira questão-estímulo e teve como objetivo mobilizar elementos relacionados às representações sociais da violência, da qual resultaram 545 evocações, com 148 palavras diferentes. Os vocábulos mais citados, em ordem decrescente, constam no Quadro 8.

Evocação	Frequência	Evocação	Frequência
desrespeito	20	morte	12
brigas	19	violência	12
agressão	16	ódio	12
drogas	16	covardia	11
medo	16	agressão-física	10
raiva	16	maus-tratos	10
tristeza	16	criança	9
estupro	15	machismo	9
agressão-verbal	14	mulher	9
desamor	13	crudeldade	8
dor	13		

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 8 – Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo **“cite 5 palavras que lhe vêm a cabeça, quando pensa em violência”**.

Desrespeito e brigas foram as palavras mais citadas e 77 termos foram referidos uma única vez. Neste estímulo, apesar de relacionado à violência em geral, identificam-se evocações que indicam violência de gênero: *desrespeito*, *medo*, *desamor*, *dor*, *covardia*, *machismo* e *mulher*. Tais elementos podem ter sido influenciados pelo título da pesquisa, mas também estar ancorados na representação da VCM como “algo” naturalizado no senso comum. Nessa

perspectiva, a naturalização da VCM está arraigada a crenças sociais que a justificam, encorajam e perpetuam⁽⁹⁴⁾.

No “quadro de quatro casas” (QUADRO 9) apresentam-se os possíveis elementos que constituem o núcleo central, os sistemas periféricos e os intermediários, relacionados às evocações das usuárias.

OME < 2,9				OME ≥ 2,9		
Quadrante				Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
f ≥ 8	brigas	19	2,474	desrespeito	20	2,950
	agressão	16	2,563	agressão-verbal	14	3,286
	drogas	16	2,563	tristeza	16	3,000
	medo	16	2,250	estupro	15	3,133
	raiva	16	2,625	desamor	13	3,077
	dor	13	2,769	agressão-física	10	3,300
	morte	12	2,167	maus-tratos	10	3,400
	violência	12	2,750	criança	09	3,333
	ódio	12	2,833	machismo	09	3,333
	covardia	11	2,727	mulher	09	3,556
				crueldade	08	3,250
OME < 2,9				OME ≥ 2,9		
Quadrante 3				Quadrante 4		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
F ≥ 4 < 8	agressivo	7	2,571	maldade	7	3,000
	crime	7	2,429	humilhação	6	3,333
	horrrível	7	1,714	sofrimento	6	3,000
	ruim	7	2,286	família	5	4,000
	ignorância	6	2,000	marido	5	3,600
	violência-doméstica	6	1,833	agir	4	4,500
	álcool	6	2,167	depressão	4	3,000
	angústia	5	2,400	filhos	4	4,000
	espancar	5	1,800			
	matar	5	1,800			
	absurdo	4	1,750			
	ciúme	4	2,250			
	nervosa	4	2,000			
	paciência	4	2,500			
	indignação	4	2,250			
	insegurança	4	2,750			
	prevalhecimento	4	2,750			
	revolta	4	2,250			

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 9 – Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “**palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência**”.

A OME estabelecida pelo relatório *Ramgmot* foi de 2,91 e indica que os termos relacionados à **violência** foram evocados, em média, entre a segunda e a terceira palavras citadas. Totalizaram 148 vocábulos diferentes, sendo considerados, na análise, aqueles com frequência igual ou maior a 4, o que representou 75% das

evocações, com 47 elementos diferentes. Assim, o cálculo da frequência média, foi feito a partir da determinação da frequência mínima e é descrito no fim do Relatório *Ramgmot*, no Apêndice L.

Na análise do Quadro 9, no **quadrante superior esquerdo** (Quadrante 1) estão os elementos que indicam o provável **núcleo central**, por serem os mais prontamente evocados e com maiores frequências. Destaca-se que as evocações relacionadas à violência caracterizam o universo masculino, indicando que a violência é natural e faz parte “da vida dos homens”: *agressão, brigas, covardia, dor, drogas, medo, morte, raiva, violência, ódio*. O sentimento das mulheres é expresso, pelos vocábulos *dor, medo*. Também é possível identificar a qualificação do homem como *covarde* e o uso de *drogas*, justificando a violência.

No **quadrante inferior direito** (Quadrante 4) localizam-se as palavras com menor frequência, menos prontamente evocadas e consideradas, **elementos periféricos** que “estabelecem a interface entre o núcleo central e a realidade concreta na qual são elaboradas e funcionam as representações”^(71:591). Assim, a realidade concreta é traduzida pela violência que ocorre no espaço doméstico, envolvendo *marido família e filhos*, expressa pelo *sofrimento, humilhação e depressão*, o que provavelmente influencia para romper a relação que envolve violência.

Os **quadrantes superior direito** (Quadrante 2) e **inferior esquerdo** (Quadrante 3) são denominados **intermediários**. Nesses, as representações da violência estão expressas nas evocações *agressão* (verbal, física e sexual), *desrespeito, machismo, maus-tratos, tristeza e mulher* (Quadrante 2). Os sentimentos de *angústia, indignação, revolta e insegurança* são associados à qualificações da mulher, de uma espécie de “natureza feminina”, como os elementos *paciência e nervosa*. Já o homem é qualificado como *agressivo* e o elemento *ciúme* aparece justificando a violência (Quadrante 3), bem como, as reações de agressão respondem muitas vezes ao “nervosismo” feminino que lhes “tira” a paciência.

Cabe lembrar que os elementos intermediários interagem com o núcleo central, com os elementos periféricos e reforçam o sentido de ambos^(88,95). Portanto, a composição do quadro indica que as representações da violência aparecem no núcleo central com evocações relacionadas ao contexto social que envolve *mortes* e

uso de *drogas*, porém, nos elementos periféricos as representações são mais voltadas ao espaço doméstico, o que é reforçado pelos elementos intermediários.

A seguir, apresentam-se as evocações da segunda questão-estímulo.

Segunda questão-estímulo: as representações da violência contra a mulher

Do estímulo **cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher**, resultaram 558 vocábulos, dos quais 149 são palavras diferentes. No Quadro 10 são descritos os elementos mais frequentes desta questão-estímulo.

Evocação	Frequência	Evocação	Frequência
covardia	40	revolta	10
desrespeito	25	ajuda	9
machismo	21	bater	9
falta-amor	18	morte	9
mulher	15	covardia	9
raiva	14	abuso	8
humilhação	13	ciúme	8
brigas	13	dor	8
medo	10	sofrimento	8
não-deveria-acontecer	10	ódio	8
tristeza	10		

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 10 – Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo **“cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher”**.

Dentre as 149 evocações distintas, 79 palavras foram referidas somente uma vez, sendo que os vocábulos mais frequentes foram covardia, desrespeito e machismo, elementos, estes que, nas representações do senso comum acerca da VCM, caracterizam e explicam a violência de gênero. Enquete realizada pelo jornal O Globo Online sobre a VCM apontou que, para a maioria dos respondentes, o machismo ainda é muito presente, naturaliza as agressões perpetradas por marido ciumento e dificulta o enfrentamento do problema⁽⁹⁶⁾.

Os possíveis elementos que constituem o núcleo central, os sistemas

periféricos e os intermediários acerca das representações das usuárias sobre a VCM estão ilustrados no Quadro 11.

A OME estabelecida pelo relatório *Ramgmot* foi de 2,90 e indica que os termos relacionados à **violência contra a mulher** foram evocados, em média, entre a segunda e a terceira palavra citada. Totalizaram 149 vocábulos diferentes, sendo considerados, na análise, aqueles com frequência igual ou maior que 4, o que representou 76,3% das evocações, com 51 palavras distintas. O valor da frequência média foi 8 e seguiu os critérios já referidos e exemplificados no final dos Apêndices J e L.

f	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Quadrante 2			Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 8	covardia	40	1,700	desrespeito	25	2,920
	machismo	21	2,619	falta-amor	18	2,944
	raiva	14	2,857	mulher	15	3,133
	medo	10	2,600	brigas	13	3,538
	revolta	10	1,600	humilhação	13	3,100
	tristeza	10	2,692	não-deveria-acontecer	10	3,000
	ajuda	9	2,556	morte	9	3,111
	bater	9	2,556	ciúme	8	3,375
	ódio	8	2,000	dor	8	3,250
	abuso	8	2,500	sofrimento	8	3,125
	OME < 2,9			OME ≥ 2,9		
	Quadrante 3			Quadrante 4		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 4 e < 8	crueldade	7	2,714	agressão	7	3,571
	maus-tratos	7	2,000	cadeia	6	3,833
	prevalescimento	7	2,714	senvergonhice	6	3,667
	ruim	7	2,571	vergonha	6	3,833
	absurdo	6	2,500	depressão	5	3,600
	falta-compreensão	6	2,333	família	5	4,400
	impunidade	5	2,800	insegurança	5	3,200
	marido	5	2,000	miséria	5	4,400
	drogas	5	2,800	preconceito	5	3,200
	culpa	5	2,800	agressor	5	4,200
	afastar	4	3,500	bebida	4	3,000
	agressão-física	4	2,500	polícia	4	4,000
	denunciar	4	1,500	punição	4	4,250
	horrível	4	1,250	violência	4	3,000

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 11 – Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “**palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência contra a mulher**”.

No **quadrante 1** os possíveis elementos que constituem o **núcleo central** das representações da violência contra a mulher foram expressos pelas evocações explícitas de agressão física (*abuso, bater*), relacionadas ao *machismo* e à *covardia* e, traduzidas por sentimentos que transitam entre *revolta, raiva, ódio, medo* e

tristeza. Destaca-se que as menores OMEs são dos termos revolta e covardia, o que pode indicar que são as evocações mais representativas da VCM, para este grupo de usuárias dos serviços de ABS.

Os elementos do **sistema periférico**, localizados no **quadrante inferior direito**, representam a VCM como *senvergonhice* do *agressor* e o uso de *bebidas*, provavelmente justificando a violência. Também aparecem os vocábulos *depressão*, *vergonha*, *insegurança* e *preconceito* relacionados aos sentimentos das mulheres, associados à *punição*, *cadeia* e *polícia*.

Os possíveis **elementos intermediários** localizados nos **Quadrantes 2 e 3** expressam o cotidiano de *humilhação* e *desrespeito* vivido pela mulher em situação de violência, resultando de constantes *brigas*, tendo o *ciúme* como pano de fundo, representado por elas, como *falta de amor*, *dor*, *sofrimento* e *morte* (Quadrante 2).

No quadrante 3 a culpa aparece indicando que diante dos vários elementos que envolvem a violência entre parceiros íntimos, a culpabilização da mulher é presente no senso comum, seja por promover a *falta de compreensão* que motiva a agressão ou por não se *afastar* da relação violenta.

As mulheres que vivem em situação de violência, experimentam o estado constante de ameaça e medo, o que gera culpa e interfere na autoestima, muitas vezes, pela dificuldade de reagir, adotam estratégias de adaptação e sobrevivência, fazendo com que permaneçam, por muitos anos, em uma relação violenta⁽⁹⁷⁾. Esses elementos do universo consensual contribuem para ancorar a culpabilização das mulheres nas representações da violência de gênero.

As evocações da terceira questão-estímulo são apresentadas a seguir.

Terceira questão-estímulo: as representações da violência contra as mulheres, a partir de imagem estímulo

Utilizou-se a imagem da Figura 14 para estimular as evocações sobre a VCM, por considerar que os recursos gráficos são importantes na apreensão das representações sociais, sendo um meio de expressão e comunicação entre a

realidade interna e a externa⁽⁹⁸⁾, possibilitando a participante relacionar-se com a cena da figura apresentada.

No campo representacional, Moscovici ressalva que a palavra figura exprime “o fato de que não se trata somente de um reflexo, uma reprodução, mas também de uma expressão e de uma produção do sujeito”^(22:65).



Fonte: Frotté; Augusti, 1999, p.1⁽⁹⁹⁾.

Figura 14 – Imagem utilizada para estimular evocações acerca da violência contra a mulher.

Cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura foi a terceira questão-estímulo, da qual totalizaram 565 vocábulos, com 125 elementos diferentes. O termo tristeza foi citado 44 vezes e 58 palavras foram referidas somente uma vez. As evocações mais frequentes relacionadas a este estímulo estão listadas no Quadro 12.

⁹⁹ Para as oficinas com as mulheres, a cor do vestido da mulher que apóia a agredida, foi alterada para evitar que o branco induzisse a evocação do profissional da saúde.

Evocação	Frequência	Evocação	Frequência
tristeza	44	humilhação	14
ajuda	33	desespero	12
dor	23	pena	12
sofrimento	22	sem-rumo	11
agressão	21	desrespeito	10
crianças	17	espancada	10
filhos	16	machucada	10
mulher	16		

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 12 – Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 palavras que vêm à cabeça, quando vê esta figura” (FIGURA 14).

Tristeza, ajuda, dor, sofrimento e agressão foram as palavras mais citadas, traduzindo o sentimento de impotência diante da cena. Também podem indicar a possibilidade ou necessidade de *ajuda*, uma vez que mesmo entre as evocações mais frequentes, o elemento *ajuda*, não está incluído no provável núcleo central deste estímulo (QUADRO 13 – quadrante 1), ou seja, apesar de muito frequente, não foi prontamente evocado.

O relatório *Rangmot* estabeleceu o valor de 3,1 para a OME, indicando que as evocações acerca da VCM foram referidas, em média, entre a terceira e a quarta palavra citada. Dos 125 termos diferentes para a análise consideraram-se 37, que foram aqueles com frequência igual ou maior que 5, o que representou 75,4% dos elementos citados. Assim, para a construção do “quadro de quatro casas” seguindo os critérios já informados, as frequências mínima e média foram definidas em 5 e 11 respectivamente.

No Quadro 13 apresentam-se elementos que possivelmente constituem o núcleo central, o sistema periférico e os intermediários acerca da VCM, na perspectiva das usuárias dos serviços de ABS.

f	OME < 3,1			OME ≥ 3,1		
	Quadrante 1			Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 11	tristeza	44	2,682	ajuda	33	3,333
	dor	23	2,130	sofrimento	22	3,818
	agressão	21	2,619	criança	17	3,471
	mulher	16	1,688	filhos	16	4,375
	pena	13	1,692	humilhação	14	3,214
			desespero	12	3,333	
			sem-rumo	11	3,818	
	OME < 3,1			OME ≥ 3,1		
	Quadrante 3			Quadrante 4		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 5 e < 11	espancada	10	2,700	desrespeito	10	3,500
	machucada	10	2,300	amparada	9	4,000
	violência	9	2,444	angústia	9	3,444
	maus-tratos	8	2,500	baixa-estima	9	3,333
	marido	7	3,000	mãe	9	4,000
	vergonha	7	3,000	desilusão	8	3,625
	malvadeza	6	2,500	apoio	8	3,125
	revolta	5	2,000	medo	8	3,500
	apanhou	5	1,800	depressão	7	3,286
	braço-quebrado	5	2,400	magoadada	7	3,429
	choro	5	3,000	delegacia	7	3,286
				família	6	4,167
				abandono	5	3,200
			sozinha	5	4,000	

Fonte: Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 13 – Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura” (Figura 14).

O possível **núcleo central** é representado pelos elementos localizados no **quadrante 1**, expresso principalmente nas evocações *dor*, *mulher*, *pena* e *tristeza*. Enquanto a **periferia** da representação (Quadrante 4) é traduzida por atributos que qualificam a mulher em situação de violência, tais como, *baixa-estima*, *depressão*, *desilusão*, *angústia*, *desrespeito*, *medo*, *abandono* e *sozinha*; o amparo da família, em especial da figura da mãe indica significado importante para o enfrentamento do problema.

Os **sistemas intermediários**, **quadrantes 2 e 3**, reforçam as representações do núcleo central e da periferia. No quadrante 2 as evocações expressam o *sofrimento* e o *desespero* da mulher em situação de violência, a *humilhação* que a deixa *sem rumo* e a necessidade de ajuda para cuidar de si e dos seus filhos. Também se localiza neste quadrante a evocação *ajuda*, segunda mais frequente neste estímulo, o que pode representar que para as usuárias, ainda não está

definido o “quanto de ajuda” “merece” a mulher que vive em uma relação violenta.

O quadrante 3 apresenta atributos que explicitam ainda mais a agressão física (*apanhou, braço-quebrado, espancada, machucada*), expressam o sentimento de *revolta* e a *vergonha* pelos *maus-tratos* perpetrados pelo *marido*.

Na questão-estímulo anterior foi solicitado que a usuária citasse palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em VCM; neste terceiro estímulo a expressão “violência contra a mulher” foi substituída por “quando vê esta figura” (FIGURA 14). Portanto, é praticamente a mesma questão-estímulo, uma vez que a figura representa uma mulher que pode ter sido agredida.

Porém, o estímulo de evocação, usando a imagem de uma mulher “machucada” sendo apoiada por outra pessoa, parece ter possibilitado a mobilização de elementos entre a realidade interna e externa⁽⁹⁸⁾, que resultaram em representações da VCM mais explícitas no âmbito dos sentimentos envolvidos. Nesse contexto, uma das participantes evocou a frase “lembro do meu passado”, expressão que ficou invisibilizada dentre as demais evocações, mas que representa o quanto o problema da VCM é frequente e silenciado, ficando restrito ao âmbito doméstico e enfrentado individualmente por cada mulher.

Outra base explicativa é a carência de elementos linguísticos para expressar abstração que, no caso da imagem, potencializa-se com manifestações e associações mais ricas em detalhes e conteúdo explicativo do cenário.

Para o quarto estímulo, apresentado a seguir, foi utilizada a mesma Figura 14.

Quarta questão-estímulo: existe um lugar para onde pode ser levada uma mulher que foi agredida pelo companheiro íntimo?

A questão-estímulo “**cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada**” (Figura 15)^P, teve o objetivo de saber, em especial, sobre os “possíveis lugares” onde as mulheres pudessem

^P A imagem da Figura 15 é a mesma da Figura 16. Porém foi repetida com outra designação, para facilitar a leitura e por indicar evocações diferentes.

buscar auxílio para a resolução do seu problema.



Fonte: Frotté; Augusti, 1999, p. 1⁽⁹⁹⁾.

Figura 15 – Imagem utilizada para estimular evocações acerca do estímulo “cite 5 lugares que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada”.

As evocações deste estímulo totalizaram 353 vocábulos com 86 palavras diferentes. O termo delegacia-da-mulher foi referido 39 vezes e 44 palavras foram citadas somente uma vez. No Quadro 14 apresentam-se os elementos evocados com maior frequência.

Evocação	Frequência	Evocação	Frequência
delegacia-da-mulher	39	casa-da-mãe	15
abrigo	28	justiça	15
hospital	23	psicóloga	15
delegacia	16	polícia	12
ajuda	15		

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 14 – Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 lugares que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada” (Figura 15).

Os vocábulos mais frequentes foram *delegacia-da-mulher*, *abrigo* e *hospital*. Destaca-se que foi a primeira vez que as evocações das usuárias relacionaram o problema da VCM a um serviço de saúde. Tal fato foi estimulado pela imagem de uma mulher com o membro superior imobilizado indicando ferimento? Possivelmente, e representa que o papel predominante do serviço de saúde é de “tratar os ferimentos” resultantes da agressão física.

Para este estímulo a OME estabelecida no Relatório *Ramgmot* foi de 2,62 e indica que as palavras relacionadas à representação da imagem estímulo (Figura

15) foram evocadas, na média, entre o segundo e o terceiro vocábulo citado. Para a análise, dos 86 termos diferentes, foram considerados 23, por serem aqueles com frequência igual ou maior que 4, o que corresponde a 75,1% das evocações. A partir dessa definição foi realizado o cálculo da frequência média (11), para compor o “quadro de quatro casas”, no qual está localizado o possível núcleo central, sistema periférico e intermediário (QUADRO 15)

f	OME < 2,6			OME ≥ 2,6		
	Quadrante 1			Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 11	delegacia-mulher	39	1,487	abrigo	28	2,750
	hospital	23	1,739	ajuda	15	2,667
	delegacia	16	1,625	justiça	15	2,867
	casa-da-mãe	15	2,533	psicóloga	15	3,267
	polícia	12	2,083			
	OME < 2,6			OME ≥ 2,6		
	Quadrante 3			Quadrante 4		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 4 e < 11	pronto-socorro	10	2,000	família	10	3,200
	assistente-social	8	2,500	amiga	8	3,750
	maria-da-penha	8	1,750	apoio	7	3,000
	denúncia	7	2,000	agressor	4	3,000
	posto-saúde	5	2,600	conselho-tutelar	4	3,250
	médico	4	2,000	marido	4	3,750
				mãe	4	3,500
			terapia	4	3,500	

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 15 – Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada” (Figura 15).

O possível **núcleo central** localizado no **quadrante 1**, foi representado pelas evocações *delegacia*, *delegacia da mulher* e *polícia* indicando que a VCM é um caso de polícia; o hospital, como já foi referido, provavelmente está ligado ao tratamento das lesões físicas, e a *casa-da-mãe* é representada como um “lugar seguro”.

No **quadrante 4** localiza-se a **periferia** das representações, relacionadas ao local para onde uma mulher em situação de violência pode ser levada. As evocações alternaram entre a *terapia*, *apoio de amiga*, da *família* e da *mãe*, que apareceu como figura de destaque. Porém, o provável *marido agressor* também foi evocado, o que leva a pensar na possibilidade de a mulher retornar para casa, “dar uma chance” a si e ao marido e, em “nome dos filhos” tolerar mais uma vez as situações que envolvem as agressões, para manter a “família unida” e para os filhos não

crecerem sem a presença de um pai. Essas representações estão ancoradas no universo consensual, marcado pelo poder do homem sobre a mulher e os filhos e pelo respeito que a figura paterna impõe, nesse sistema de valores de gênero.

No universo simbólico das classes populares, a figura da autoridade paterna ainda ocupa lugar de destaque, uma vez que a casa é o espaço feminino e a representação da autoridade familiar, o masculino. Nessa disposição, cabe à mulher os cuidados com os filhos e a realização de tarefas doméstica; assim, a família é o espaço do homem, do provedor⁽¹⁰⁰⁾, do pai que tem a autoridade sobre a mulher e os filhos, cuja ausência pode representar uma família incompleta, sem comando, sem um homem para impor respeito.

Os **sistemas intermediários**, quadrantes 2 e 3, reforçam a representação da VCM como caso de polícia com as evocações *justiça* (quadrante 2) e *Maria da Penha* (quadrante 3). Também, pela primeira vez são evocados profissionais de saúde, cada um com sua função definida, a psicóloga associada à *ajuda* e ao *abrigo* (quadrante 2); a assistente social envolvida com as questões “sociais” da denúncia; e, o *médico* associado ao *posto de saúde* e ao *pronto socorro*, local onde são tratados os ferimentos decorrentes da agressão.

As evocações resultantes deste estímulo apontaram que nas representações das usuárias acerca do lugar para onde pode ser levada uma mulher em situação de violência, estão ancoradas em instituições de justiça e na busca de um local seguro como abrigos e a casa da mãe. Portanto, ao campo da saúde fica restrito o tratamento das feridas físicas, o que representa que as usuárias não vêm os serviços de ABS como espaços de proteção e de sustentação no enfrentamento integral do problema da violência.

Quinta questão-estímulo: as representações das mulheres em situação de violência com muitos filhos e dependência econômica

A questão-estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura” (Figura 16) teve o objetivo de conhecer representações das usuárias acerca

da VCM, em especial em relação àquelas que estão em situação extrema, com muitos filhos e dependentes do marido/companheiro. Para tanto, respaldou-se em resultados de pesquisa realizada com usuárias da ABS, que apontou para o fato de que as mulheres em situação de violência foram as que tiveram maior número de filhos e de abortos⁽¹⁰¹⁾. Para essas mulheres, o elevado número de filhos está relacionado à dificuldade de poder controlar o momento das relações sexuais e o uso de método anticoncepcional⁽¹⁰²⁾.



Fonte: Francisquetti e Mazoni, [199-], p. 18⁽¹⁰³⁾.

Figura 16 – Imagem utilizada para estimular evocações do estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura”.

As evocações deste estímulo resultaram em 507 vocábulos, dos quais 114 são palavras diferentes. Os elementos *abandonada* e *filhos* foram referidos 33 vezes cada um e 52 termos foram evocados somente uma vez. No Quadro 16 apresentam-se os elementos citados com maior frequência em ordem decrescente.

Evocação	Frequência	Evocação	Frequência
abandonada	33	sozinha	16
filhos	33	família	15
tristeza	25	mulher	15
sem-rumo	24	indo-embora	13
ajuda	21	crianças	12
sofrimento	17		

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 16 – Evocações mais citadas pelas usuárias da ABS, em ordem decrescente, relacionadas ao estímulo “cite 5 palavras que vêm à cabeça quando vê esta figura” (Figura 16).

As palavras mais citadas foram *abandonada*, *filhos*, *tristeza* e *sem rumo*, evocações que representam mulheres que se encontram “aprisionadas” a uma relação violenta, dependentes e submissas ao companheiro e, além disso, são responsáveis pelos cuidados e sustento dos filhos, cujas gestações, na maioria das vezes, ocorreu por perda do poder de decisão sobre seu corpo. Ainda se poderia argumentar por dificuldade pessoal de articularem suas próprias vidas em face dos universos de atribuições e sofrimento, entre outros.

Neste estímulo, os possíveis elementos que constituem o núcleo central, os sistemas periféricos e os intermediários acerca das representações das usuárias relacionadas à Figura 16, são apresentados no Quadro 17.

f	OME < 3			OME ≥ 3		
	Quadrante 1			Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 11	abandonada	33	2,212	filhos	33	3,212
	tristeza	25	2,750	sem-rumo	24	3,375
	sofrimento	17	2,294	ajuda	21	3,429
	sozinha	16	2,563			
	família	15	2,867			
	mulher	15	2,200			
	indo-embora	13	1,846			
	crianças	12	2,800			
	OME < 3			OME ≥ 3		
	Quadrante 3			Quadrante 4		
	Palavra	F	OME	Palavra	f	OME
≥ 4 e < 11	mãe	9	2,111	marido	10	3,400
	abrigo	8	2,500	agressão	9	4,444
	planejamento-familiar	8	2,875	homem	9	3,667
	desamparo	7	2,857	pobreza	9	3,000
	miséria	7	2,143	desrespeito	8	3,000
	muitos-filhos	6	2,500	fome	8	3,250
	expulsa-casa	5	1,000	medo	8	4,000
	nervosa	5	2,600	sem-casa	8	4,000
	rua	4	2,500	desespero	7	3,714
				apoio	6	4,167
				falta-apoio	6	3,000
				agonia	4	4,250
				infeliz	4	3,750
			depressão	4	4,250	
			desemprego	4	4,750	

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 17 – Centralidade dos termos evocados pelas usuárias da ABS, em resposta ao estímulo “cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando vê esta figura” (Figura 16).

A OME estabelecida pelo relatório *Ramgmat* foi de 3,03 e indica que os

termos acerca da VCM evocados a partir da figura-estímulo (Figura 16), foram citados, na média, entre terceira e a quarta palavra evocada. Totalizaram 114 vocábulos diferentes, sendo considerados na análise aqueles com frequência igual ou maior a 4, o que representou 76,3% das evocações, com 35 palavras distintas. Assim, para a construção do “quadro de quatro casas” as frequências mínima e média foram definidas em 4 e 11 respectivamente.

No **Quadro 17**, o provável **núcleo central** (quadrante 1) é constituído por elementos que expressam a solidão vivida pelas mulheres em situação de violência: *abandonada, sozinha, tristeza, sofrimento*, sendo que as evocações *indo embora, crianças e família*, indicam que o problema da VCM é amplo e atinge toda a família. Nessa perspectiva, a evocação *ir embora* teve a menor OME, ou seja, foi a mais prontamente referida, e pode indicar tanto a “libertação” da mulher com o rompimento da relação violenta, mas também representar o “fracasso” na sua função de mulher e de mãe.

Os possíveis **elementos periféricos** (quadrante 4) traduzem a dependência econômica da mulher como *desemprego, fome e sem-casa*; expressam *agonia, depressão, desespero, medo e infeliz*, sentimentos que contribuem para imobilizar ações de reação, o que reforça a submissão ao poder masculino. Também representam a falta de apoio e a violência de gênero com desrespeito do homem/marido em relação à mulher.

Os **elementos intermediários** reforçam a situação de vulnerabilidade na qual a mulher se encontra: *sem rumo, ajuda e filhos* (quadrante 2), *desamparo, expulsa de casa, abrigo e miséria* (quadrante 3). Porém, também identifica-se a culpabilização da mulher por ter *muitos filhos* e por não fazer *planejamento familiar*. Representação ancorada no entendimento de que é dever da mulher gerar filhos, porém também é sua a responsabilidade de limitá-los, mesmo que a decisão do quantitativo, seja, muitas vezes, definida pela autoridade do homem.

Nesse sentido, a limitação do número de filhos por incapacidade de cuidado e sustento, também pode ser entendida como frustração e fracasso. Fonseca^(83:31) ressalta que nas classes populares a imagem “da mulher gira quase que exclusivamente em torno de suas tarefas domésticas: [...] ela deve ser mãe devotada e uma dona de casa eficiente. As mulheres se orgulham muito da

maternidade”. Portanto, “abrir mão” desse orgulho pode representar uma punição para aquelas que não conseguem dar conta do seu “papel de mulher” de “dar filhos a um homem”.

Desenhos “induzidos pela palavra violência” – o que dizem?

Os desenhos apresentados na sequência representam a violência na vida de uma mulher, segundo as usuárias participantes da pesquisa.

Dentre as 122 mulheres que participaram da pesquisa, 85 responderam a questão que solicitava a realização de um desenho, representando a violência na vida de uma mulher.

Optou-se por apresentar algumas imagens, que ilustram as representações até aqui apresentadas. Também são incluídas nesta análise, elementos que não apareceram no núcleo central das evocações, e que foram recorrentes nos desenhos, como por exemplo, uso de álcool e agressão na gestação.

Na análise das evocações, não foi possível comparar os aspectos geracionais, pois o número de adolescentes e idosas foi pequeno, 10 e 15 participantes, respectivamente. Entretanto, a partir das imagens da violência expressa pelas mulheres, é possível fazer algumas reflexões acerca da influência geracional nesses eventos.

Dentre as 15 mulheres com idade acima de 60 anos, 10 responderam à questão estímulo e os desenhos ilustram cenas de violência envolvendo casais, incluindo crianças e bebês. A violência no período gestacional também foi representada por uma delas, expressa na Figura 17.

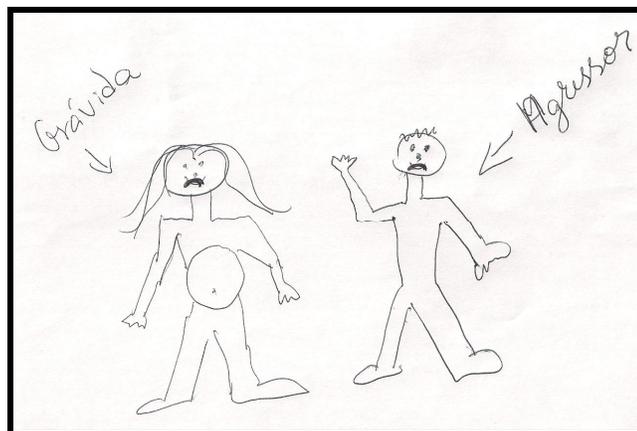


Figura 17– M36 60 anos

Outra representação que merece destaque entre as mulheres acima dos 60 anos de idade é a “vontade/decisão” de “ir buscar os direitos”. Ilustrando que passou a vida “convivendo” em uma relação violenta, que está expresso na Figura 18.



Figura 18 – M91 60 anos

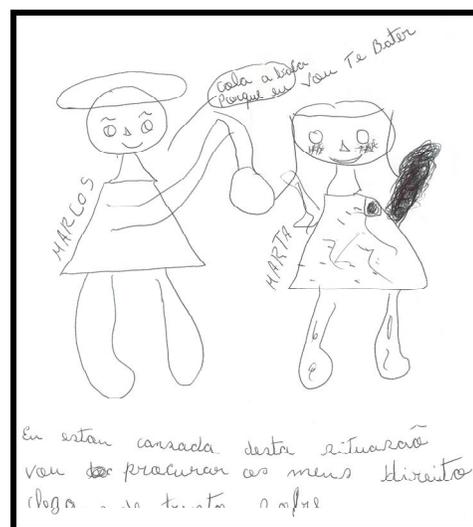


Figura 19 – M101 36 anos

Destaca-se que as figuras 18 e 19 parecem terem sido desenhadas pela mesma pessoa, o que é provável, pois são mulheres que participaram do mesmo grupo. Entretanto, tiveram o cuidado de nomear os “atores” das cenas com nomes diferentes, marcando que são diferentes mulheres e histórias próximas de violência, o que pode indicar duas gerações vivendo o mesmo momento em um cenário parecido e sentindo a mesma vontade de romper com a relação violenta.

As representações nas imagens desenhadas pelas 10 adolescentes foram de cenas expressando morte, violência de gênero e de subordinação da mulher ao homem, como ilustra a figura 20.

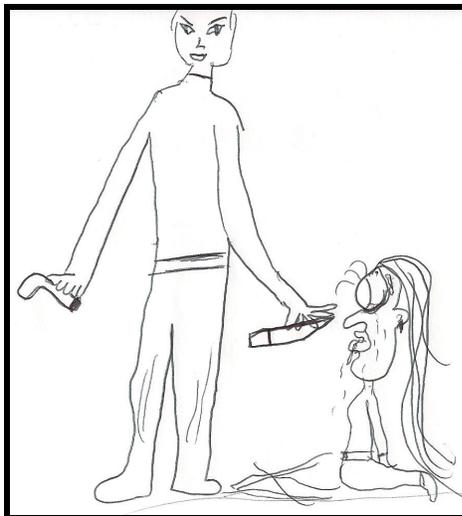


Figura 20 – M74 16 anos

As cenas representando violência de gênero, também traduziram a expressão de sofrimento e as marcas físicas no corpo, sendo que em um dos desenhos a mulher não tinha rosto, representando uma imagem de pessoa disforme (Figuras 21, 22 e 23).



Figura 21 – M100 25 anos



Figura 22 – M10 21anos



Figura 23 – M25 62 anos

Destacam-se, também, as imagens representando vergonha e agressão

verbal nas Figuras 24 e 25 e, o álcool como elemento desencadeante da agressão expresso nas Figuras 26, 27 e 28.

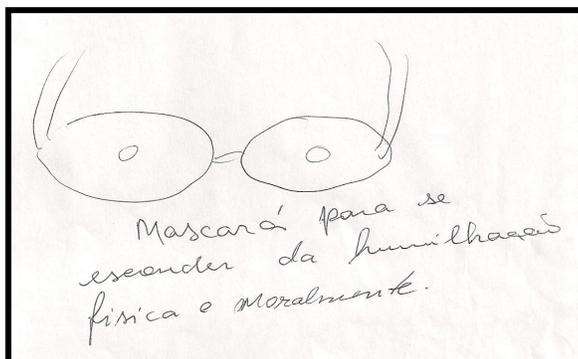


Figura 24 – M46 41anos



Figura 25 – M30 54anos

Porém, em relação ao consumo de álcool, os contextos relacionados a ele são diferentes para as mulheres jovens e para as adultas. As jovens representaram o álcool como único elemento ou dividindo a cena com o “casal”, enquanto as mulheres adultas incluíam o álcool como elemento causador da agressão individual e responsável pela negligência do homem no sustento da família. Essa imagem separa e vitimiza a família, estando os filhos incluídos na cena e nas consequências.

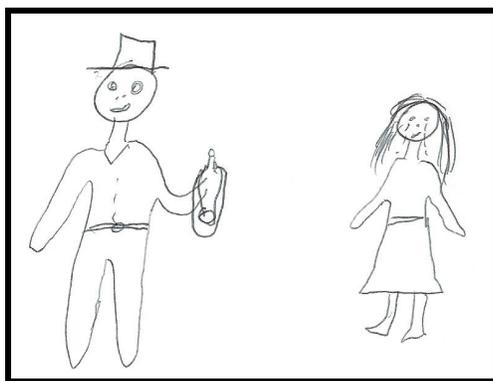


Figura 26 – M86 29 anos

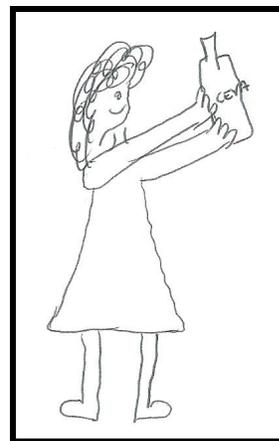


Figura 27 – M54 21 anos

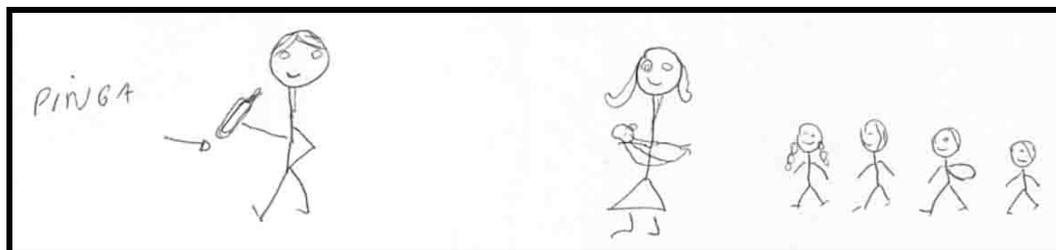


Figura 28 – M18 45 anos

As queixas de mulheres relacionadas à irresponsabilidade do homem no sustento dos filhos, foi relatada por Fonseca⁽⁸³⁾ em pesquisa com um grupo de população de baixa renda, de uma vila de Porto Alegre. A pesquisadora explica que como muitos homens enfrentam o mesmo dilema de não ter como sustentar a família, no bar eles tentam “esquecer suas obrigações familiares e juntos bebem o dinheiro destinado às compras/provisões”^(83:31).

Portanto, entre os homens existe a cultura de dividir “as alegrias e os bons momentos com os amigos”, enquanto cabe a mulher aguardar pacientemente que a “vida melhore”, situações essas que são agravadas quando envolvem, além da negligência, a violência de gênero.

Diante das representações expressas nas evocações analisadas, identifica-se que a violência é um problema presente em todas as faixas etárias, sendo que a partir da idade adulta é agravado pelo frequente aumento do número de filhos, em especial, para as mulheres que não conseguem romper a relação violenta e, para sobreviver elaboram estratégias “para continua levando a vida”.

Destaca-se que tanto na análise das evocações, por meio de palavras (escritas) quanto nas imagens (desenhos), em nenhum momento as usuárias incluíram os serviços de saúde como elemento de acolhimento das suas necessidades, para além do tratamento das lesões físicas, resultados das agressões. Pode-se analisar que a ABS não se constitui em espaço protetivo e não contribui para configurar o campo institucional da Saúde Pública na perspectiva da atenção integral esperada no enfrentamento das situações que dão formas e perpetuam a violência como um evento “banal” na vida das mulheres usuárias.

7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A PARTIR DOS ATENDIMENTOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ABS: ANÁLISE LEXICAL DAS ENTREVISTAS

Neste capítulo apresenta-se a representação social da violência contra a mulher sob a ótica dos profissionais de saúde, a partir da análise das entrevistas, realizada com auxílio do programa Alceste (*Analyse Lexicale par Contexte d'u Ensemble de Segments de Texte*), descrito no capítulo 4 e no Apêndice I.

Como já foi mencionado, a análise com o software ALCESTE, foi constituída por 2 *corpus*. O primeiro, denominado “Visibilidade”, analisado de modo comparativo (análise por contraste entre modalidades de uma variável) que se refere às representações sobre a visibilidade da violência contra a mulher, na perspectiva dos profissionais, considerando: a faixa etária, a profissão e a formação especialista/residência. A análise deste *corpus* associada, a da evocação das acerca da VCM buscou subsidiar a construção um perfil das representações de cada grupo profissional, apresentada antes da análise do segundo *corpus*.

O *corpus* “Atendimento” foi o segundo analisado pelo ALCESTE e buscou investigar o que os profissionais pensam a respeito dos atendimentos às mulheres em situação de violência, na demanda da Atenção Básica de Saúde (ABS). A análise deste *corpus* seguiu a classificação hierárquica descendente e subsidiam elementos para a construção da análise dimensional, proposta por Moscovici⁽²²⁾, apresentada no capítulo 8.

Para essas análises referidas, seguiram-se principalmente, as orientações de Camargo⁽⁷⁹⁾, Oliveira, Gomes e Marques⁽⁷⁸⁾, Kronberger e Wagner⁽¹⁰⁴⁾.

7.1 Visibilidade da violência contra a mulher na demanda dos atendimentos da ABS

Com este corpus busca-se contribuir para a construção de um perfil

profissional a partir da identificação das representações sociais da visibilidade da violência contra a mulher, na perspectiva dos atendimentos profissionais.

As perguntas que orientaram a produção do material textual foram algumas questões das entrevistas com os profissionais (APÊNDICE D): 6) no seu dia a dia de trabalho atende mulheres em situação de violência (agredidas por (ex) companheiro, (ex) marido)?; 7) Como identifica essas situações? Considera possível identificar a mulher em situação de violência pela avaliação clínica (queixas, exame físico), quando não há a informação da agressão? 9) Como descreve a atitude dessas mulheres frente à situação de violência? Como se comportam no atendimento? Fazem referência ao agressor? Solicitam ajuda? Denunciam ou demonstram disposição de denunciar o agressor à polícia?

O *corpus* foi analisado por contraste entre variáveis (profissão, formação especialista/residência e faixa etária) e não foi possível comparar quanto ao sexo dos participantes, porque, dos 40 profissionais, 82% (33) são mulheres, o que inviabiliza a possibilidade de análise comparativa.

Ressalta-se que a análise não corresponde a uma classificação hierárquica descendente (CHD), mas à compreensão das diferenças identificadas no *corpus*, em função das variáveis citadas. Para este *corpus* o programa gerou um relatório para cada variável.

Primeiro apresenta-se o resultado de cada análise comparativa e, a seguir, faz-se a análise da discussão do conjunto das variáveis, relacionando com os resultados apresentados na caracterização dos profissionais (Capítulo 5) e com os da análise das evocações (Capítulo 6).

7.1.1 Análise, por contraste, considerando a profissão do participante

As respostas dos profissionais de saúde referentes à visibilidade das usuárias em situação de violência, atendidas na demanda da ABS, foram provenientes das 40 entrevistas realizadas. Após a divisão feita pelo programa Alceste, foram originadas 424 Unidades de Contexto Elementar – UCEs (95.71%),

destas 197 (44.47%) são respostas das enfermeiras e 227 (51.24%) das (os) médicas (os), indicando que houve maior conteúdo verbal para a profissão médica.

A seguir, no Quadro 18 apresentam-se as palavras/radicais e variáveis características de cada grupo profissional.

Palavras características nas respostas das enfermeiras			Palavras características nas respostas das (os) médicas (os)		
Palavra/Radical	F	X ²	Palavra/Radical	F	X ²
quer+	26	3.77	queixa	39	3.10
conversar	25	8.35	comec+	24	2.73
medo	24	6.46	relac+	24	2.73
filhos	20	2.88	paciente	23	5.74
companheiro	19	2.96	consegue	21	4.46
criança	14	5.93	família	18	4.71
posto	13	5.01	tentar	16	4.56
comum	11	3.32	física	15	6.71
muita	11	3.32	agressão-física	14	5.84
sent+	11	3.32	abordar/abordagem	14	7.71
drogas	11	4.51	clínica	13	6.86
deve	10	8.97	ideia	9	5.47
apoio	9	7.80	limite	9	3.63
informação	9	4.04	saúde_mental	8	4.62
vínculo	6	7.01	melhor	6	2.96
desabafar	6	4.41	ansiedade	6	2.96
vergonha	5	5.83	veio	4	4.41
Variáveis características	F	X²	Variáveis características	F	X²
sex_1: feminino	197	64.22	sex_2: masculino	63	64.22
ida_2: idade ≥ a 40 anos	132	11.59	ida_1: < de 40 anos	112	11.59

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 18 – Palavras características para cada profissão e variáveis mais associadas a cada grupo. *Corpus* visibilidade: análise, por contraste, das profissões.

No Quadro 18, considerando as variáveis próprias ao grupo das enfermeiras, identifica-se que as suas representações sobre a visibilidade da violência contra a mulher é um olhar feminino de profissionais com idade ≥ a 40 anos e, estão pautadas em condutas voltadas a **apoiar**, **conversar**, estabelecer **vínculo** e **possibilitar** que a mulher **desabafe** sobre sua situação. Os elementos destacados podem ser ilustrados na fala da enfermeira:

*Elas sempre buscam um **apoio**, uma palavra, alguém que ouça. A maioria delas **quer** falar, **desabafar**, dizer o que está acontecendo. Sempre procuram uma pessoa amiga, que dê certa atenção, porque nem sempre na consulta médica dá tempo para expressar tudo o que*

querem. UCE 27. Enfermeira 2. ESF.

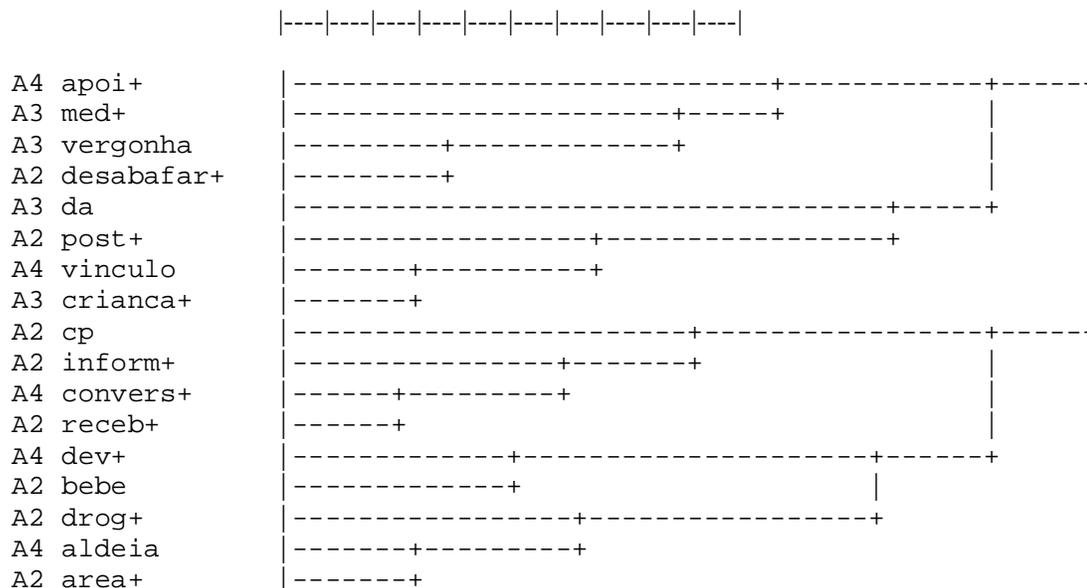
As enfermeiras também entendem que a dificuldade para a visibilização da violência é acentuada pelo fato de as mulheres esconderem a violência, por **vergonha**, e por **medo** de o **companheiro** ficar sabendo que procuraram a Unidade de Saúde.

*Ela tem consciência disso e acaba aceitando a agressão em troca do sustento da casa e dos filhos. Elas **sentem** muita **vergonha**, não falam, tem muita dificuldade.* UCE 186. Enfermeira 17. UBS.

Medo que vaze a informação, quando é na mesma comunidade, que o **marido** saiba que ela procurou a Unidade de Saúde. E muito sério muito importante, tanto que não recebo agressão aqui. UCE 189. Enfermeira 17. UBS.

Ressalta-se que mais uma vez aparece a usuária culpada, tanto por estar “aceitando” a situação de agressão, quanto por “esconder” a violência vivida, a tal ponto de o profissional não conseguir “identificar os casos”.

A seguir, na Figura 29 apresenta-se a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), que consiste no cruzamento entre as UCEs e as formas reduzidas características da mesma classe^(80:76). A análise indica a associação de palavras que constituem uma representação.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre

Figura 29 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo das enfermeiras. *Corpus* visibilidade: análise por contraste da variável profissão.

No dendograma da Figura 29 as palavras **CP^Q**, **informação**, **conversa** e **receber** estão associadas; o vocábulo **CP** também está ligado à palavra **apoio**, relacionada ao **medo**, **vergonha** e **desabafo**, o que indica, que para as enfermeiras, a coleta de **CP** é uma oportunidade para **conversar** e **informar** a usuária; é quando visibilizam as situações de violência, porque, depois que a mulher expressa a **vergonha** e o **medo**, ela consegue **desabafar** e contar os problemas da vida pessoal.

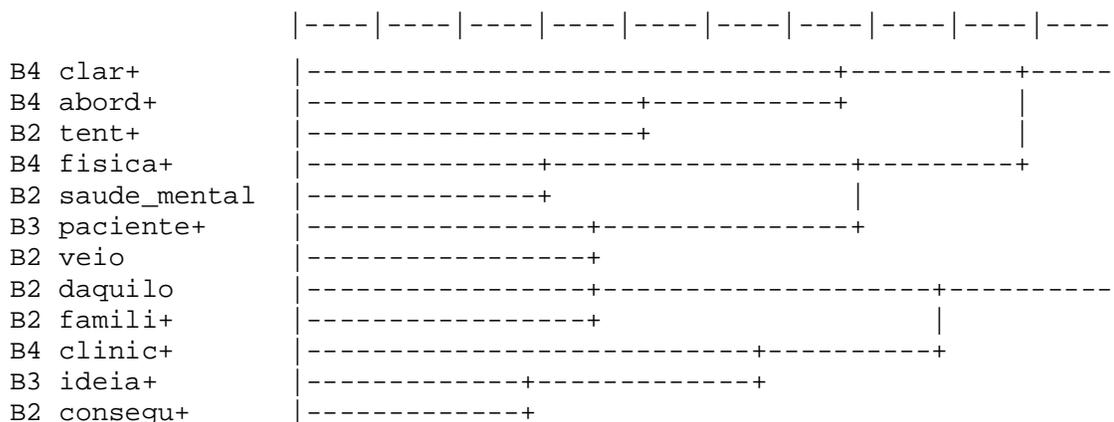
*Às vezes ela expressa, chega e fala, muitas vezes, na **conversa** durante a coleta de **CP** e no atendimento da Saúde à Mulher elas começam a falar de outras coisas, da vida pessoal, comentam o que está acontecendo e aí relatam... [...]. UCE 24. Enfermeira 2*

Seguindo a análise do Quadro 18, identifica-se que para o **grupo da profissão médica** as representações da violência e sua visibilidade são marcadas pelo número de participantes do sexo masculino deste grupo, com idade até 39 anos. Estão direcionadas à **abordagem clínica** que é **clarificada** quando **conseguem** identificar os sinais da agressão **física**. Também entendem que está relacionada a problemas familiares que envolvem a **saúde mental** comprometida da mulher e da **família**.

*Na violência_física a mulher chega chorando, conta toda a história, mostra as lesões e relata o caso. Quando a queixa é **ansiedade** já é mais complicado para exporem, até porque não identificam onde inicia esta relação patológica, até onde é normal e até onde os limites estão sendo extrapolados. UCE 379 Médico 15. ESF*

Portanto, a visibilização da violência é “possível” quando o profissional identifica sinais clínicos o que é ilustrado no dendograma da Figura 30, no qual as palavras **paciente**, **saúde mental** e **física** estão associadas, o que indica que a visibilização da violência está associada a sua patologização e representada por sinais físicos ou clínicos, quando relacionados ao comprometimento da saúde mental.

^Q Exame citopatológico para identificação precoce de câncer de colo do útero.



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre

Figura 30 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo da profissão médica. *Corpus* visibilidade: análise por contraste da variável profissão.

A palavra **física** também está ligada ao radial **clar+** (clara, claras, claro), que se associa aos vocábulos **abordagem** e **tentar**, reforçando que para a profissão médica, a representação da violência relativa à visibilidade é pautada nos “sinais e sintomas” (físicos ou psicológicos), ou seja, a ótica biologicista e a tentativa de fazer a abordagem clínica nesta perspectiva.

Comparando a visibilidade da violência contra a mulher entre o grupo das enfermeiras e o da profissão médica, pontua-se que, para as enfermeiras as representações estão voltadas às condutas de apoiar, deixar a mulher desabafar, conversar, informar, ou seja, são ancoradas na perspectiva do cuidado e de ações de orientação e educação para à saúde, ainda na perspectiva tradicional. Entretanto, as mulheres que não seguem as orientações e não rompem a relação violenta, são culpabilizadas e responsabilizadas por estarem nessa situação.

Para o grupo da profissão médica, destaca-se que, primeiro, o programa ALCESTE classificou mais as representações dos homens, mesmo sendo minoria no grupo ($X^2 = 64.22$. Vide Quadro 9)^R, o que pode indicar que suas respostas foram mais objetivas e tiveram maior significado no contexto do tema. Portanto, é “um olhar masculino” sobre a visibilidade da VCM nos atendimentos da ABS. Também estão no

^R O valor do X^2 expressa a força da associação entre cada palavra e sua classe. Quanto maior o valor, mais importante é a palavra para a construção da classe⁽¹⁰⁴⁾.

contexto das equipes de ESF, uma vez que todos os médicos deste estudo atuam nesses serviços. Apesar de ser um grupo de profissionais jovens, a maioria com formação de especialista na Área da ABS, as representações foram ancoradas na Medicina tradicional, biologicista, com ênfase nos sinais e sintomas na perspectiva da abordagem clínica tradicional. Reforça-se, portanto, que mesmo em uma posição diferenciada, como a das equipes de ESF, não se consegue romper com a abordagem calcada no diagnóstico e sua legitimidade biologicista, física, predominantemente, e patologizante. Questiona-se se é “tempo” de (re)construção de outras leituras, diagnósticos sensíveis a novos olhares sobre a processualidade do adoecer e do ter saúde.

7.1.2 Análise por contraste, considerando a formação de especialista

Considerando a formação ou não de especialista da Área da ABS, as respostas referentes à visibilidade das usuárias em situação de violência, atendidas na demanda da ABS, foram provenientes das 40 entrevistas, das quais, 26 profissionais eram especialistas na Área da ABS e 14 fizeram formação em outras Área ou ainda não eram especialistas.

Neste corpus após a divisão feita pelo programa Alceste originaram-se 443 UCEs (100%); destas 280 (63,21%) referem-se às respostas do grupo com formação de especialista na Área da ABS e 163 (36,79%), às respostas dos profissionais com formação de especialista em outra Área ou sem especialização. No Quadro 19 apresentam-se as palavras/radicais e as variáveis próprias de cada grupo profissional.

Palavras características profissionais com especialização na ABS			Palavras características profissionais sem especialização na ABS		
Palavra/Radical	F	X ²	Palavra/Radical	F	X ²
mulher+	89	5.44	med+	21	7.82
pod+	52	7.04	paciente+	19	7.56
sab+	31	6.03	denunci+	19	5.77
perceb+	17	5.89	filh+	18	9.71
normal+	16	5.32	diz+	17	5.46
abord+	15	6.66	continu+	9	4.70
sent+	15	4.76	sexual+	8	6.26
violent+	12	4.88	tens	8	4.73
receb+	8	4.74	apoi+	7	4.85
sofrendo	8	4.74	ameac+	6	5.11
lembr+	7	4.14	grupo+	6	5.11
			violencia_sexual	5	5.66
Variáveis características	F	X ²	Variáveis características	F	X ²
loc_1: ESF	234	152.15	loc_2: UBS	123	152.15
ida_1: ≤ 39 anos	168	76.58	ida_2: ≥ 40 anos	135	76.58
temp_1: atuam < 5 anos ABS	142	23.80	sex_1: feminino	155	18.34
sex_2: masculino	55	18.34	temp_2: atuam ≥ 6 anos ABS	112	15.81

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 19 – Palavras características para cada grupo de profissionais: especialista na ABS e sem especialização na Área. *Corpus* visibilidade: análise, por contraste, da variável especialização.

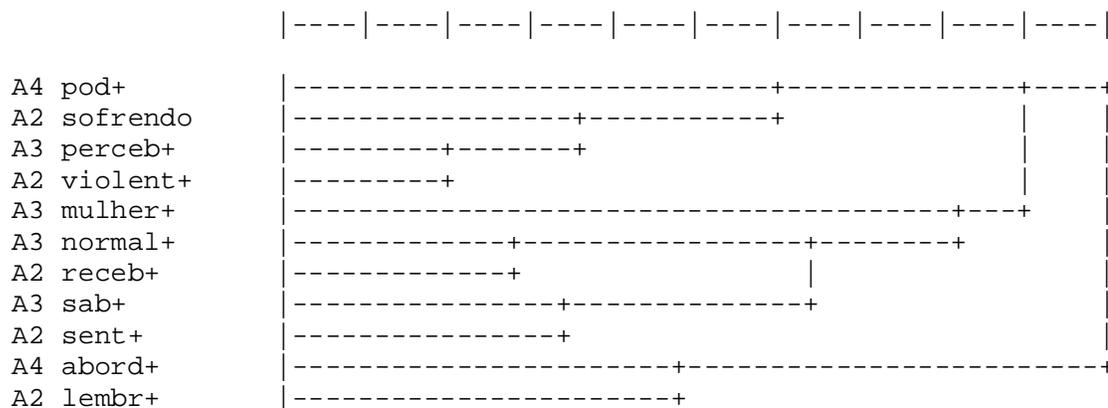
O grupo dos profissionais com especialização na ABS era caracterizado pelo sexo masculino, idade ≤ 39 anos, atuavam as equipes de ESF e tinham até 5 anos de experiência na Área da ABS. A representação da visibilidade da violência contra a mulher foi expressa, principalmente, pelas palavras **poder**, **abordar**, **saber**, **perceber**, **mulher**, **normal** e **sofrendo**, indicando que para eles era difícil visibilizar a violência, que também é entendida como problema **natural** na vida de determinadas mulheres, tanto que elas nem **percebem** que estão **sofrendo** violência.

*Muito difícil na primeira vez tu teres uma demanda. Muitas vezes até **podes** enxergar, tu vês, **percebes** no relato, vês que aquilo ali é um caso de violência, mas algumas vezes as mulheres nem tem noção de que estão sendo **violentadas**. UCE 219. Médico 2 ESF.*

Nessa perspectiva, o fato de o grupo ser caracterizado por profissionais jovens, do sexo masculino e com pouca experiência profissional na área, pode influenciar na representação da visibilidade da violência contra a mulher, no contexto da ABS.

No dendograma da Figura 31 apresenta-se a Classificação Hierárquica

Ascendente, com a associação de palavras/radicais que indicam a representação deste grupo.



Fonte: Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 31 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo com especialização na Área da ABS. *Corpus* visibilidade: análise por contraste da variável especialização.

Na Figura 31 a palavra **poder** está associada a **mulher**, **violentar**, **perceber** e **sofrendo**. O vocábulo **mulher** também está ligado à evocação **normal**, **receber** e **saber**, indicando que para este grupo de profissionais a representação da visibilidade da violência pode se entendida como “algo normal” na vida dessas usuárias. A palavra **poder** está associada ao conjunto de vocábulos e ligada à evocação **abordar**, sugerindo também que o profissional podia ou não optar pela abordagem que inclui a visibilização da violência. Portanto, ainda não é uma prática consensual para este grupo, o que é ilustrado na fala do médico.

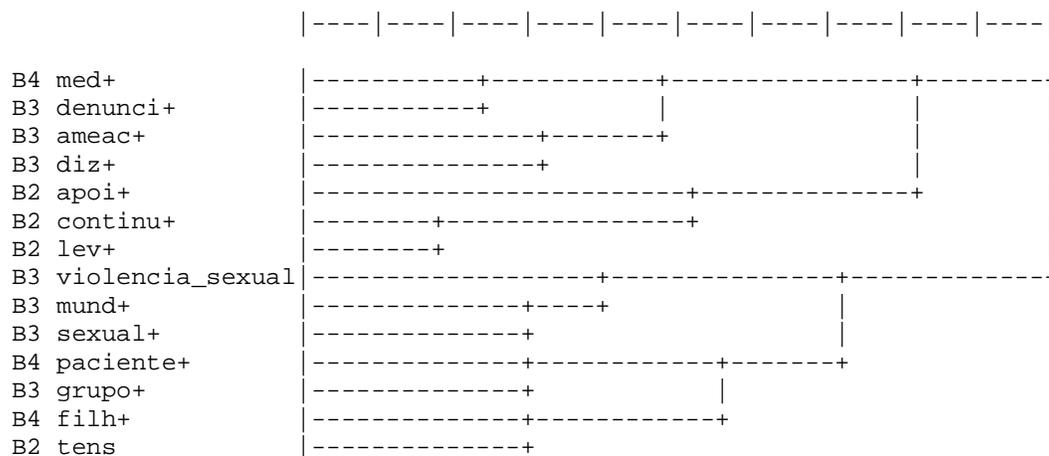
O principal reconhecimento é sintomático, querem parar de sentir dor, de ter depressão. Até identificar a violência demora mais. São poucas as mulheres que a gente vê buscando ajuda para saber como denunciar. UCE 373. Médico 14 ESF.

Em pesquisa já citada, realizada com alunos do Curso de graduação e residentes de Medicina, sobre os aspectos que envolvem a violência de gênero, foi identificado que havia mais conhecimento do problema e das condutas tomadas para esse enfrentamento, entre os que já haviam atendido casos de violência no Curso de graduação⁽¹⁰⁵⁾. Portanto, a formação e a experiência profissional, quando direcionadas aos eventos que envolvem o atendimento da demanda na ABS, podem favorecer a visibilização das mulheres em situação de violência, mesmo quando a

demanda é implícita. Nesse sentido, “acreditar ser papel do médico perguntar sobre violência de gênero” está associado ao conhecimento acerca do tema^(105:69).

Seguindo a análise do Quadro 19, identifica-se que o **grupo de profissionais sem formação de especialista na Área da ABS** era caracterizado por participantes com idade ≥ 40 anos, atuantes nas UBSs, do sexo feminino, com experiência profissional na Área há mais de 6 anos. Para elas, a visibilização da violência contra a mulher está representada, principalmente, por aspectos relacionados ao **medo, apoio, denúncia, ameaças** e a **violência sexual**.

O dendograma da Figura 32 apresenta a Classificação Hierárquica Ascendente, com a associação de palavras/radicais que indicam a representação deste grupo.



Fonte: Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 32 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo sem especialização na Área da ABS. *Corpus* visibilidade: análise, por contraste, da variável especialização.

Neste dendograma a palavra **medo** está associada às palavras **denúncia, ameaça, apoio e violência sexual**. Os vocábulos **paciente e filhos** também estão ligados à **violência sexual**. Portanto, pode-se inferir que as representações da visibilidade da violência, para este grupo, estão voltadas ao entendimento da violência como violação da mulher e abuso sexual das crianças. Nessa perspectiva, os problemas que envolvem a violência estão ainda mais invisibilizados e restritos à intimidade privada da família, excluindo, assim, a responsabilização do profissional de saúde na sua resolução.

Por outro lado, quando a mulher vitimada por violência sexual, busca os serviços da ABS, o problema é identificado sob olhar biomédico, que além de reconhecer a violência sexual pode diagnosticá-la e tratá-la⁽¹⁰⁶⁾, segundo protocolo do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁷⁾. Porém, mesmo diante de “um protocolo” de atendimento, estudos revelam que ao atenderem mulheres em situação de violência sexual os “profissionais que integram as equipes ESF definem sua atuação como de impotência paralisante que consideram como um reflexo da falta de organização do serviço para este fim”⁽¹⁰⁸⁾. Assim, representações relacionadas ao **medo** e à **denúncia** podem interferir no atendimento, principalmente, quando envolvem jovem vítima de abuso por familiar ou padrasto.

Ao comparar o grupo de profissionais com especialização na Área da ABS com o grupo que não é especialista nesta Área, pode-se dizer que as representações sociais da visibilidade da violência contra a mulher no contexto da ABSs são constituídas de elementos com enfoques diferentes, porém para ambos ainda é difícil, tanto a abordagem à usuária, quando a decisão sobre condutas adotadas. Também destaca-se a exclusão desses atendimentos como eventos cotidianos da demanda dos serviços.

7.1.3 Análise por contraste, considerando a faixa etária dos profissionais

As respostas referentes à visibilidade das usuárias em situação de violência atendidas na demanda da ABS, considerando a faixa etária dos profissionais, foram provenientes das 40 entrevistas, das quais 20 participantes tinham até 39 anos de idade e 20 estavam na faixa etária \geq a 40 anos.

Neste corpus, após a divisão feita pelo programa Alceste, foram originadas 443 UCEs (100%); destas, 196 (44,24%) referem-se às respostas do grupo com até 39 anos de idade e 247 (55,76%) às respostas dos profissionais na faixa etária acima de 39 anos.

No Quadro 20, a seguir, apresentam-se as palavras características para cada grupo profissional, considerando as faixas etárias \leq 39 anos e \geq 40 anos de

idade.

Palavras características dos profissionais da faixa etária ≤ 39 anos		
Palavra/Radical	F	X ²
marido	44	8.34
gente	41	6.92
perceb+	18	20.52
pens+	18	4.87
abord+	11	4.04
entr+	10	4.33
cultur+	9	4.73
ex_marido	7	6.18
violencia_fisica	7	6.18
exame+	7	4.19
aldeia	6	7.67
esper+	6	4.96
specific+	6	4.96
ciclo	5	6.37
ansiedade	5	4.96
Variáveis características	F	X ²
loc_1: ESF	177	120.63
esp_1: na ABS	168	76.58
temp_1: < 5 anos na ABS	114	37.77
sex_2: masculino	59	72.78

Palavras características dos profissionais da faixa etária ≥ 40 anos		
Palavra/Radical	F	X ²
fal+	49	6.63
med+	26	4.31
tenh+	20	5.02
vida+	15	4.33
encaminh+	13	10.63
lev+	13	8.87
continu+	12	5.36
cabeça	11	6.45
grande+	10	5.65
apoi+	9	4.86
atitude	8	6.46
principalmente	8	4.09
trat+	7	5.64
vínculo	6	4.83
conhec+	5	4.01
Variáveis características	F	X ²
loc_2: UBS	150	120.63
esp_2: outra area	135	76.58
temp_2: ≥ 6 anos naABS	168	30.46
sex_1: feminino	243	72.68

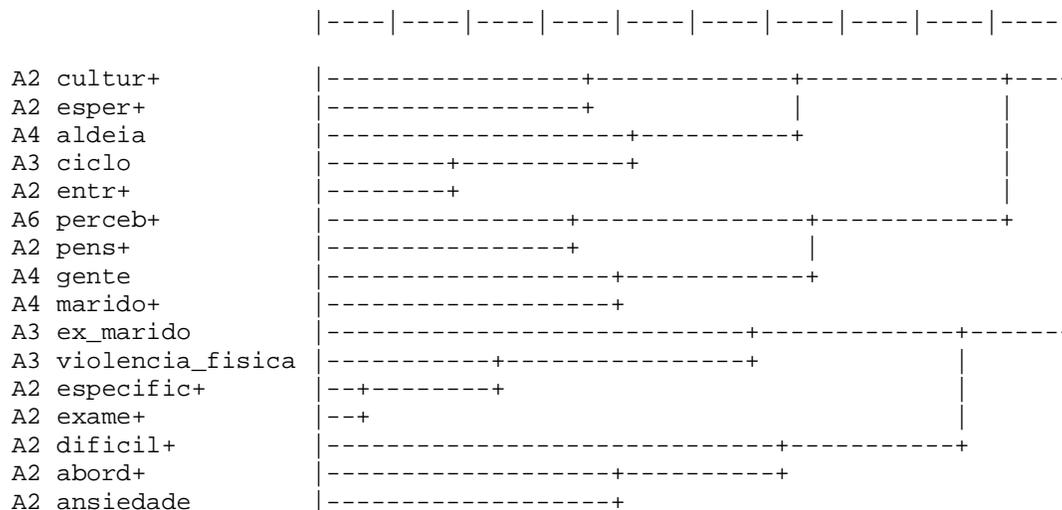
Fonte: Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre

Quadro 20 – Palavras características para cada grupo de profissionais: ≤ 39 anos e ≥ 40 anos de idade. *Corpus* visibilidade: análise, por contraste, considerando a faixa etária.

No Quadro 20 identifica-se que o **grupo com até 39 anos** era caracterizado pelos profissionais que atuavam nas equipes de ESF, especialistas na Área da ABS, do sexo masculino e que tinham no máximo, até 5 anos de experiência profissional nesta Área. Para eles a representação da visibilidade da violência contra a mulher, está relacionada, principalmente, à **percepção**, da **violência física**, **ansiedade** da mulher e citavam o **marido** ou **ex-marido** como o agressor. Entretanto, consideravam que é difícil identificar, no exame físico, quando as marcas físicas estão ausentes, pois é um assunto não incluído na agenda dos atendimentos.

*É difícil receber uma mulher que vem se queixando de violência, de qualquer tipo é um assunto que não é **abordado**. Como a maioria tem problema de **ansiedade** e depressão a gente sempre acaba tocando no assunto da relação e isso acaba aflorando.* UCE 374. Médico 15 ESF.

No dendograma da Figura 33 apresenta-se a Classificação Hierárquica Ascendente, com a associação de palavras/radicais que indicam a representação deste grupo.



Fonte: Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 33 – Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo profissionais da faixa etária ≤ 39 anos. *Corpus* visibilidade: análise por contraste da variável faixa etária.

Na Figura 33 do dendograma do **grupo de profissionais com até 39 anos** de idade, a palavra **cultura** está associada a **ex_marido** e ligada a **percepção**. **Ex-marido** associa-se aos vocábulos **violência_física** e **difícil**. As representações estão ancoradas na violência como um problema cultural, não incluído na agenda dos serviços de saúde, o que implica desenvolver percepção para identificá-la. Nesse sentido, a palavra **exame** está ligada **especificamente** à **violência_física**, indicando que a visibilidade da violência contra a mulher na demanda dos atendimentos está restrita às lesões físicas.

*Outras vezes a queixa é dor de cabeça e durante o **exame** físico a gente vê hematomas, que sempre são investigados. É **difícil** identificar quando a queixa não está relacionada a problema clínico específico, como no caso de uma amigdalite bacteriana, que é feito o diagnóstico e prescrito o tratamento, ou seja, a queixa está relacionada ao sintoma clínico. UCE 378. Médico 5 ESF.*

Portanto, para este grupo a visibilização da violência contra a mulher, na demanda dos atendimentos, está relacionada à percepção que cada um tem sobre o problema e as formas de enfrentamento ou fuga.

Seguindo a análise do Quadro 20, identifica-se que o **grupo de profissionais com idade \geq 40 anos** era caracterizado por ser do sexo feminino, atuar nas UBS, não ser especialistas na Área da ABS e embora tivessem experiência profissional na Área há mais de 6 anos. Para este grupo, as representações da violência contra a mulher estão relacionadas, principalmente, às palavras **encaminhar**, **atitude**, **continuar**, **apoio**, **vínculo** e **vida**, indicando que o entendimento da violência está direcionado ao encaminhamento para outros serviços, no apoio à mulher e em criar vínculo.

*[...] então se deres esse **apoio**, essa abertura elas vão voltar sempre. **Vínculo** elas procuram bastante. Às vezes **falam** o nome do agressor, mas não é muito comum, sempre **falam** no marido no companheiro e não citam o nome, para não identificá-lo. UCE 30 Enfermeira 2 ESF.*

Mesmo assim entendem que as usuárias em situação de violência têm medo de falar sobre o problema e a situação é causada, principalmente, pelo uso do álcool e de drogas pelo agressor.

*Alcoolismo e uso de drogas, eles descarregam tudo nas mulheres. **Encaminho** para a delegacia_da_mulher^s, explico, oriento. Tem o **medo** de **falar**, o constrangimento, quando questionada sobre marcas evidentes conta histórias que não têm nada a ver e o choro, que é quando a pessoa se abre. UCE 342. Médica 1. ESF.*

Portanto, nessa perspectiva, a visibilidade da violência, mais uma vez, é representada pela culpabilização da mulher que “esconde” as agressões e pela imagem do “homem doente”, ou seja, do dependente químico, incapaz de autocontrole. Esses argumentos ancoram-se na naturalização de violência de gênero, como se fosse destino de algumas mulheres, com histórias familiares de agressão e conformidade, de viver no contexto de uma relação violenta.

*Em um primeiro momento há algumas que chegam aqui dizendo que foram agredidas, são as mais fáceis de trabalhar e **encaminhar** para algum **apoio**. Há as que não endentem que estão em situação de violência, consideram que faz parte da **vida** da mulher, que é assim mesmo, a mãe já sofria com isso, o pai também agia como o companheiro. UCE 158. Enfermeira 15. ESF.*

No dendograma da Figura 34 apresenta-se a Classificação Hierárquica Ascendente, com a associação de palavras/radicais que indicam a representação

^s As palavras são unidas por underline para manter sua unidade na análise do ALCESTE.

deste grupo, ilustrando que a visibilidade da violência está relacionada a condutas profissionais que, por um lado, são sustentadas no **apoio** e criação de **vínculo** com a usuária e, por outro, pautadas na culpabilização da mulher que apesar de tudo quer **continuar** a manter relação com o agressor.

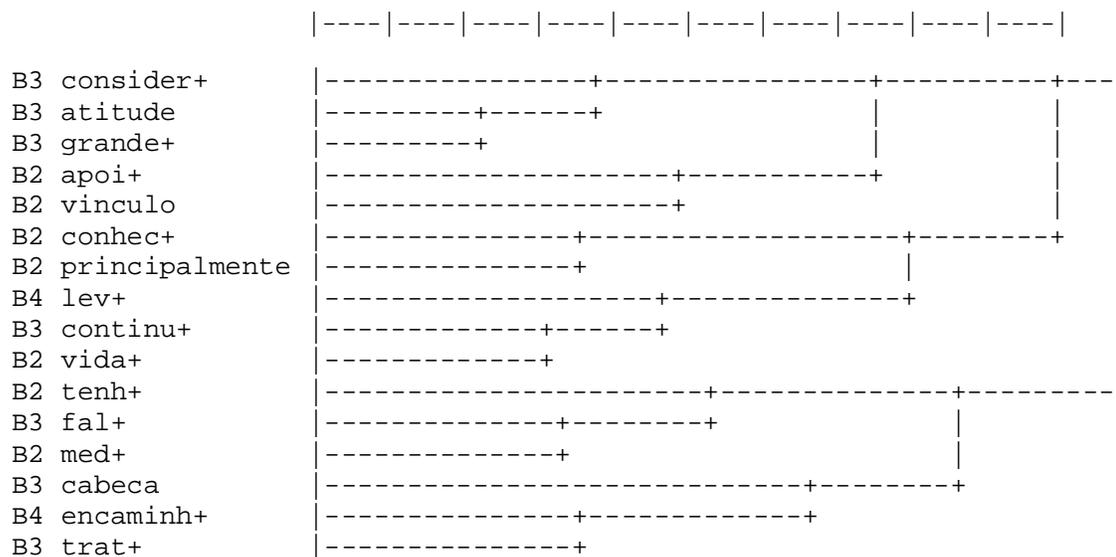


Figura 34 – Dendrograma resultante da Classificação Hierárquica Ascendente do grupo profissionais da faixa etária ≥ 40 anos. *Corpus* visibilidade: análise por contraste da variável faixa etária.

A comparação acerca da faixa etária dos profissionais e a visibilização da violência na demanda dos atendimentos revelou que para o grupo mais jovem e mais inexperiente as representações estão mais ancoradas na naturalização cultural da violência de gênero, nos aspectos físicos e na percepção de cada um sobre possíveis sinais indicadores. Por outro lado, o grupo com idade ≥ 40 anos e maior experiência na Área, as representações estão voltadas ao encaminhamento e apoio às mulheres que optam por sair da relação violenta. Também estão ancoradas na culpabilização das que ainda não conseguem romper a relação. Assim, sob diferentes aspectos, os dois grupos caminham na direção de considerar a violência contra a mulher, como um problema de “fora”, ou seja, não é incluído nas ações programáticas dos serviços da atenção básica de saúde^(21,109,110). Dessa forma escapam das ações propositivas, do cardápio clássico da clínica, não estão no *script* dos profissionais e com isso não se materializam em condutas efetivas de reconhecimento da violência como um problema patológico no sentido clássico, mas

como um agravo de saúde das mulheres.

7.1.4 As representações da violência na perspectiva dos perfis profissionais

Considerando a análise da caracterização dos profissionais com o *software Epi Info versão 3.5.1*, da evocação de palavras, com auxílio do *software EVOC* e da comparação das variáveis pelo programa ALCESTE, apresenta-se indicação de perfis das representações da violência contra a mulher, relacionados a cada grupo profissional.

As Enfermeiras

Inicia-se a construção dos perfis das representações da violência contra a mulher, na perspectiva da visibilidade para cada grupo profissional, com as **representações das enfermeiras**, grupo constituído exclusivamente de mulheres, com idade média de 41 anos. A maioria (60%) atuam nas equipes de ESF, era especialista na Área da ABS (50%) e tinha de 6 a 15 anos de experiência na área (55%). Portanto, pode-se considerar que já construíram uma trajetória profissional baseada nas relações cotidianas com a demanda dos atendimentos.

Na análise da evocação de palavras, realizada com auxílio do *software EVOC*, destacaram-se as evocações **mulher**, **submissão**, **agressão-física**, **dependência** e **sofrimento**. Os elementos que constituíram o possível núcleo central foram **dependência** e **submissão**. A palavra **medo** refere-se ao sistema periférico. Os possíveis elementos intermediários foram **agressão-física**, **mulher**, **sofrimento**, **agressão-verbal**, **impunidade**, **injustiça**, **machismo** e **raiva**.

Quanto às representações da visibilidade da violência contra a mulher, na análise comparativa do programa ALCESTE, as condutas das enfermeiras foram representadas por **apoiar**, **conversar**, estabelecer **vínculo** e criar condições para a

mulher **desabafar**. Entretanto, também culpabilizaram as mulheres, quando consideravam que por **vergonha** e **medo** do **marido** elas omitem a violência. Ainda apontaram que durante a coleta do exame citopatológico do colo do útero é possível visibilizar mulheres que estão em situação de violência e ainda têm dificuldade de pedir ajuda.

Nessa perspectiva, as representações das enfermeiras estão ligadas à culpabilização da mulher por ser submissa, dependente, e por deixar-se dominar pelo medo do marido. Por outro lado, a conduta é pautada em ações de apoio emocional que oportunizam à usuária desabafar. Assim, fica restrita à esfera da “escuta” e da “conversa entre mulheres”, ao espaço doméstico dos serviços, ou seja, não é incluída na agenda de resolução do problema, nem entendida como responsabilização profissional, mesmo quando visibilizada durante um atendimento.

Essa ótica de representação sobre o problema da violência de gênero, também foi identificada em pesquisa realizada em Lisboa sobre representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem, na qual as evocações “revolta, conforto e carinho” representaram o que as enfermeiras pensavam quando cuidam de uma mulher que procurou o serviço de saúde por ter sido agredida pelo (ex)companheiro íntimo⁽⁰⁾. São representações pautadas na naturalização sociocultural da violência de gênero e no entendimento de que se “não temos muito que fazer”, resta a escuta, o carinho e o conforto como “ato humanitário”, de complacência.

Médicas (os)

O grupo da profissão médica foi constituído por homens e mulheres. A média de idade era de 41 anos para as mulheres e de 31 anos de idade para os homens. A maioria atuava nas equipes de ESF (7 médicos e 5 médicas), tinha especialização na Área da ABS (7 médicos e 4 médicas) e 50% tinham até 5 anos de experiência na ABS (6 médicas e 4 médicos). Vale lembrar que os homens representaram 35% dos participantes deste grupo e as mulheres, 65%. Quando comparados homens e

mulheres, identifica-se que eles atuavam exclusivamente nas equipes de ESF e a maioria tinha menos de 40 anos de idade, enquanto a maioria das médicas que atuavam nas UBSs, estava na faixa etária ≥ 40 anos de idade e tinha mais de 5 anos de experiência na área da ABS.

Para este grupo, na análise das evocações realizada com auxílio do *software* EVOC, destacaram-se os vocábulos **mulher**, **covardia**, **álcool**, **ciúmes**, e **drogas**, sendo que o possível núcleo central foi representado por **ciúmes**, **covardia** e **álcool** e as evocações **educação**, **preconceito** e **sociedade** constituíram o sistema periférico, enquanto os prováveis elementos intermediários foram **drogas**, **mulher**, **cultura** e **submissão**.

Quanto às representações da visibilidade da violência contra a mulher, na análise comparativa do programa ALCESTE, o grupo da profissão médica caracterizou-se pelas representações direcionadas à **abordagem clínica** que é facilitada quando identifica os **sinais físicos** da violência. Os problemas **familiares** e as **mulheres** com a **saúde mental** comprometida também foram destacados, sugerindo a patologização da violência.

O grupo de profissionais que participou deste estudo atuava na “linha de frente” dos atendimentos nas equipes de ESF e nas UBS. Destaca-se que apesar de alguns avanços em outras direções, a formação profissional ainda estava sob a perspectiva biologicista, com ênfase na clínica⁽⁸⁷⁾. Essa característica pode contribuir para as representações dos atendimentos às mulheres em situação da violência estarem ancoradas no universo consensual, ou seja, no senso comum, naturalizando a violência de gênero, culpabilizando a mulher e qualificando o agressor como “descontrolado” ou de estar sob o efeito de drogas. No entanto, essa conduta é também do “senso comum” e aceitável no cenário de uma sociedade sustentada em assimetrias de poder condescendentes com práticas dessa “natureza” masculina.

Gomes⁽¹¹¹⁾ aponta que para lidar com a invisibilidade da violência é de fundamental importância desnaturalizar marcas identitárias de gênero, questionar a associação mecânica de características tidas como universais ao homem e à mulher e criticar a desqualificação de um gênero em prol da valorização de outro.

Neste estudo, na análise de conteúdo das entrevistas, elementos que atestam

a **invisibilidade** da violência contra a mulher foram identificados nas falas de 29 dos 40 profissionais de saúde e foi um dos pontos mais enfatizados e questionados por eles, em especial, quanto à dificuldade de identificar a usuária e saber o que fazer, como agir. Ficou evidente a invisibilidade da violência para as próprias usuárias, na demanda dos serviços, quando o profissional considera que “não faz diferença ela contar”, ou seja, mesmo que faça alguma referência, não será ouvida e a violência ficará “como não dita” na consulta. Pode-se afirmar que a recorrente (in)visibilidade da violência contra a mulher nas representações e nas práticas dos serviços, resulta, muitas vezes, em retornarem para casa com receitas de analgésico e ansiolíticos, sem terem sido reconhecidas como vítimas na demanda dos serviços. Tal identificação, no entanto, só acontece quando ela decide relatar sua situação; é “encaminhada, então, para serviços especializados e de referência”. Além disso, pode-se afirmar que existe, também, a invisibilidade programática que dificulta elaborar uma referência concreta de ações nos serviços, o que é discutido no capítulo 8.

7.2 Atendimento às mulheres em situação de violência, na demanda da ABS

Este corpus buscou identificar as representações sociais do atendimento às mulheres em situação de violência, na perspectiva dos profissionais da saúde que atuam e “atendem” na Atenção Básica de Saúde. As perguntas que orientaram a produção do material textual foram algumas questões das entrevistas com os profissionais (apêndice D): 8) Qual a sua conduta nos casos de agressão (declarada ou suspeita) contra a mulher? Tem alguma dificuldade para lidar com essas situações? Quais? 10) Como considera que o profissional de saúde enfrenta essa situação? O que fazer? 11) No seu local de trabalho existe rede de apoio/serviços voltados às mulheres em situação de violência? Estão articulados com a UBS? 13) Na sua formação profissional a violência contra a mulher foi abordada em algum momento? Considera que os profissionais de saúde devam ser capacitados para trabalhar as implicações que envolvem a violência contra a mulher? 15) Você quer

fazer algum comentário sobre que conversamos?

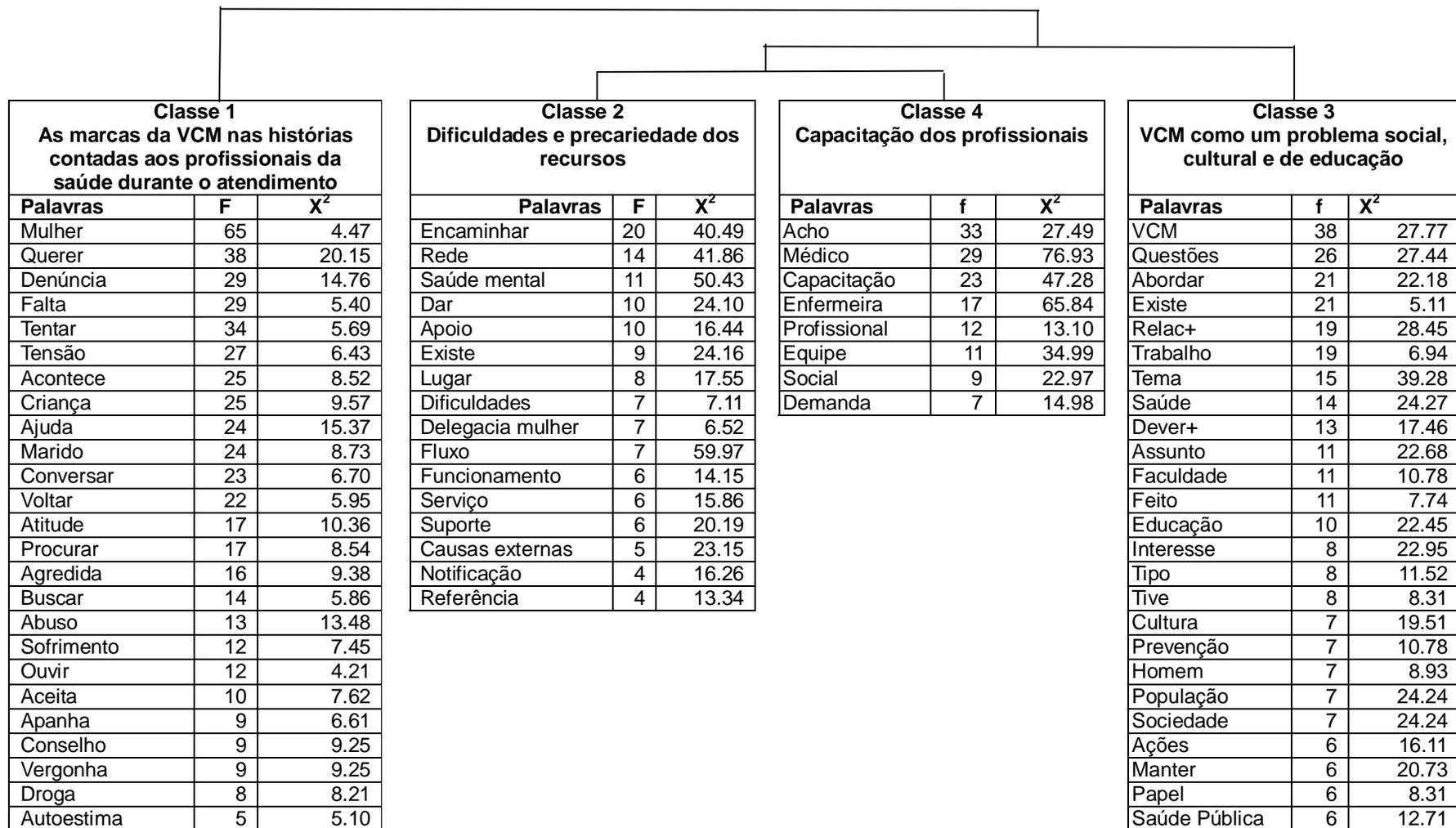
O corpus foi analisado seguindo a classificação hierárquica descendente (CHD) e constituiu-se de 40 Unidades Iniciais de Contexto (UIC), que corresponderam aos 40 profissionais de saúde que participaram deste estudo. Das 25.177 palavras que apareceram no texto o ALCESTE reconheceu 3439 palavras diferentes a frequência média foi 7. A análise da classificação hierárquica descendente reteve 75,88% das Unidades de Contexto Elementares (UCE) do corpus (472 das 622), organizadas em quatro classes, descritas no Quadro 21 e ilustradas na Figura 35.

Classes e variáveis mais características		Nº de UCE classificadas	%
Classe 1	As marcas da VCM nas histórias contadas aos profissionais da saúde durante o atendimento Variáveis: > 39 anos. Enfermeiras	235	49,79
Classe 2	Dificuldades e precariedade dos recursos Variáveis: Médicas que trabalham na UBS	50	10,59
Classe 4	Capacitação Variáveis: Especialização na área hospitalar	80	16,95
Classe 3	VCM como um problema social, cultural e de educação da população Variáveis: < 39 anos. Profissão médica. Especialização na ABS	107	22,67
Total		472	100,00

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 21 – Distribuição das classes do *Corpus* Atendimento, quanto à denominação, variáveis características, número de UCE classificadas e percentuais no corpus.

ATENDIMENTO



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Figura 35 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus atendimento (n=40).

O dendograma do *corpus* atendimento (FIGURA 35) representou uma primeira partição e originou dois *sub-corpus* que opuseram a classe 1 a todas as outras. Em seguida, houve nova divisão, originando a classe 3 que se opôs às demais, iniciando outra partição que originou as classes 2 e 4, quando o conteúdo obteve estabilidade e não mais se dividiu.

Para descrever cada classe foram consideradas palavras com frequência de ocorrência maior que 7 (média característica deste corpus) e com χ^2 de associação à classe $\geq 3,84$ (significativa a 0,05). O valor do X^2 expressa a força da associação entre cada palavra e sua classe; quanto maior o valor, mais importante é a palavra para a construção da classe⁽¹⁰⁴⁾. Portanto, nas classes 2 e 3 foram incluídas palavras com frequência $<$ que 7 considerando o valor do X^2 e o significado da palavra no contexto da classe.

A Classe 1 associa-se ao conjunto das demais classes e é representada por participantes do sexo feminino, enfermeiras com mais de 40 anos. Aborda questões mais específicas do cotidiano do atendimento das mulheres em situação de violência com relato de casos de usuárias que são atendidas na demanda.

As Classes 2 e 4 estão inter-relacionadas, sendo que a primeira apresenta as representações sobre as dificuldades e precariedade dos recursos e é caracterizada pela variável dos profissionais da Área médica que atuavam nas UBS. A classe 4 é representada pela necessidade de capacitação (qualificação) dos participantes do estudo e de toda a equipe, para o atendimento às mulheres em situação de violência, caracterizada pela variável dos profissionais que fizeram especialização na Área hospitalar ou que não são especialistas.

A Classe 3 relaciona-se com as Classes 2 e 4 e refere-se, principalmente, ao que os médicos com residência na ABS e idade $<$ 39 anos, pensavam sobre o atendimento às mulheres em situação de violência, que é representada, para eles, como um problema social, cultural e de educação da população.

A seguir, apresenta-se a análise de cada classe, seguindo a ordem da associação representada pelo Dendograma da Figura 19: Classe 1, Classe 2, Classe 4 e Classe 3.

Classe 1 – As marcas da VCM nas histórias contadas aos profissionais de saúde, durante o atendimento

A Classe 1 representou o maior percentual textual analisado entre as classes (49,79%), o programa selecionou 235 UCEs e 188 palavras características. As UCE desta classe foram constituídas por 15 participantes, dos quais 10 foram os principais responsáveis pela produção das UCEs (5 enfermeiras, 4 médicas e 1 médico). As variáveis mais associadas a esta classe foram: ida_2 (idade > 39 anos), sex_1 (sexo feminino) e prof_1 (enfermeira), detalhadas no Quadro 21.

Classe 1				
As marcas da VCM nas histórias contadas aos profissionais de saúde durante o atendimento				
Identificação	freq classe	freq corpus	% na classe	X²
sex_1	201	372	54.03	12.65
prof_1	130	217	59.91	16.45
ida_2	128	231	55.41	5.72
ind_05 – Enfermeira	27	30	90.00	20.72
ind_03 – Enfermeira	16	20	80.00	7.63
ind_16 – Enfermeira	10	10	100.00	10.30
ind_20 – Enfermeira	10	11	90.91	7.62
Palavras mais associadas à classe				
querer, ajuda, denúncia, abuso, atitude, criança, agredida, conselho, vergonha, marido, procurar, acontece, droga, aceita, sofrimento, conversar, apanha, tensão, voltar, buscar, tentar, falta, autoestima, mulher, ouvir				

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 22 – Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 1.

As representações desta classe referem-se às questões específicas que envolvem o cotidiano do atendimento às mulheres, tais como: a mulher querer buscar ajuda o que é dificultado pela autoestima baixa e pela vergonha de apanhar do marido; a aceitação passiva traduzida na falta de atitude para romper com a relação e fazer a denúncia; dificuldade de se manter afastada do agressor, voltar ao convívio com o mesmo ou aceitar que ele retorne para casa quando já haviam se separado; situação de crianças vítima de maus-tratos e abuso; uso de drogas como a causa da violência; a vida dessas mulheres marcadas pela tensão e o sofrimento e a necessidade de o profissional ouvir o que a usuária está querendo dizer, ou ainda a escuta como a única possibilidade de atendimento.

Algumas UCEs características da Classe 1:

[...] mas ela estava grávida de outro que também a agrediu, parece que buscam a mesma história. Agora voltou para o primeiro marido e foi agredida novamente, na semana passada chegou aqui com o olho_roxos. UCE 153. Enfermeira 10. UBS.

[...] então a ajuda é muito indireta, não podes chegar e perguntar para uma pessoa o que ela não quer responder. Tem que se sentir acolhida, esse é o primeiro passo. UCE 79. Enfermeira 5. UBS.

As UCEs selecionadas pelo ALCESTE reforçam representações sociais já identificadas nas evocações dos profissionais deste estudo, que são ancoradas no entendimento de que a iniciativa de romper a relação violenta deve partir exclusivamente da mulher, que o profissional pode ficar em “um pano de fundo”, assistindo o desenrolar da história para “agir quando a mulher romper o silêncio e tomar a atitude de sair da relação”. Essa conduta reforça a ideia de que ela está vivendo a situação de violência porque aceita e quer permanecer com o agressor.

Gonçalves⁽¹¹²⁾ pesquisou representações sociais da violência contra a mulher sob a ótica de profissionais da saúde portugueses (156 enfermeira/os e 147 médico/as), que entenderam a violência como um problema de Saúde Pública, porém 73,3% dos participantes consideraram que o papel do profissional de saúde é limitado na possibilidade de ajudar às mulheres nessa situação. A autora conclui que esses atendimentos ainda estão impregnados de tabus que inviabilizam a ação de intervenção.

A violência contra a mulher, causada por parceiro íntimo, ainda é pouco identificada nos serviços de saúde, em todo o mundo. Pesquisadoras brasileiras^(9,14,21,35,113) dentre vários estudos que investigam os motivos para essa naturalização nos serviços de saúde, destacam o sentimento de impotência dos profissionais diante das situações, o medo de ofender a mulher ao questioná-la sobre o assunto e o despreparo como a principal dificuldade.

Classe 2 – Dificuldades no atendimento e precariedade dos recursos

A Classe 2 representou 10,59% do percentual textual analisado entre as

classes, o programa selecionou 50 UCEs e 97 palavras características. As UCEs foram constituídas por 6 participantes, dos quais 5 foram os principais responsáveis pela produção das UCEs (2 enfermeiras e 3 médicas). As variáveis mais associadas a esta classe foram: loc_2 (trabalha em UBS) e prof_2 (médica), detalhadas no Quadro 23, a seguir.

Classe 2				
Dificuldades no atendimento e precariedade dos recursos				
Identificação	freq classe	Freq corpus	%da classe	X ²
ind_28 - Médica	7	11	63.64	33.46
ind_09 - Enfermeira	3	10	30.00	4.06
ind_27 - Médica	2	3	66.67	10.02
ind_18 - Enfermeira	2	4	50.00	6.61
Palavras mais associadas à classe				
fluxo, saúde mental, rede, encaminhar, existe, dar, causas_externas, suporte, lugar, apoio, notificação, serviço, funcionamento, referência, dificuldades, delegacia_mulher				

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 23 – Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 2.

A Classe 2 refere-se às dificuldades nos atendimentos às mulheres em situação de violência expressas na carência de **fluxos** de **encaminhamento** para a **saúde mental** e **delegacia da mulher** e, pela precariedade do **funcionamento** dos **serviços** e das **redes** de apoio. Nessa perspectiva, a dificuldade do profissional é representada pela não inclusão desses atendimentos na agenda saúde (no cardápio de ofertas), ou seja, “não tenho nada a ver com isso”, é “caso” para a “saúde mental” ou para a “delegacia da Mulher”, portanto, o “papel” do médico é encaminhar.

[...] o meu papel dentro de um consultório é conversar tentar de alguma forma oferecer oportunidades se quiser sair da situação, dar apoio emocional, encaminhar ao serviço_social, mostrar que existem alguns lugares de apoio, a lei Maria_da_Penha. UCE 426. Médica 7. UBS.

Nesta classe estão incluídas palavras com frequência <7, mas que apresentaram valor de $X^2 > 13$ indicando maior associação com esta classe e referem-se ao suporte aos profissionais, à **notificação** dos casos, aos **serviços** de referência e ao entendimento de que a violência está incluída nas **causas externas**, indicando uma aproximação com a saúde, ou seja, está enquadrada na classificação internacional de doenças – CID 10.

[...] rede com a Delegacia_da_Mulher, trabalhar junto com a cidadania, junto com a unidade básica, junto com o serviço de

saúde_mental. Tinha que trabalhar em rede, porque não tem como tu fazeres isolado, vai aqui, vai ali, e não vai a lugar nenhum. UCE 438. Médica 8. UBS.

A fala da médica representa o universo reificado que inclui, na demanda dos atendimentos na ABS, os problemas que envolvem a violência contra a mulher. Entretanto, as condutas ainda são isoladas e restritas ao encaminhamento portanto, entende-se que a necessidade de **suporte** está voltada ao profissional de saúde e não à mulher em situação de violência, considerando que a Classe 4 apresentada a seguir, representa a necessidade de capacitação (qualificação) da equipe.

Essas dificuldades, ancoradas na frágil rede de apoio e no precário fluxo de encaminhamentos, representam que ao ser “encaminhada para fora”, a mulher está sendo excluída dos atendimentos na Unidade de Saúde, pois a “precariedade da rede” faz com que o profissional desconheça o que acontece a partir daí. Por outro lado, as que não aceitam as orientações e os encaminhamentos oferecidos fazem com que o profissional sintam-se “desobrigado” de continuar acompanhando-a “largam de mão, alegando não poder obrigá-la a denunciar”^(93:170).

Classe 4 Capacitação dos profissionais

A Classe 4 representou 16.95% do percentual textual analisado entre as classes; o programa selecionou 80 UCEs e 112 palavras características. As UCEs foram constituídas por 9 participantes, dos quais 7 foram os principais responsáveis pela produção das UCEs (4 enfermeiras, 1 médica e 2 médicos). A variável mais associada foi esp_2 (especialização na Área hospitalar ou não é especialista).

O Quadro 24 apresenta a caracterização da Classe 4 e demonstra que está totalmente voltada às questões que envolvem a necessidade de capacitação das equipes, incluindo todos os profissionais, em especial, enfermeiras e as (os) médicas (os). A Classe foi representada, na sua maioria, por profissionais que não fizeram especialização na área da ABS, portanto, suas formações eram pautadas na lógica biologicista clássica da Área da Saúde, o que dificulta a inclusão dos problemas que envolvem as situações de violência na agenda dos atendimentos nos

serviços.

Classe 4				
Capacitação dos profissionais de saúde				
Identificação	freq classe	Freq corpus	%da classe	X ²
ind_25 - Médico	10	28	35.71	7.45
ind_02 - Enfermeira	9	16	56.25	18.17
ind_11 - Enfermeira	7	9	77.78	24.12
ind_06 - Enfermeira	7	13	53.85	12.93
ind_22 - Médico	5	13	38.74	4.39
ind_08 - Enfermeira	3	6	50.00	4.72
Palavras mais associadas à classe				
médico, enfermeira, capacitação, acho, equipe, social, demanda, profissional				

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 24 – Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 4.

As UCEs selecionadas pelo ALCESTE ilustram a Classe 4 e apontam para despreparo dos profissionais para atender à demanda da ABS os problemas advindos da violência contra a mulher.

[...] cursos para todos os profissionais e não somente para médicos e enfermeiros, cada um deve participar dentro da sua dimensão de competência, de trabalho de responsabilidade, mas para todos os profissionais. UCE 118. Enfermeira 6. ESF

*[...] A capacitação **deve ser primeiro** para os profissionais de nível técnico, enfermeiros, psicólogos e médicos. UCE 130. Enfermeira 8. UBS.*

*[...] muito deficiente, tanto na faculdade de medicina, quanto na residência. Sim, acho que sim, todos os profissionais de saúde têm que ser capacitados. Todos têm que aprender a identificar a violência. Todos podem preencher este nosso formulário de causas_externas, não é só o medico, qualquer profissional pode preencher, **até mesmo** os agentes_comunitários. UCE 310. Médico 2. ESF.*

Nas falas dos profissionais identifica-se a necessidade de capacitação (qualificação) para os atendimentos das usuárias em situação de violência, o que já foi constatado nestas análises.

Capacitação que, na ótica dos profissionais, deve ser estratificada por classe profissional, **primeiro** para enfermeiros, psicólogos e médicos e, **até mesmo**, os agentes comunitários podem ser envolvidos. Isso representa o quê? Um saber

hierarquizado, marcado pelo conhecimento reificado, pelo diploma universitário? Compartimentado? Seguindo a ótica biologicista? O atendimento foge à lógica do trabalho em equipe preconizado nas equipes de ESF e nas UBSs. Representa que a violência não é um problema de saúde?

O despreparo dos profissionais da saúde para enfrentar os atendimentos de mulheres em situação de violência foi destacado em várias pesquisas que se referem, tanto aos que acontecem no contexto da ABS, como no das emergências dos pronto atendimentos e dos hospitais públicos^(9,21,91,114,115,116).

Para as pesquisadoras sobre violência de gênero e saúde^(117,118) a invisibilidade da violência na Área da Saúde, é reforçada pelo que denominam de 'recusa tecnológica'; consideram que a violência nas representações e concepções dos profissionais ou é resultante de não possuir tecnologia na Saúde, ou tecnologias como “escuta e orientação para a tomada de decisões compartilhadas com as mulheres sobre as rotas para lidarem com a violência” não são entendidas como sendo “da Saúde: nem tão boa, nem tão competente como as demais intervenções desse campo”^(117:231). Nessa perspectiva, a Classe 3 a seguir, aponta que nas representações dos profissionais de saúde deste estudo, a violência contra a mulher é representada como um problema social e de educação.

Classe 3 – VCM como um problema social e de educação

A Classe 3 relaciona-se com as Classes 2 e 4 e refere-se, principalmente, ao que os médicos com idade < 40 anos e residência na ABS pensavam sobre o atendimento às mulheres em situação de violência. O Quadro 25 apresenta a caracterização da Classe 3.

Classe 3				
VCM como um problema social e de educação				
Identificação	freq classe	Freq corpus	%da classe	X ²
prof_2	79	255	30.98	21.85
ida_1	70	241	29.05	11.42
sex_2	30	100	39.00	19.30
ind_40 – Médica	9	9	100.00	31.30
ind_30 – Médico	7	13	77,78	15.89
ind_35 – Médico	7	13	53.85	7.41
ind_23 – Médico	6	11	54.55	6.53
ind_38 – Médica	6	8	75.00	12.71
ind_19 – Enfermeira	5	9	55.56	5.66
ind_34 – Médico	4	6	66.67	6.71
Palavras mais associadas à classe				
Tema, relação, VCM, questões, saúde, população, sociedade, interesse, assunto, educação, abordar, manter, cultura, dever+, ações, saúde publica, tipo, Faculdade, prevenção, homem, tive, papel, feito, trabalho, existe.				

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 25 – Variáveis e as palavras mais associadas à Classe 3.

As UCEs selecionadas pelo ALCESTE ilustram a Classe 3, indicando que as representações da violência contra a mulher estão ancoradas em questões relacionadas à educação, cultura e sociedade.

[...] nós temos que trabalhar com a questão de despertar de consciência para uma atitude mais harmoniosa, mais pacífica. Estamos vivendo em uma sociedade muito violenta, o trânsito é muito violento, as relações interpessoais são muito violentas. UCE Médico 3. ESF.

*[...] porque prevenir violência é uma atenção primária e prevenir doenças também. Tem tudo a ver, mas em um momento que estás em uma sociedade, em uma **cultura específica como esta aqui** tens tuas limitações e não tens como prevenir. UCE 481. Médico 10. ESF.*

Nas falas dos médicos, portanto na ótica masculina, a violência contra a mulher foi representada como um problema da sociedade atual, de educação da população e, em especial, relacionada às populações com baixo poder aquisitivo, que vivem em situações de exclusão social. Portanto, a violência está totalmente excluída da agenda dos atendimentos da demanda na ABS, pois sendo um problema cultural e de educação, o profissional de saúde não tem como intervir nem como interferir ou responsabilizar-se individualmente.

Entretanto, na perspectiva de uma médica a questão cultural está voltada a

ações de divulgação dos fatores que envolvem a violência contra a mulher e, no que se refere à educação, propôs ações voltadas ao empoderamento da mulher.

*A primeira coisa a fazer é veicular mais que violência_contra_mulher dá cadeia, com cartazes e é uma primeira etapa. Mas tem a segunda que é a **questão cultural**, ensinar a mulher, porque o que acontece é que o homem só será preso se alguém denunciar. Médica 20 UBS.*

Resultados de pesquisa realizada em UBS de São Paulo, sobre percepção dos médicos acerca da violência contra a mulher, apontou que as “as diferenças de classe expressam um olhar de ‘estranhamento’ e suspeição que o profissional dirige às mulheres atendidas na rede pública de saúde” e, com frequência, interpreta as várias situações de violência, sob a ótica dos estereótipos de gênero ancorados na crença de que as mulheres “querem” permanecer na relação violenta, aceitam a condição de humilhação e submissão ou mentem para proteger o agressor^(86:10). Nessa perspectiva, como no estudo citado, a situação socioeconômica e educacional das usuárias atendidas na ABS também contribui para reforçar a representação de que as limitações e a impossibilidade de ações preventivas estão relacionadas a uma “**cultura específica (de pobreza?) como esta aqui**”, como expressou um médico deste estudo.

Assim, como primeira análise textual de questões contidas nas entrevistas com os profissionais de saúde, o auxílio do software ALCESTE possibilitou apontar que as representações sociais sobre o atendimento às mulheres estão ancoradas em relatos sobre o cotidiano dos atendimentos, na dificuldade e precariedade dos recursos, na necessidade de capacitação da equipe de saúde e, no entendimento de que a violência contra a mulher é um problema social e de educação da população.

A seguir, no capítulo 8 apresenta-se a análise das entrevistas na íntegra, sob a perspectiva da análise dimensional de Moscovici⁽²²⁾.

8 OS ATENDIMENTOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SOB A ÓTICA DA ANÁLISE DIMENSIONAL

A análise da representação social da violência contra a mulher enfoca como um elemento naturalizado pelo senso comum (universo consensual) é entendido e representado pelos profissionais da saúde que atendem às usuárias em situação de violência na demanda dos serviços da ABS.

Destaca-se que atualmente a violência contra a mulher é considerada um grave problema de Saúde Pública⁽¹⁰⁾, incluído na agenda das políticas públicas⁽¹¹⁹⁾, nos estudos de pesquisadores que consideram o campo da saúde um local de ações de prevenção, proteção e identificação desses casos (universo reificado), porém, ainda é invisibilizada e naturalizada pelos profissionais dos serviços de saúde^(9,14), seguindo a ótica ancorada nas representações do senso comum.

Cabe retomar, aqui, as três dimensões da análise dimensional de Moscovici⁽²²⁾: a informação, a atitude e o campo de representação ou imagem, que neste estudo estão relacionadas à representação da violência contra a mulher (VCM), na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na ABS.

Também é oportuno lembrar que, neste estudo, a **informação** está relacionada com a organização do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da VCM; o **campo de representação** refere-se, principalmente, ao modelo social, expresso nas falas dos profissionais sobre as representações da VCM e a **atitude** exprime a orientação geral do grupo em relação ao posicionamento positivo ou negativo dos profissionais acerca da representação da VCM, determinando e interferindo nas condutas e práticas terapêuticas.

A maioria dos profissionais, no primeiro momento da entrevista, referia não ser a pessoa indicada para falar sobre o tema, pois os atendimentos voltados às situações de VCM eram muito raros e não faziam parte do seu dia a dia. Entretanto, na medida em que começavam a falar, faziam relatos dos casos, das dificuldades, dos enfrentamentos, das condições de trabalho, dos escassos recursos e da precária rede de apoio disponível nos serviços. É nesse contexto, que se apresenta a seguir, separadamente, cada uma das três dimensões da análise dimensional

proposta por Moscovici⁽²²⁾; inicia-se com o campo da representação da violência contra a mulher, seguido da dimensão informação e, por último, a dimensão atitude.

8.1 O campo da representação da violência contra a mulher

A partir do modelo social, expresso nas falas dos profissionais sobre a VCM, o campo de representação foi constituído, principalmente, pelo entendimento das causas, das queixas, de quem são essas mulheres, seus agressores e das representações relacionadas à culpa e as denúncias.

Nessa perspectiva, a VCM foi representada de várias formas, dentre elas, pela baixa autoestima e o preconceito, por qualquer ato ou atitude relacionado aos seus direitos que cause agressão emocional ou física, desvalorização da mulher como ser político, privação de acesso à educação formal ou ao trabalho fora de casa e sentimento de posse. Também é entendida como uma **“doença psicológica”** de dependência, violência velada que muitas vezes a mulher não percebe, como um problema resultante da educação e que atinge as classes menos favorecidas. É nesse contexto que os profissionais que participaram do estudo sustentam-se em representações ilustradas nas falas a seguir:

*A violência nem sempre é física, às vezes ela é uma agressão moral. [...] quando elas chegam a falar pra gente é porque não aguentam mais, então é **caso de morrer ou de matar**. Enfermeira 9. UBS*

Engloba não só o ato de agressão, de violência sexual, mas tudo que a mulher se submete em relação ao marido, como por exemplo, ter relação sem estar com vontade ou considerar que não pode demonstrar sua vontade. [...] achar que sempre o marido deve decidir, [...] não se dar conta, submetendo-se a este papel sem questionar. Enfermeira. 20 ESF.

O entendimento de que a violência contra a mulher faz parte do dia a dia das classes menos favorecidas e com menor acesso à educação formal, além de refletir o desconhecimento relacionado ao problema, reforça a representação de “mãos amarradas”, ou seja, o sentimento de impotência do profissional para enfrentar as situações que ocorrem na demanda dos atendimentos e que extrapolam a ação técnica diagnóstica e terapêutica. Essas “interpretações” (representações) também

podem estar sustentadas pelo olhar de estranhamento, desconfiança e dúvida, que os profissionais dirigem às mulheres atendidas na rede pública, os estereótipos de gênero contribuem para interpretar as várias situações de violência, ancorada em princípios que reforçam o poder masculino sobre a condição feminina, em nossa sociedade⁽⁸⁶⁾.

A representação da mulher “como o eixo central” da família pode indicar que ela é a educadora do futuro agressor, uma vez que é responsabilizada pela formação psicológica do indivíduo.

[...] mudar para uma educação em consciência e não em violência acho que é um caminho que se possa trilhar. Acredito que a mulher seja o princípio desse enovelado de ações que deveriam ser feitas, porque felizmente ou infelizmente ela que é a geradora de tudo, apesar de ela ser, muitas vezes, a principal vítima da violência ela é basicamente a formadora do núcleo familiar da nossa sociedade, da educação dos filhos que futuramente serão os agressores. Médico 3 ESF

Considera-se que, quando a educação é apontada como uma das causas da VCM, a figura da mãe aparece tanto como vítima das agressões do companheiro, como geradora do comportamento agressivo do futuro homem violento. Nesse contexto, pode-se afirmar que a VCM, ainda está sendo representada no universo consensual com elementos culpabilizantes por tudo que envolve a gestação, educação e criação dos filhos. Provavelmente isso se dá porque esse tipo de violência ainda não é entendido como um problema de Saúde Pública e os profissionais não estão legitimamente capacitados para enfrentá-lo. O que é reforçado pela fala da médica a seguir.

[...] fazer as entrevistas e falar já é importante, ainda é tabu falar sobre isso. É um problema de homem e mulher. A violência não é considerada um problema de saúde [...]. Às vezes atendemos meninas com 18 ou 19 anos, que aqui na comunidade já são mulheres, que tem um namorado, ainda não tem filhos, mas já estás vendo que aquela relação vai ser opressora com maior tendência à violência. Médica 20 UBS

Mesmo considerando que o problema da VCM não está inserido no contexto dos atendimentos da Atenção Básica de Saúde, a constatação da médica indica que os profissionais mais envolvidos com a situação nos atendimentos podem identificar previamente a construção de relações violentas, a partir dos cenários de vida e do entendimento das representações de gênero, no contexto da violência.

No senso comum, ainda persistem atitudes que desculpam ou reforçam comportamentos violentos masculinos, que esperam certo grau de violência em suas condutas, para atestar ser um homem⁽¹²⁰⁾. Para Gomes, “nesse cenário de associação entre o ser masculino e o ser violento, as relações de gênero podem ser construídas e reproduzidas a partir de uma lógica de que a violência seria a referência para se diferenciar o homem da mulher”^(120:240).

Neste estudo, as mulheres em situação de violência são descritas principalmente, “com autoestima baixa, submissas, temerosas e dissimuladas sobre a agressão, além de dependentes economicamente do agressor”. Com muita frequência foi referido que, além de se submeterem à situação, quando conseguem romper a relação, permanecem pouco tempo afastadas do agressor com quem se reconciliam na maioria das vezes. Na perspectiva da análise dimensional, esse entendimento dos profissionais de saúde, pode ser entendido como falta de informação sobre a dinâmica das relações violentas, mas também pode ser a representação do modelo social dessas usuárias, para as quais, na ótica dos profissionais, a violência é naturalizada.

A **autoestima baixa** foi citada pela maioria dos profissionais de saúde, como uma das principais características das mulheres em situação de violência. Muitos consideram que faz parte do contexto de vida dessas usuárias, que procuram manter o relacionamento a qualquer custo, como é expresso nas falas a seguir:

O que percebemos é exatamente isso a autoestima é muito baixa e, de certa forma, o homem usa tanto do poder financeiro quanto de força, para submeter aquela mulher a algum constrangimento.
Enfermeira 1. ESF.

[...] a mulher se menospreza muito achando que não tem valor e que não dá para viver sem um homem, que precisa de um homem ao seu lado para ser bem vista. O preconceito ainda é muito grande.
Enfermeira 13. UBS.

Entretanto, a autoestima também é entendida como um “sintoma” para identificar as usuárias em situação de violência que ainda não conseguiram expressar o que está acontecendo. Questiona-se se as mulheres informam pouco por estarem com a autoestima baixa ou por considerarem que não é problema para ser resolvido no serviço de saúde local. Nessa perspectiva, a reflexão da médica a seguir, indica que o espaço da Atenção Básica de Saúde ainda não é, mas pode ser

local de identificação precoce das possíveis situações.

*Quando se fala em violência contra a mulher é muito questionado como ela deixa chegar a essa situação. Mas não avaliamos, principalmente, aqui, que conhecemos toda a história da mulher, que isso começou lá no namoro com uma pequena humilhação, com algo que diminuiu a estima, com o tempo a violência verbal ficou mais intensa, como isso vai corroendo a mulher num crescente, que quando ela leva um tiro, por exemplo, as pessoas não entendem como ela deixou chegar a este ponto. É que aquilo foi como que retirando **pedacinhos da sua estima** ao longo de um tempo [...]. Médica 20. UBS.*

A fala da médica indica que, em muitas situações, o profissional de saúde adota uma posição de expectador, ou seja, acompanha o desenrolar da construção de uma relação violenta sem poder ou saber como interferir, uma vez que o serviço não reconhece a violência com problema de saúde, mas da esfera privada, portanto, são as “histórias anunciadas de relações violentas”.

A **submissão** associada a mulheres em situação em violência, na maioria das vezes relaciona-se à baixa autoestima e desqualifica as mulheres como as que “não querem ser ajudadas”. Nessa perspectiva, é reforçado o entendimento de que elas são culpadas e responsáveis pela situação que estão vivendo, deslocando as ações da responsabilidade institucional para o âmbito individual privado de cada usuária. Portanto, nesses casos o profissional fica sem saber o que fazer.

[...] algumas vezes me parece que não querem ser ajudadas, por medo, por gostar do cara aceitam e se submetem. É difícil. Infelizmente. Enfermeira 16. ESF.

[...] elas são muito submissas, porque têm baixa autoestima, não se sentem capazes de sair, de lutar pelas suas coisas, pelos seus direitos. Acabam se submetendo a essas situações horríveis. Médica. 9 ESF.

A submissão como uma questão do gênero feminino também foi referida:

*[...] a mulher é agredida geralmente quando está submissa, submetida a uma situação de que não consegue sair, não quer ou não tem forças para sair. [...] tem a questão da cultura. Até a mulher de classe média, as ditas **aculturadas**, são machistas. [...] é uma questão que está lá no íntimo da mulher em se sentir inferiorizada em relação ao homem. [...] mulheres bem aculturadas, com profissão estão apanhando em casa e se submetendo a situações que nem dá para imaginar [...]. A mulher tem que casar, o homem não. O homem*

*com quarenta anos é estimulado a ficar solteiro, mas a mulher com 40 anos é questionada porque ainda não casou, **tem que estar submetida a um homem para ser alguém.** Médica 12. UBS.*

Na dimensão simbólica da violência de gênero são diversos os fatores que podem contribuir para a mulher adotar a posição de submissão e de silêncio sobre a agressão sofrida; dentre eles destacam-se: o desejo de ter uma família e de mantê-la unida; a prescrição dos papéis familiares com diferentes funções para o homem e para a mulher, no qual ele tem a função de provedor e chefe da família e a mulher a responsabilidade de cuidar do lar e dos filhos, e a “distribuição desigual de poder, cabendo ao homem-pai-marido as decisões quanto às regras a serem seguidas pela família”, que deve submeter-se ao poder masculino⁽¹²¹⁾.

Assim, no campo das representações, a submissão é entendida como modelo social para as mulheres que vivem em situação de violência o que reforça a culpabilização e a naturalização desse tipo de violência.

O **silêncio** e a **vergonha** das mulheres foram apontados, tanto como um indicativo de violência, como um dos principais motivos que dificultam o atendimento das usuárias. Na interpretação de alguns profissionais, quando a mulher não consegue expressar sentimentos relacionados à violência que está vivendo, ainda está muito fragilizada o que a impede de “romper a carapuça da vergonha e ir em frente”, como diz a enfermeira:

*Elas negam, mas pela **atitude**, pelo **olhar**, pela **maneira de se portar eu consigo ver.** [...] Não sei te dizer, acho que é tipo um **pacto de ficar quieta, evitar envolvimento com a polícia.** [...] se sujeitam porque não querem quebrar o vínculo, mas quando estás impotente diante de uma ação tens que buscar ajuda. Para buscar ajuda tens que falar, **romper a carapuça da vergonha** e ir em frente. Enfermeira 16. ESF.*

*É uma coisa de **introspecção**, um **silêncio** muito grande, porque elas se sentem **envergonhadas** por serem agredidas e não conseguem sair daquele **circulo vicioso.** Enfermeira 17. UBS.*

*[...] **constrangimento**, quando questionada sobre marcas evidentes. **Conta histórias que não tema nada a ver** [...]. Médica 11. UBS.*

No campo das representações, a vergonha pode ser entendida como a expressão de fracasso, tanto relacionado ao papel de mulher, quanto ao de não conseguir romper com a relação violenta. Por outro lado, o silêncio também pode representar a ilegitimidade de manifestar a queixa em um serviço de saúde, uma vez

que a violência é tida como normal e cultural, assim, faz parte da vida das mulheres.

Associado ao **silêncio e vergonha**, os profissionais referem que as mulheres em situação de violência **buscam o atendimento em outros serviços** onde não são conhecidas e, quando identificadas na unidade de saúde, além de negarem contam histórias que não são reais.

*A atitude de não olharem para a gente, é uma **atitude de defesa**, contar é **muita humilhação**. [...] elas **não te olham, mantém a cabeça mais baixa** e **custam muito a falar**. Quando contam parece que estão **contando um filme e é sem emoção**, [...] nunca é com raiva, a raiva não sai para fora, fica para dentro e é **chocante isso**. Enfermeira. 5 UBS.*

*A gente até tenta ver se elas se abrem, mas não querem, não aceitam, se fecham, contam histórias mirabolantes que a gente sabe que não são verdadeiras. Se abrem mais com a psiquiatria, com a médica, mas conosco ali na frente é muito mais difícil. É muito **movimentado o posto**, não tem uma situação de tranquilidade que a gente consiga dar atenção para poderem **se abrir** [...]. Enfermeira 7 ESF*

A **vergonha** também foi citada no caso da usuária que solicita ajuda, contando que está sendo agredida pelo companheiro, mas não consegue romper com a relação. Situação, que para profissionais sem preparo adequado é de difícil entendimento e pode gerar “julgamento depreciativo” em relação à mulher, o que é ilustrado pela fala da enfermeira:

[...] tem muita vergonha embutida nisso, porque elas emitem a revolta naquele momento que foram agredidas e que estão indignadas, mas sabem que elas vão acabar cedendo. Então, algumas vezes elas falam, outras vezes não. E a gente tem que ter muito cuidado para não emitir julgamento, que é muito difícil em alguns momentos. Enfermeira 4. ESF.

Um dos sentimentos mais constrangedores referido pelas mulheres que estão em situação de violência é “a vergonha de expor que são agredidas fisicamente pelo parceiro”^(122:251).

Seguindo essa linha, a humilhação e o reconhecimento da falta total de aceitação como sujeito de direito, associado à falta de escuta qualificada, podem justificar a “fuga” para outros serviços de saúde e o receio de serem identificadas como mulheres que sofrem agressão por companheiros íntimos. Outro fator que também pode contribuir para o afastamento do serviço de saúde local é a proximidade dos agressores e da comunidade onde vivem, uma vez que não se

sentem seguras para expor suas queixas. Além disso, o constrangimento também representa que o serviço de saúde não dispõe nem proporciona o espaço adequado para resolver seu problema.

Assim, as mulheres que negam as agressões e que não conseguem romper com a relação violenta são frequentes e “frustram” os profissionais, principalmente, quando as usuárias tiveram a oportunidade de serem encaminhadas para casas-abrigo e, quando a rede de apoio foi acionada. Entretanto, são situações que caracterizam as mulheres nesta situação e o retorno ao convívio com o agressor não necessariamente significa que tudo o que foi feito “está perdido”.

*[...] teve uma que chegou com os dentes da frente quebrados, outra vez com o braço quebrado e disse que tinha caído em cima, mas o RX indicava fratura e não justificava a queda como causa. **Só admitiu as agressões quando a coisa estava muito séria, tinha hematomas. Conseguimos que fosse para uma casa abrigo, ela tinha duas meninas. Para poder sair do abrigo foi oferecido um trabalho, mas ela não aceitou, retornou para casa e engravidou.** Enfermeira 15. ESF.*

A “frustração”, no entanto, às vezes, se volta contra a própria mulher que “não foi forte para romper a relação”, porque os profissionais não entendem por vezes, que romper com a relação violenta é um processo demorado; a mulher tem um longo caminho a percorrer, preparar-se afetivamente para a separação, economicamente e com segurança; os caminhos envolvem idas e vindas, avanços e recuos, tentativas e desistências, iniciativas que podem levar anos, oscilações que “são típicas de quem está em situação de violência. O maior desafio é ajudá-la a encontrar saídas e vencer as dificuldades e hesitações”^(32:30). Mas como intervir nesse processo na perspectiva da Saúde Pública ancorada na clínica e no modelo biomédico?

A **dependência econômica** é outro fator citado pelos profissionais, relacionado às mulheres em situação de violência.

*Muitas **negam**. Apanham, ficam com marcas e negam. Têm medo de ficarem sozinhas, perder o companheiro, têm muitos filhos, algumas **não trabalham**, outras trabalham, mas não tem **independência** para viver só. Tem a **questão cultural** e a agressão **acontece em todas as camadas sociais** [...]. Não dá para culpar, a mulher tem muita coisa para resolver e às vezes o marido, o companheiro é **uma bengala, um apoio**. Enfermeira 14. ESF.*

*Não quis dizer que goste disso, são duas coisas diferentes, a mulher **aceita** porque **depende** do marido financeiramente, ou tem **medo** de **perder** os filhos, de **perder** o lar, **medo** de **ser morta** por ele. Médico*

17. ESF.

A negação da violência no campo das representações pode indicar mais uma vez a ilegitimidade da queixa com a não inclusão da violência como um problema de saúde, nos serviços de atenção básica de saúde.

Também destaca-se a representação de gênero na desqualificação do trabalho doméstico, com o entendimento de que as usuárias não trabalham, quando “trabalham só em casa”. Isso atesta a problemática de gênero que não reconhece o trabalho doméstico feminino como trabalho real; somente o assalariado é considerado efetivamente. Essa é a lógica da divisão social e sexual do trabalho com a desvalorização das atividades domésticas de cunho privado feminino sendo a mesma lógica que não institui o âmbito da casa como espaço de proteção contra a violência⁽⁵⁰⁾.

Na maioria dos casos, a dependência financeira está associada ao medo de perder os filhos e não conseguir sustentá-los. E a dependência emocional ainda é maior, quando o companheiro é o agressor, mas também “é uma bengala de apoio”, como referiu uma das enfermeiras. Nessa perspectiva, os profissionais estão se referindo a usuárias que estão submetidas a uma relação violenta por muito tempo, perderam as redes de apoio familiar e encontram-se sozinhas. Situação vivida por mulheres que buscam abrigo na Casa de Apoio Viva Maria, em Porto Alegre, em condições de subsistência adversas e com maiores dificuldades para a superação dessa situação de violência⁽⁴⁶⁾.

Outro fator que interfere na permanência da mulher dona-de-casa como dependente é o entendimento, para a maioria dos homens das classes populares, de que a “mulher que trabalha fora humilha seu marido, deixando entender publicamente que ele não consegue mantê-la”^(83:30).

Nas diferentes situações de violência a **reconciliação** com o agressor é outro ponto questionado, pouco entendido e pouco aceito pelos profissionais, cujas representações estão ancoradas na ideologia da dominação masculina, defendida por Chauí, na década de 1980, a qual é produzida e reproduzida, tanto por homens, como por mulheres, que “são consideradas **cúmplices**^T da violência e contribuem

^T Grifo do autor

para a reprodução de sua **dependência** porque são **instrumentos** da dominação masculina^(123:2), o que é ilustrado nas falas a seguir:

*[...] elas se arrependem, somem, não querem mais falar sobre o assunto, voltou está bem com o companheiro e estás trazendo algo que **ela não quer lembrar, quer deixar lá quietinho**. Enfermeira 17. UBS.*

*O profissional da saúde não está preparado para isso. Ficamos em uma situação complicada em muitas vezes o médico ou o enfermeiro fica **indignado** pelo próprio abuso, mas muitas mulheres **voltam atrás e perdoam**. Já aconteceu três, quatro, cinco vezes e parece que tudo que foi feito foi em vão [...]. Médico 17. ESF.*

*[...] são relacionamentos **crystalizados, intrincados, de difícil solução**. Fica bem evidente que há uma necessidade interna de manter a relação e que é a **forma de relacionamento** destes casais. [...] **não sabem se relacionar de outra forma**, aquilo é estabelecido. Médica 18. UBS.*

Vale ressaltar que o agressor não tem o comportamento violento o tempo todo e que depois da agressão vem a fase da lua de mel, período em que ele se arrepende de seus atos, faz juras de amor e promete nunca mais agredi-la⁽³²⁾. Por outro lado, o amor romântico relaciona a felicidade da mulher à sua realização na vida conjugal, associado à crença popular de que “amor rima com dor” e contribui para a mulher superar os “momentos difíceis” com o “trunfo” de manter a família unida e garantir a manutenção do casamento, pois, para muitas, a separação é entendida como um fracasso pessoal. Essas representações são ancoradas no sonho romântico, que exalta a “paixão de amor, sendo que paixão significa sofrimento^(124:221)”.

Além disso, nas classes populares, o fato de ter um homem em casa representa reconhecimento e proteção. Fonseca⁽⁸³⁾ aponta que nos grupos populares, para a mulher, o casamento significa buscar certa satisfação afetiva, mas também, um *status* respeitável, pelo entendimento de que a mulher só está sozinha porque não consegue arranjar um homem. Por outro lado, segundo a autora, “a mulher sem marido perturba a paz da comunidade, ela desafia a virilidade dos homens e atíça o ciúme das mulheres. A presença do marido como tutor da sexualidade feminina resolve o problema^(83:32)”.

Ainda, referindo-se ao campo da representação e analisando a figura do agressor apresentada pelos profissionais de saúde constata-se que o mesmo não é

atendido na ABS e que as mulheres preservam sua identidade, principalmente, por medo de represálias. Respaldados nas próprias convicções e pelas falas das mulheres, os profissionais descrevem o agressor como homens maltratados na infância, inseguros, descontrolados, que sabem agredir uma mulher sem deixar marcas físicas, insistem em manter a relação violenta e não aceitam a separação. A descrição dos agressores é ancorada no campo representacional, ou seja, no modelo social construído, uma vez que, com raras exceções, eles não são usuários dos serviços de saúde em estudo.

[...] maridos que batem em mulheres, são homens que foram maltratados e não sabem lidar com os filhos e com o restante da família. Médica. 16 ESF.

[...] é um descontrolado, não conhece os próprios limites, não tem consciência de si a ponto de ter limite, provavelmente em muitas vezes ele não tem noção de que não tem um limite, para ele aquilo é o normal, o usual. [...] geralmente por trás daquela violência ele tem uma insegurança muito grande, é uma pessoa extremamente insegura e desestruturada internamente e isso se projeta daquela forma agressiva em que ele procura controlar o outro em uma ideia de que ele tem algum controle sobre alguma coisa. Médica 6. ESF.

A violência de gênero resulta de uma organização social que historicamente tende a privilegiar o masculino, o individual e o social, na qual a falta de equidade entre os sexos “é imposta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, e pelos agentes envolvidos nas tramas das relações sociais”, na construção de papéis sociais “onde as mulheres são educadas para conviver com a impotência” e os homens são instigados ao exercício do poder e da virilidade. “Assim, os homens não são natural e inatamente violentos, mas aprendem a ser”^(125:247-248).

Entretanto, para os profissionais em estudo, o campo representacional da violência de gênero, não é justificado pelo poder masculino sobre o feminino, mas pela estrutura psicológica e pela história pessoal do agressor o que é reforçado na sua representação como homem “doente psicologicamente”, que apesar de contestada ainda é referida como justificativa para seus atos.

[...] a gente fala que tem muitos maridos, companheiros que são doentes, mas na verdade não tão doentes porque são até muito espertos e conseguem violentar as mulheres só com palavras, com pressão, fazendo ameaças, principalmente com relação aos filhos. Enfermeira. 9 UBS.

Porém, para as mulheres a “doença” não se evidencia, ela é “culpada” por ser frágil, pela sua baixa autoestima, enfim, por não conseguir romper com a situação que envolve a relação violenta.

Nas equipes de ESF, possivelmente pela maior proximidade com a população e pela proposta do trabalho voltado à saúde da família, em alguns casos, quando a mulher revela a identidade do agressor e consegue levá-lo para consulta médica, o casal é atendido e a violência contra a mulher passa a ser considerada um problema de sofrimento e de saúde. Nessa perspectiva, o agressor aparece como um homem **arrependido** de seus atos **dependente de álcool ou de drogas**, e como um **indivíduo desequilibrado** que fica **desestruturado**, quando a mulher consegue romper a relação violenta com a separação.

[...] geralmente é o homem que usa álcool. [...] quando a gente faz a abordagem ao homem [...] a gente vê que ele está arrependido por tudo que ele tem feito. Mas, ele não tem a coragem de se assumir como um dependente químico e vir por conta própria. [...] quem estimula o tratamento do homem é a própria mulher, que vem buscar o tratamento porque ela também está se sentindo prejudicada. Médico. 2 ESF.

[...] E eu o atendi nesta fase, que estava transtornado com a ideia da separação, não podia imaginar se separar da família, dela e dos quatro filhos. E aquilo o abalou muito e fez com que se transformasse em outra pessoa com ela e com os filhos. Foi se estruturando e agora está se tornando violento verbalmente. [...] Ele nunca falou da agressão, na hora que foi abalado parece que por um momento de defesa ele esqueceu de todo aquele passado, depois foi se estruturando. Médica 6. ESF.

Mais uma vez o agressor é representado como um homem doente, com história de vítima de maus-tratos, arrependido, que não quer romper com a relação, mas “perde a cabeça” quando é contrariado ou quando bebe. Nessa perspectiva o agressor vira vítima! É “doente”! E a mulher que apanha é um defeito moral? É fraca?

A expressão “perder a cabeça” está assentada na representação de que as mulheres “fazem” os homens se descontrolar e “se perder”. A mulher é culpada pela conduta! Portanto, a invisibilidade da violência para os profissionais e para a própria mulher pode estar relacionada à banalização de alguns comportamentos masculinos, que atribuem o significado ao ato violento. Nesse sentido, as mulheres justificam o comportamento agressor, considerando que o homem perdeu a cabeça,

não fez por mal, ou só age assim quando bebe; seguindo essa lógica, o comportamento controlador constante do companheiro é entendido por elas como representação de ciúmes, atenção e cuidado. Por outro lado, o homem não teve a intenção de agredir, mas de “educar” a companheira⁽¹²⁶⁾.

Deeke e col.⁽¹²²⁾, em pesquisa com agressores, destacam que alguns se consideravam dependentes do álcool e atribuíram à bebida o seu comportamento violento. No entanto, os autores apontam que os principais motivos que desencadearam as agressões foram o **ciúme**, o homem ser **contrariado**, a ingestão de álcool e a **suspeita** de traição. Motivos típicos de argumentações que articulam gênero e poder.

A relação do álcool com a violência contra a mulher^(127,128), pode ter mais de uma interpretação e uma não exclui a outra: o seu efeito desinibidor pode contribuir para desencadear a violência; ingestão de álcool como desculpa socialmente aceita para o comportamento violento, e o uso excessivo de álcool e comportamento agressivo como resultante de personalidade impulsiva⁽¹²⁹⁾.

Saffioti contesta a relação do álcool com a violência contra a mulher afirmando que é significativo o número de homens que agredem a companheira quando estão sóbrios. Para a autora, a violência de gênero está relacionada, principalmente, ao poder do homem sobre o corpo feminino⁽¹³⁰⁾. Tanto o álcool como as drogas podem ser considerados fatores facilitadores⁽¹³¹⁾ ou desencadeantes do ato agressivo, mas não as causas da construção de uma relação violenta.

Seguindo a análise da dimensão do campo da representação, a **culpa** merece destaque e aparece na fala de vários profissionais, que consideram a mulher culpada por desencadear as situações de agressão e por permanecer na relação violenta. Com frequência também foi referido que a própria mulher expressa o seu sentimento de culpa.

*[...] infelizmente muitas vezes a mulher é o fator desencadeante da violência. Não só como vítima, principalmente, na violência familiar existe um contexto onde a **mulher** também **acende** a situação. Se não tivesse tido esta atitude a violência não aconteceria. Dizemos que não justifica, mas o que é a violência? É só o tapa ou também verbal? [...] Em relação a violência, não justifica o homem ser violento, mas a mulher tem que saber quando vai parar. O que faz gerar mais violência é a **passividade** da mulher. O que podemos mudar é a sua passividade, trabalhar para que ela perceba que pode e que consegue mudar e a violência vai acabar.* Enfermeira 13. UBS.

*[...] muitas vezes tem que ver o motivo que acontece ali, colocar-se **no lugar da pessoa que está errada**. Não estou defendendo o homem, mas começar a analisar os motivos e não ter essa opinião geral, o homem, o homem. Estudar a situação de uma maneira mais clara, ir ao ponto do ato da violência independente de ser da mulher ou do homem. Médico 10. ESF.*

As falas do médico e da enfermeira reforçam a representação popular “da mulher que gosta de apanhar”, que desencadeia o ato violento por ter tido determinado comportamento e atitude. O médico considera importante saber o motivo da agressão, “colocar-se no lugar do agressor”, isso atesta que dependendo da situação o homem está autorizado a bater?

As palavras “acende e passividade”, representam a culpabilização com argumentos de transformação ideológica da vítima em culpada, que se presta muito para a relação homem-mulher e vai ao encontro do dito popular “ele não sabe por que bateu, mas ela sabe por que apanhou”. Portanto, aparece a culpa como campo de representação ancorada no modelo da mulher como a responsável pela manutenção da harmonia do lar e do bem-estar da família.

Assim, a representação de culpa também é veiculada na mídia, como por exemplo, na reportagem do Correio Brasiliense, sobre mulheres agredidas por (ex) companheiro íntimo e intitulada “Iludidas pelo perdão”, a qual informa que quando elas procuram a delegacia da mulher, têm vergonha de contar que o autor da agressão foi o marido e que continuam casadas. As jornalistas referem que a maioria volta para retirar a queixa, vive sob o comando do medo e prefere conviver no mesmo teto com o agressor, por temer não conseguir viver sozinha com sustento próprio e para os filhos⁽¹³²⁾.

A representação da culpa, ancorada no senso comum, não aprofunda a complexidade que envolve a relação violenta, tampouco o fato de que o momento da separação é quando a mulher corre o maior risco de morte. Além disso, como já foi mencionado, romper uma relação violenta pode ser um processo demorado, principalmente, quando a mulher já está isolada da família, dos amigos e não tem mais com quem contar⁽³²⁾.

A mulher em situação de violência também é considerada pelo profissional como “masoquista” por ser conivente, permanecer em uma relação violenta e não

querer ser ajudada.

*Às vezes penso que existe um pouco de masoquismo. A mulher é considerada muito a coitadinha, mas temos que saber o que originou tudo isso, **será que começou do nada?** Ou se quando foi viver com ele já sabia que era agressivo? Então se já sabia poderia ter procurado ajuda para saber como tratar com ele, mas **é uma questão cultural, de instrução.** De novo quantas vezes? **Será que é coitadinha mesmo?** Enfermeira 15. ESF.*

*Parece-me que tem uma relação de convivência, na violência contra a mulher **ela mesma se violenta na medida em que é conivente** com todas as questões que estão sustentando essa **aculturação de submissão** que a mulher ainda busca proteção no homem e ele tem a posição de ser o protetor e o agressor, já que **ele é o forte na relação.** Médica 6. ESF.*

O masoquismo é outra representação que sustenta argumentos de transformação ideológica da vítima em culpada e, na perspectiva da análise dimensional, tanto pode estar ligada à dimensão do campo representacional, como modelo social para as “mulheres que vivem em situação de violência”; como a dimensão da informação, atestando desconhecimento sobre a problemática que envolve a VCM.

Barbiani e Meneghel^(133:112), apontam, que na perspectiva da “violência de gênero, a construção social da mulher vitimizada é aquela associada à fraqueza, ao masoquismo, à escassez de recursos individuais e materiais, representando um horizonte bastante acinzentado”. Essa representação reforça a culpabilização da mulher e a “crença” de que “algumas mulheres gostam de apanhar”.

*[...] muita mulher que é agredida **quer ficar nesta situação, infelizmente, [...] algumas vezes me parece que não querem ser ajudadas, por medo, por gostar do cara aceitam e se submetem.** Enfermeira 16. ESF.*

A desqualificação da mulher por estar nesta situação também foi expressa, mesmo quando o profissional considera ser uma visão preconceituosa. O entendimento de que a mulher é culpada por viver com o agressor é consenso até quando o profissional a considera vítima.

A violência contra a mulher pode ser física, moral. Só que não consigo ver a mulher como coitadinha, é uma coisa meio preconceituosa. Médica 7. UBS.

[...] começar fazendo a mulher perceber que é uma vítima de violência, que ela tem que se posicionar quanto a isso, que não é

culpa dela, mas muitas vezes é com a sua permissividade que ocorrem muitas situações de violência. Médico 3. ESF.

O entendimento de que a mulher é culpada por apanhar e permanecer vivendo com o agressor é forte e pode influenciar muito na conduta do profissional, principalmente, no que se refere ao descaso aparente na invisibilização da violência e na sua naturalização. Tratando-se, portanto, de escolha pessoal, não há o que fazer além de esperar que a mulher adote uma atitude de não passividade.

Entretanto, mesmo quando os profissionais estão inseridos nesse contexto de naturalização, mas visualizam o problema sob outras óticas, conseguem analisar as situações com maior segurança, isenção e entendem que a violência tem início lento, às vezes, imperceptível.

[...] existe muita crítica, de que a mulher não fez nada, na verdade ela não conseguiu fazer nada, porque não viu que a coisa estava indo para esse lado. Médica 20. UBS.

[...] tem uma questão de culpa, o que fiz, o que posso ter feito. Achar que sofreu a violência por algo que tenha dado brecha, que tenha feito. Enfermeira 19. ESF.

Porque elas têm muita vergonha da sua situação ao mesmo tempo sabem que não é certo, que é errado, que é ruim, mas elas não conseguem se libertar disso. E aí aparece aquela sensação de fracasso, de humilhação. Enfermeira 4. ESF.

Em relação à agressão psicológica Paim^(134:10) ressalta que “antes do agressor poder ferir fisicamente sua companheira, precisa baixar sua autoestima, de tal forma que ela tolere as agressões”. Paim explica que frequentemente o agressor começa buscando diminuir a mulher mediante pequenas coisas que ela diz ou faz, até ela sentir-se tão insignificante e considerar necessitar da sua ajuda até para decidir pequenas situações do dia a dia. Este movimento da violência é sutil, muitas vezes, imperceptível para ambos; com muita frequência a mulher tende a justificar e entender o padrão de comportamento do agressor⁽¹³⁵⁾.

Outro elemento que integra o campo representacional da violência contra a mulher, é a **denúncia**, particularmente, relacionada ao medo e a dificuldades das mulheres em denunciar os agressores. Para alguns profissionais, a justificativa são atitudes sadomasoquistas, como se o fato de fazer a denúncia fosse apenas uma simples escolha e pudesse resolver imediatamente a situação. Entretanto, outros

reconhecem que, frequentemente as mulheres não têm mais para onde ir, e, depois da denúncia retornam para casa e a convivência como agressor fica mais difícil.

*A principal dificuldade é denunciarem, irem às delegacias, elas não vão. A coisa é tão **patológica**, a **vítima** é tão **dependente** ao mesmo tempo tem uma ligação **sadomasoquista** que é muito difícil pegar aquela figura e ter coragem de ir lá. [...] Nunca falam em denunciar ou largar o agressor, por isso que considero uma relação **sadomasoquista**. Médica 19. UBS.*

A palavra sadomasoquista representa a dominação masculina, na qual a mulher-vítima sente prazer e é culpada pela própria sorte.

*[...] não têm para onde ir, têm medo do marido, muitas não denunciam. Ou se denunciam como já ocorreu aqui, depois acabam voltando à mesma situação a que estão expostas, com o marido drogadito, alcoolista, desempregado. É toda uma situação, que a gente **como PSF** também não tem muito como ajudar. Enfermeira 3. ESF.*

As mulheres não denunciam porque gostam de viver assim? Por que perdoam seus agressores e retiram as queixas? “Gostam de apanhar”? Destaca-se que são muitas as ameaças e pressões que sofrem para não fazer a denúncia. Quando superam os medos e as dificuldades e conseguem denunciar o agressor recebem alguma garantia de segurança, fortalecimento para que mantenha a denúncia que lhe custou tanto fazer⁽¹³⁶⁾? A denúncia é a garantia de que rompendo a relação violenta estará livre do agressor?

A fala da enfermeira “a gente como PSF não tem muito como ajudar” representa que a violência é opção de cada um? É possível os serviços públicos de saúde adotarem posições de expectadores?

Além da relação “masoquista” como referem alguns profissionais, outro fator que interfere para as mulheres não fazerem a denúncia é quando ainda acreditam que a relação com o agressor pode mudar, que possa voltar a ser o que era antes dos episódios violentos começarem a acontecer. Elas procuram o serviço de saúde na tentativa de pedir ajuda “para continuar levando a vida”, buscam uma “mágica” para mudar o companheiro, como dizem a enfermeira e a médica.

*Elas expressam medo em relação aos filhos, perder a casa ou os filhos. A maioria não expressa interesse em levar a queixa para polícia, vem aqui se queixar, mas não para registrar, como orientamos que façam. Não vão à delegacia. É mais um desabafo, para poder **continuar levando a vida**. Enfermeira 8. UBS.*

*A grande maioria não refere a denúncia. Esse assunto nem se fala. Na verdade elas gostam da pessoa. Então, elas não pensam nisso, a grande maioria não. Elas queriam fazer uma **mágica** para a pessoa mudar. Médica 8. UBS.*

A violência sexual também é pouco denunciada, principalmente quando o agressor é um familiar ou o próprio (ex) companheiro.

*Quando tem violência sexual e física, não denunciam a sexual. Normalmente elas **omitem** isso. Dependendo do caso, às vezes é o marido ou até o ex-marido, ficam com medo da reação do marido atual. É bem difícil. Algumas falam da agressão física e omitem a sexual. Médica 4. ESF.*

A denúncia implica mais um problema se somando a tantos outros e, como o agressor é parente, elas relevam. Além disso, existe a preocupação de não expor a vergonha que envolve a família nos casos de violência sexual, cujo agressor é um familiar. Nesses casos a resposta da família à violência sexual concentra-se em restaurar a “honra perdida”⁽¹³⁷⁾.

Nas situações que envolvem o abuso de meninas, as mulheres são apontadas como suspeitas de serem coniventes ou responsáveis pela perpetuação da violência simbólica, como no caso da mãe que não admite a possibilidade de a filha pensar em fazer o aborto legal^U determinando-a parir uma criança que foi gerada em um contexto de abuso, por considerar que a mulher deve levar a gestação a termo, independente de ser fruto de estupro e que “a criança que está por vir não tem culpa”. Ou seja, a representação da mulher como a única responsável pela concepção e neste caso, a predestinação da filha, como mulher, em passar pelas mesmas situações de violência vividas pela mãe que apontam para valores de submissão da mulher ao poder masculino. Além disso, no imaginário do senso comum ainda persiste a representação da mulher sedutora e responsável pelo “encantamento” do homem, fazendo com que “ele perca a cabeça”. O relato da enfermeira traz mais detalhes sobre a referida história do atendimento.

[...] atendi uma menina de treze anos grávida que foi estuprada pelo marido da prima. [...] Foi feita a denuncia pela menina e sua mãe [...]. Questionei sobre o aborto e o fato de ter sido estuprada, a mãe disse que tinha sido estuprada três vezes e que os filhos estão aí, incluindo a menina em atendimento. [...] O abuso só foi identificado quando a

^U O aborto legal é permitido, no Brasil, quando a gravidez resulta de estupro.

*menina ficou grávida. Informou que o abusador a ameaçava e ela tinha **medo** de contar. A mãe tem história de ter sido abusada várias vezes por homens diferentes, ficou grávida três vezes, não interrompeu as gestações porque acha que **as crianças não têm culpa**. Enfermeira 20. ESF.*

*A maioria diz que tem medo de denunciar, que caso ele seja preso volte a agredir. Tem sofrido ameaça de o marido querer matá-la. É o **medo**. Médica 11. UBS.*

O risco de morte também é um dos motivos pelos quais as mulheres não encaminham a denúncia⁽³²⁾. Porém, na maioria das vezes, o risco é desconsiderado pelos profissionais, que entendem ser mais uma desculpa para manter a relação com o agressor. Porém, quando a violência contra a mulher é considerada “um caso de polícia” as questões que envolvem a denúncia não são abordadas nos atendimentos, observa-se a omissão e os casos são passados adiante.

Portanto, apesar do consenso de que a mulher deve registrar queixa na Delegacia da Mulher, a denúncia do agressor ainda é controversa, os profissionais não têm respaldo institucional e as mulheres, na maioria das vezes não desejam que ele seja preso.

Nos resultados de pesquisa realizada na Delegacia da Mulher de Florianópolis, com mulheres agredidas e seus agressores, foi identificado que elas esperam encontrar apoio institucional, quando denunciam seus parceiros, o que, em geral, não ocorre e contribui para dificultar o rompimento da relação. A retirada da queixa é mediante promessas de não ser mais agredida ou por consequência de ameaças, conforme relata uma das entrevistadas pelos pesquisadores “ele diz que se eu não for retirar a queixa, ele... me mata e me joga dentro do mar, aí ninguém vai me achar”^(122:251).

Também foram referidas situações de mulheres jovens que estão expostas a outro tipo de violência, a de gerar um filho para ter livre acesso ao presídio. Pois até a 30ª semana de gestação a mulher pode entrar no presídio sem ser submetida a revista íntima e pode levar escondido, no seu corpo, objetos e drogas, para seu companheiro, que está encarcerado e tem o direito da visita íntima, o que é relatado pela médica.

*Elas vão transar no presídio para gerar um filho e servir de mula, porque a **gestante não passa em revista**, levam tudo que quiserem, nos genitais, nas calças, onde quiserem. **Fiquei chocada, muito***

mal. Um bandidão entrou aqui querendo carteira de gestante em branco, porque com carteira de pré-natal elas têm passe livre, privilégios e fazem visita íntima. Médica 12. UBS.

Novamente trata-se do poder de gênero e a naturalização da violência que justificam as atitudes de submissão das mulheres e chocam os profissionais. Essas usuárias além de terem sido expostas à “condição de mulas”, a partir da 30ª semana de gestação são impedidas de entrar no presídio o que implica assumirem sozinhas o nascimento da criança e, provavelmente, o fato de que outra mulher ocupe o seu lugar para ficar, por um período, na condição privilegiada de visitar o apenado sem ser revistada.

Dentre as mulheres em situação de violência, atendidas na ABS, destaca-se a surpresa de uma médica com a história de uma usuária que buscou o serviço de saúde da região logo após ter sido agredida pelo marido, com as marcas da violência no corpo “como um pedido de socorro”, o que é ilustrado pelo relato da médica.

*[...] uma delas foi que me chocou mais, ela fez questão de mostrar que tinha apanhado durante a madrugada, então já estava fragilizada, estava marcada, e ela veio para fila daquele jeito, porque a maioria esconde, coloca óculos, ela não, ela veio assim. Então, **era um pedido de socorro** já desde a fila para as pessoas que estavam ali. Aquilo ali me marcou, porque ela chegou com o rosto bem machucado, tu vias que era marca de soco, **para mostrar mesmo**. Médica 9. ESF.*

A fala da médica aponta que as mulheres precisam, às vezes, expor o sofrimento em público para que sejam atendidas e suas queixas reconhecidas. Entretanto, quando optam por essa atitude drástica, causam desconforto aos serviços que as atendem, pois fogem à representação da mulher submissa – culpada por “esconder a violência”, “viver com o agressor” e “não fazer nada para sair da situação”, usuária que não merece o envolvimento institucional porque deixa os profissionais com “as mãos amarradas”. Assim, quando ela rompe com todas as expectativas, se expõe e busca ajuda no serviço de saúde, causa espanto, desconforto, porém, permanece sem “espaço” no atendimento e fica na fila aguardando sua vez. Portanto, sem um local de proteção fica exposta aos olhares, aos julgamentos dos demais usuários (as) e da equipe de saúde.

A dimensão de campo das representações sociais da VCM na perspectiva

dos profissionais foi ilustrada por inúmeros relatos sobre atendimentos a essas usuárias, nos quais cada profissional **lembrou** de uma situação que **presenciou**, ficou **sabendo** ou **suspeitou**.

Assim, a partir do modelo social, expresso nas falas dos profissionais sobre o problema da VCM, o campo de representação foi constituído, principalmente, pelas mulheres com autoestima baixa, submissas ao agressor e dependentes economicamente dele; pelo silêncio e vergonha que fazem a mulher buscar o atendimento para o problema em outros serviços de saúde longe da região onde mora; pela vítima-culpada que além de “acender” a violência não rompe com a relação violenta; pela (não)denúncia; pelo agressor representado como homem doente; pelo estranhamento desse tipo de problema no contexto dos serviços de saúde (“um não lugar”) que é marcado pelos estereótipos da cultura da dominação do masculino sobre o corpo feminino. Enfim, as representações estão ancoradas em razões que justificam aos profissionais de saúde o não envolvimento com “esse problema”, por entenderem ser da esfera das instituições coercitivas e legais.

8.2 A dimensão da informação na representação da violência contra a mulher

Nas representações da violência contra a mulher (VCM) contidas no conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde, identifica-se que na perspectiva da análise dimensional de Moscovici⁽²²⁾ a dimensão da informação – que consiste no conhecimento sobre o problema da VCM – é precária, em especial, nos aspectos relacionados ao campo da saúde.

Assim, a dimensão da informação foi traduzida pela naturalização da VCM, pela expressão das dificuldades individuais e coletivas dos profissionais e, ainda pela indicação da necessidade de capacitações sobre o problema direcionado à equipe de saúde.

Nesse contexto, a precariedade da informação sobre o problema das usuárias em situação de violência foi demonstrada pelo entendimento da naturalização da VCM como algo que faz parte da vida dessas mulheres. Porém, a insuficiência

diagnóstica como consequência dessa naturalização também apareceu frequentemente na fala dos profissionais de saúde deste estudo.

Assim, a naturalização da violência contra a mulher no contexto de vida das usuárias foi destacada, por alguns profissionais, como um fato “cristalizado”, quer dizer, como se algumas mulheres estivessem seguindo um destino de gênero pré-determinado pela história de violência familiar vivida pela mãe.

*[...] muitas acham que é **assim mesmo** viveu a vida com o pai batendo na mãe, **não tem noção**. [...] reclamam para a mãe que orienta deixar, que vai passar, vai mudar. Enfermeira 16. ESF.*

*É uma **questão cultural**, para algumas mulheres, **faz parte** do seu dia a dia o marido chegar jogar o sapato na sala e reclamar que a comida está fria ou sem sal. É complicado fazer a mulher ver que isso é um tipo de agressão. Médico 15. ESF.*

*Começas a identificar outras coisas, como a agressão do marido, mas ela considera que isso **sempre foi assim** ou que já sabia desde quando eram namorados. É difícil fazer com ela olhe para isso como um problema. Já vi muitas mulheres que são agredidas e que os homens já não pedem mais desculpas, o processo é cada vez mais sério. Médica 16. ESF.*

Na dimensão da informação, as ideias, ideologias, culturas, visões de mundo se transformam em condutas preconceituosas tanto sob o olhar das mulheres como dos profissionais. A violência de gênero se manifesta pela falta de consciência das mulheres acerca de seus próprios direitos de cidadã. Elas negam, não problematizam a violência, é a própria naturalização. Strey et al.⁽¹³⁸⁾ ressaltam que “a própria percepção das mulheres de sua situação de vítima” é dificultada com a relutância “da sociedade em admitir que esta forma de violência exista e é um problema social” e, acrescenta-se à relutância do reconhecimento como um problema de saúde.

Para as enfermeiras e médicas (os) a “naturalização” da violência na vida das usuárias é uma constatação que dificulta a abordagem e a inclusão no plano terapêutico, uma vez que parece ser uma “situação naturalizada” e não considerada um problema para a mulher. Entretanto, também existe a preocupação de desencadear ações voltadas ao encaminhamento, esclarecimento e empoderamento da mulher, na busca de caminhos para romper com a passividade e desnaturalizar a violência, porém ainda não existe uma sistematização que dê legitimidade

diagnóstica para este tipo de atendimento, o que é ilustrado nas falas das enfermeiras:

*[...] aquela pessoa foi educada assim, para ela é normal [...]. Viu a mãe e outras mulheres apanharem, ouviu dizer que deveriam ficar quietas e que é normal. [...] tenta-se **encaminhar dar apoio** a mulher para que ela tenha condições de realmente se dar conta que aquilo não é o correto, não é o normal. Temos que procurar **saber dos recursos disponíveis e encaminhar**. Enfermeira. 10 UBS.*

*Explicar que pode tentar sair da relação ou passar o resto da vida apanhando, é uma decisão da mulher. E daí? Se ela quiser passar o resto da vida apanhando? Acho que o profissional da saúde **deve** mostrar os caminhos que existem e não admitir que fique passiva. Enfermeira 12. ESF.*

Elas expressam aquilo como se fosse comum, faz parte da sua vida, é normal o marido dar um empurrão [...]. Para elas é uma coisa comum, faz parte das suas vidas. [...] junto com os agentes comunitários, que são moradores da área, procuramos mostrar que isso não é comum, que não é normal ter esse tipo de violência. Enfermeira 6. ESF.

Diante da pouca informação sobre o problema, as condutas são espelhadas em representações ancoradas no plano do que é ideal “deve vencer a possibilidade”, “mostrar que não que é normal”. Mas e daí? Os profissionais têm consciência dessa naturalização? Considera-se que naturalizam e também acham que “não tem o que fazer”, pois não detêm informação para respaldar e, portanto persiste o isolamento que associa insuficiência diagnóstica e falta de respaldo institucional^(9;21,139,140).

A naturalização, portanto foi identificada também como causa da **insuficiência diagnóstica**, quando o profissional não tem elementos que possam legitimar condutas aceitas e respaldadas institucionalmente. Assim, interferir no processo que envolve as mulheres em situação de violência torna-se ilegítimo, conduta isolada e puramente ideológica. Esse entendimento de ilegitimidade é ancorado pela cultura de gênero, quando a dominação masculina determina as ações que a mulher deve adotar e diante desse “determinismo” fica difícil “nadar contra a maré”.

[...] com o passar do tempo te acostumas com essa lentidão histórica, não tens mais tanta pressa nem tanta urgência, não esperneias tanto, porque já sabes que podes afundar que o melhor é ir nadando e ficar em cima da água. Enfermeira 5. UBS

Essa insuficiência diagnóstica relacionada à naturalização da violência contra

a mulher, também foi identificada, quando o profissional considera que deve ter uma postura “neutra”, ou seja, “não se envolver e não identificar as situações” para **evitar conflito com a população local** e também quando constata falta de pessoas qualificadas para trabalhar a situação.

A concepção de que a VCM faz parte da vida de pessoas de **baixa renda** e com **pouco acesso ao ensino formal**, associado ao desconhecimento dos motivos que levam uma mulher a permanecer em uma relação violenta, também são fatores que influenciam na insuficiência diagnóstica e dificultam a identificação das situações de violência. As falas dos profissionais ilustram essa naturalização advinda da relação de poder homem-mulher na sociedade:

*Violência natural faz parte do contexto da sociedade [...]. Não é legal, não parei para pensar nisso [...]. No momento que crias palestras ou ações educativas para a população sobre o assunto já vão entender que estás vendo violência e **eles não devem ser vistos dessa forma**. Deves ficar **neutro**, infelizmente. [...] Tem **a vontade teórica**, mas **faltam pessoas qualificadas** para isso [...]. Médico 10. ESF.*

Na fala do médico “legal” é a representação do campo das leis, da coerção, indicando outro âmbito do problema que não é o da saúde.

*[...] geralmente nas classes menos favorecidas, que tem um grau de instrução menor, as pessoas têm essa ideia de **posse sobre a mulher**, têm essa ideia de que o homem tem que **impor a sua condição de dono da casa**. Então, acho que passa primariamente por uma **questão de educação**. Médico 2. ESF.*

*[...] algumas mulheres sofrem agressão física, mas eu acho que foram criadas com agressão física, então muitas continuam convivendo com aquela agressão [...]. Às vezes ouves as histórias, **sem opinar**, para elas desabafarem e ficas pensando como podem continuar com essa situação, porque elas continuam. Médica 8. UBS.*

Ouvir as histórias “sem opinar” é uma conduta influenciada pela falta de elementos teóricos sobre o problema da VCM. Nessa perspectiva a dimensão da informação inclui o plano da cultura/informação com concepções que são ideias e conhecimento sobre as coisas. Dessa forma os processos interpretativos dos profissionais respaldados nos serviços que levam à naturalização da VCM na demanda dos atendimentos, também são decorrentes da Medicina tradicional biologicista baseada em protocolos para estabelecer diagnósticos, condicionando o profissional a seguir o que está preconizado. Nesse contexto, em que não existem

chances de individualização dos problemas e condutas adequadas a sujeitos únicos, as representações sociais, como forma interpretativa da realidade social, interferem nas concepções da violência nas relações íntimas que são consideradas como de âmbito privado. Destaca-se nesse aspecto a reflexão de um médico:

*[...] a **violência** como **está muito impregnada no costume**, no jeito, entre aspas, no entendimento que todo mundo tem de que violência contra mulher acontece [...] que é **normal** que os casais briguem e que **não compete a terceiros se meter numa briga de dentro da família**. [...] se o médico vai na onda deste **pensamento tradicional e comum do que é a família**, [...] ele **não vai identificar** ou isso ai **vai bater em coisas do próprio inconsciente do profissional** que **ele não vai querer mexer** [...] para o médico **é uma segurança enquadrar a pessoa numa síndrome, num diagnóstico, existe um protocolo**, vai fazer aquilo ali e pronto, tu fizeste o que é certo. **O que é o certo?** Médico 5. ESF.*

Como fazer “o certo” sem se envolver e fugir da segurança de um diagnóstico seguro? Assim, essas ideias dos profissionais refletem um saber consensual, com representações da crença de que violência é um fato restrito a determinadas camadas sociais e que a permanência da mulher em uma relação violenta é justificada por padrões culturais.

Nessa perspectiva, o saber acadêmico, profissional, portanto, reificado nas concepções de Moscovici⁽²²⁾, fica comprometido pela falta de instrumentalização para respaldar o entendimento de que as relações familiares interferem na permanência da mulher em uma relação violenta, mas que independem do padrão cultural e do poder aquisitivo.

Identifica-se que muitos dos profissionais entrevistados sentem falta de alternativas para dar conta do atendimento às mulheres em situação de violência e buscam a superação de suas limitações. Esta constatação a partir das entrevistas remete a tentativas de alternativas que podem ser analisadas na perspectiva do espelhamento que representam formas de pensar o problema. Portanto, na ausência de um saber reificado as representações são construídas ancoradas na experiência de vida de cada um e na cultura de violência de gênero banalizada e naturalizada pelo sendo comum.

A ausência desse saber reificado é o resultado de historicamente os trabalhadores de saúde terem recebido pouca informação e habilitação para o entendimento da violência de gênero; além disso, o problema que envolve a

violência contra a mulher “não tem sido abordado nos cursos de graduação da saúde”⁽¹¹⁸⁾.

Diante do que já foi dito, a dimensão da informação também retrata que o escasso conhecimento sobre o problema da VCM na demanda dos atendimentos de saúde é traduzida pelas **dificuldades** referidas pelos profissionais de saúde, relacionadas ao atendimento dessas usuárias e são inscritas tanto na esfera **individual**, quanto na **coletiva**.

Nas **dificuldades individuais** destacaram-se, principalmente, as representações relacionadas ao despreparo, ao sentimento de estar com as “mãos amarradas” e ao medo.

A fala dos profissionais expressou que o **despreparo** é uma das principais dificuldades no atendimento às mulheres em situação de violência, na demanda dos serviços de saúde da Atenção Básica de Saúde. Aponta-se que associado às dificuldades advindas do despreparo profissional, o tema da violência envolve questões relacionadas à estrutura emocional de cada um e às representações implicadas no juízo de valores. Assim, para reconhecer e identificar uma usuária em situação de violência é preciso mobilizar estruturas internas, o que é muito difícil para muitos dos profissionais de saúde. Alguns “aprendem” a fazer os atendimentos com “distanciamento”, enquanto outros “sofrem junto”. Como diz o médico e a enfermeira:

*Temos que nos policiar muito para não expressar a indignação em algumas situações. Com o tempo e experiência a gente vai aprendendo a lidar com certo **distanciamento** da situação. É possível entender a situação e fazer um encaminhamento sem se envolver demais e expressar valores de juízo moral, como por exemplo, larga teu marido! Ele não presta! Médico 15. ESF.*

As questões de violência estão aí e existem, mas não vou a fundo. Não tenho estrutura e não sei o que fazer com isso. [...] Tenho dificuldade e não faria um bom encaminhamento. Se aparece aqui, sei os órgãos que existem para encaminhar. Mas dar suporte para a mulher naquilo que espera de alguém, minha tendência é chorar junto. [...] Grande dificuldade. Procurei algumas capacitações para ver se conseguia me liberar de algumas coisas [...] acho muito difícil, temos um papel imenso, mas falta estrutura. Enfermeira18. UBS.

Por outro lado, o despreparo para enfrentar as situações do dia a dia e a falta de institucionalização de ações voltadas ao atendimento das mulheres em situação

de violência, faz com que o profissional não saiba quais as ações direcionadas a estes atendimentos e, mesmo quando entende que o problema merece seu comprometimento, as representações do que é público ou privado interferem deixando evidente que o dito popular “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, ainda está muito presente no cotidiano dos serviços de saúde.

[...] é uma coisa que não é bem clara, as pessoas às vezes não têm muito claro onde procurar o recurso ou qual é o seu direito, e o profissional também às vezes fica com prurido de interferir nas relações. Às vezes é mais cômodo pensares que em briga de marido e mulher ninguém mete a colher, do que tentares fazer uma abordagem em relação a isso. Médico 5. ESF.

É consenso que a violência contra a mulher faz parte dos atendimentos na Atenção Básica de Saúde e que os casos são numerosos, entretanto, em algumas situações o despreparo para atender a esta demanda parece estar relacionado com o interesse de cada um, quer dizer, quem estiver interessado deve buscar a instrumentalização de que precisa, uma vez que “este tipo de atendimento” pode ser feito somente “pelas pessoas interessadas”. Isso é ilustrado, a seguir, com a fala de um médico:

*[...] O buraco é muito mais em baixo, tem que ser muito estudado, é muito complicado. O trabalho tem ser feito por pessoas **qualificadas** e, principalmente, **interessadas**. Médico 10. ESF.*

Questiona-se: o atendimento “delegado as pessoas interessadas” é porque a violência contra a mulher não está inserida no contexto da Atenção Básica de Saúde? É possível atuar nesta área sem estar interessado com a complexidade do problema? Ou a fala do médico reflete seu próprio despreparo para reconhecer a importância da questão?

A expressão “**mãos amarradas**” foi utilizada tanto para representar as dificuldades relacionadas ao despreparo profissional, como às implicações da complexidade que envolve o tema da violência contra a mulher.

Ela veio te deu o problema, botou na tua mão, estás com ele na mão e não o tem o que fazer, entende? Não tens como quebrar, desmanchar [...]. Médica 8. UBS.

A principal dificuldade é que ficamos de mãos amarradas e não temos muito que fazer. [...] ela terá que tomar atitude e envolve tudo o que já falamos inclusive a situação financeira, [...]. Ficamos de mão atadas em muitas situações. Enf13. UBS.

É tudo muito doido e sinceramente eu prefiro não saber. Se não

posso fazer nada não adianta eu saber. Enf17. UBS.

Se ela já foi pelas vias legais e nada aconteceu ficou perdida, de mãos atadas. Médica 16. ESF.

As expressões “não tens como quebrar, demanchar”, “mãos amarradas”, “não temos muito que fazer”, “mão atadas”, entre outras, atestam o desconhecimento sobre a problemática da VCM, mas também reforçam as representações ancoradas na violência de gênero que impõe à mulher o papel de subordinação e de vítima-culpada responsabilizando-a tanto pela geração da violência, quanto pela permanência na relação violenta, como já foi referido nesta análise⁽¹²⁵⁾.

Essa ótica traduz a naturalização das relações entre homens e mulheres e o desconhecimento de que a identidade sexual é construída histórica e socialmente. Portanto, o entendimento dos estudos de gênero põe “em pauta o aspecto relacional entre homens e mulheres e rompe com a postura de vitimização considerando que as violências praticadas contra as mulheres estão baseadas nas desigualdades sociais”^(118:233) e no poder masculino sobre o corpo feminino, naturalizado pelo senso comum. É nesse contexto que são expressas as dificuldades dos profissionais de saúde:

A primeira dificuldade é que muita mulher que é agredida quer ficar nesta situação, infelizmente, até podemos pensar que não é. Se vais fazer alguma coisa, tomar uma atitude mais radical elas ficam com pena do agressor. Enf16. ESF.

Por outro lado, expressões como “mãos amarradas” também estão relacionadas à ideia de que a violência contra a mulher não é um problema de saúde, mas de outra ordem, o que é reforçado pela fragmentação do conhecimento relacionado ao tema.

Além disso, em muitas situações o atendimento às usuárias da ABS, está voltado à lógica da clínica e ao cumprimento de metas, o que pode dificultar as ações direcionadas ao problema da violência contra a mulher, uma vez que os serviços de saúde precisam dar conta das metas estabelecidas pelos gestores, que não incluem nem priorizam o problema.

Seguindo a análise da dimensão da informação e ainda referindo-se às dificuldades individuais, como resultado do pouco conhecimento sobre o problema da VCM, o medo é outra representação que merece ser analisada. Em especial, o

que é sentido pelos profissionais de saúde destacou-se nas falas dos participantes. Além de expressar o sentimento individualizado, evidencia que estão sem respaldo teórico e também falta o apoio institucional, para dar conta das situações que envolvem a violência contra a mulher.

Aqui é uma zona de muito tráfico e a equipe fica muito exposta. [...] Um trabalho bem focado é importante, existe muita violência contra a mulher, pena que não é relatado, por vários motivos, principalmente, o medo. Enfermeira 16. ESF.

É muito difícil trabalhar no meio de uma vila, aquela coisa utópica que tens que fazer isso ou aquilo [...] imagina na próxima vez ele pode matar. [...] fica muito difícil para quem trabalha no meio de uma vila, fazer a notificação, assumir a notificação. [...] as represálias existem, são veladas, mas existem. [...] é a coisa do medo, da exposição que assumimos devido à proximidade [...]. É muito difícil e são poucos os que têm coragem de fazer isso, eu não tenho. Enfermeira 17. UBS.

Ainda temos muito medo, tanto de investigar, como de tomar atitudes, principalmente, porque a gente não sabe direito o que fazer e também a situação da violência em si. [...] O medo da denuncia ser feita por nós e de como ficará a condição de vida da mulher. Mas também acho que quando ela não tem condições a responsabilidade é nossa, entretanto é o maior receio do profissional. Enfermeira 20. ESF.

O sentimento de medo demonstra que, para alguns profissionais, a violência contra mulher está incluída nos atendimentos de saúde às usuárias, entretanto, não há um protocolo que proporcione segurança e respaldo; cada um “faz o que pode” dentro dos “seus limites”. Nessa perspectiva, expressam o sentimento de estar invadindo uma área que é dominada pelo poder masculino da região o que é representado pela expressão “mexer em uma ferida que pode estourar”, como disse o médico:

*A dificuldade é o **medo de se meter com essas pessoas**. O médico dá incentivos para elas, que ficam pensativas. O medo não é só do tráfico. [...] não temos problemas até não mexer com eles [...]. Faz o teu trabalho e respeita o trabalho deles, independente de ser errado ou não. Estou aqui para fazer saúde, questão primária, com as limitações, não vou me expor. A questão do receio e do medo. **Podes mexer em uma ferida que pode estourar.** [...] Médico 10. ESF.*

O tráfico de drogas está ligado às representações sociais do que não está incluído na saúde, ou seja, do que (não) fazer em saúde. Nessa perspectiva a violência contra a mulher está inserida no rol de “coisas” “fora” do âmbito da saúde,

“um lugar de não ver”. Portanto, representa que o profissional não precisa envolver-se nem responsabilizar-se por esses atendimentos. Assim, (na análise dimensional) a dimensão da informação, pautada no escasso conhecimento sobre o problema da VCM, dificulta o entendimento da importância de os integrantes das equipes buscarem a “construção de processos de trabalho centrados nas necessidades do usuário, nos quais as ações dos profissionais pautem-se pela integralidade dos sujeitos e pelo atendimento da população”⁽¹⁴¹⁾.

Na região que trabalhamos muitos andam com arma, trabalham com tráfico, usam drogas, como vão aceitar que a gente entre no seu lar para dizer que não pode agir assim? Então é um assunto muito delicado, fora isso temos a nossa função, a nossa parte, depois vem a parte judicial, vem a polícia o cara foi preso, mas ele volta. E quando volta está te esperando. Médico 17. ESF.

Por outro lado, vincular a violência contra a mulher ao tráfico representa que na região, o público e o privado são espaços de domínio e poder masculino, nos quais não há permissão para interlocução, uma vez que no espaço privado “tudo acontece” e não há o que fazer.

Às vezes eu fico até receosa, denunciou e depois, o que pode acontecer? [...] como é que ela volta para casa, tem segurança, não tem. [...] Nessa área aqui, a gente sabe, é pesado, muito traficante, tem gente andando armado. Então, tu também queres te proteger de certa forma e eu não sei [...] se eu quiser fazer uma denúncia e ficar acompanhando um caso como fica e a minha segurança? [...] Já um cara que bate na mulher, um cara violento. Eu acho que falta preparo, por faltar isso a gente fica meio receosa de fazer esse tipo de abordagem. [...] qualquer atitude delas pode se voltar contra nós. Médica 9. ESF.

A fala da médica representa a pouca informação sobre a VCM, bem como dos recursos disponíveis para o enfrentamento do problema; além disso, representa também a incompreensão do que é o “papal” do profissional, ancorado nas limitações da formação biologicista, medicalização da saúde com protocolos, definição de um diagnóstico legitimado, receitas médicas, exames e, assim, os “tratamentos que o paciente deve fazer condicionam a cura”⁽¹⁴²⁾.

O despreparo, o sentimento de estar com as mãos amarradas e o medo, são os elementos que representam as principais dificuldades individuais dos profissionais de saúde, sentimentos expressos e refletidos no pouco conhecimento sobre a problemática que envolve o atendimento às mulheres em situação de

violência no contexto dos serviços de saúde da ABS.

Destaca-se que o medo também é uma representação vinculada ao âmbito de outros setores, assim, a impunidade é outra forte representação relacionada à violência e à vulnerabilidade de quem se envolve com o problema. Além disso, o profissional é técnico e o âmbito da técnica não se inscreve no “político”, portanto na representação do medo a expressão “isso não é nosso” justifica o não envolvimento dos profissionais de saúde com o problema da VCM.

Seguindo a análise da dimensão informação, o escasso conhecimento sobre o problema da VCM também é expresso pelas **dificuldades dos coletivos profissionais**, traduzidas pelas representações relacionadas aos serviços, pela precariedade das redes e dos recursos necessários ao atendimento das mulheres em situação de violência.

As representações das dificuldades dos coletivos profissionais relacionadas aos **serviços** estão pautadas na demanda, no fator tempo e nos inúmeros programas que as Unidades de Saúde precisam dar conta. O fator tempo, muito referido, é necessário para entender/atender todas as repercussões da violência na vida das mulheres, mas por um lado o excesso de atividades pode ser uma desculpa, pois a violência não pode ser resolvida com um “remedinho”. Não se tem tempo então “não se atende”, “não se enxerga” e “não se enfrenta”. Pode ser uma bela desculpa e um bom argumento para “não saber como fazer”.

Dar conta dos inúmeros programas estabelecidos pelas políticas de saúde em um contexto no qual não estão incluídas as ações direcionadas às mulheres em situação de violência, associado ao pouco conhecimento sobre o problema, implica o profissional de saúde agir, muitas vezes, como um leigo, seguindo sua própria intuição.

[...] têm algumas questões, uma é a disponibilidade de tempo, [...] não vais ouvir a pessoa em cinco minutos. [...] outra é existir fluxograma de como encaminhar a paciente, porque ouço, detecto, levanto várias coisas e não tenho o que fazer com a criatura. Médica. 8 UBS.

Teria que ter adequação melhor para atender as pessoas, depende muito da gestão, na prática é meio solto. Enfermeira 19. ESF.

Se perguntares o que é que dá para a UBS fazer hoje objetivamente, além das questões pontuais de cada um, em comunidade eu não saberia o que te dizer. Médica 20. UBS.

Associadas às condições dos serviços, os profissionais expressaram as dificuldades impostas pela sobrecarga emocional mobilizada para enfrentar a realidade local, elemento esse que pode favorecer a criação de estratégias para lidar com o sofrimento causado pelas dificuldades^(9,141), como por exemplo, o fortalecimento das representações ancoradas na naturalização da violência e no entendimento de que a ABS não tem estrutura para dar conta desse problema.

Nesse contexto, também foi referida a falta de estrutura dos serviços, que começa no acolhimento e continua durante o atendimento da mulher em situação de violência, fato que expõe a usuária e pode ser um fator que limita essas mulheres a buscarem ajuda e orientação nos serviços de saúde.

A mulher está chorando, estás com uma fila de pessoas para atender, tens que atender rapidinho. [...] está na fila, esperando todo mundo olhar para ela com o olho inchado, quando entra na consulta tem que tirar a roupa para ser examinada. [...] não tem um local onde a mulher que foi agredida possa ser atendida aonde vai se sentir mais protegida. [...] está acompanhada da polícia [...] as que estão aguardando o atendimento já ficam sabendo que ela apanhou [...]. Muitas vezes a paciente é maltratada no próprio atendimento e o profissional nem se dá conta. Médico 17. ESF.

A fala do médico, mesmo descrevendo um setor de emergência, ilustra situações de constrangimento impostas às mulheres que buscam atendimento de saúde logo após terem sido agredidas por um parceiro íntimo. Considera-se que a naturalização da violência e a representação social voltada à culpabilização da mulher pela permanência em uma relação violenta, contribuem para que o profissional de saúde “não se dê conta” de que o processo de trabalho está gerando maltrato à usuária, principalmente, nessas situações.

A **precariedade dos recursos** para esse tipo de atendimento foi uma das dificuldades mais referidas e enfatizadas, evidenciando que, para a maioria, o trabalho é desarticulado, solitário e sem retorno dos encaminhamentos realizados.

[...] faltam locais que recebam essas mulheres, que trabalhem o aspecto da autoestima. Enfermeira 10. UBS.

[...] Na gerência recebi uma pasta com os telefones, comecei a ligar e nenhum estava funcionando. Me senti absolutamente sozinha, ficas com uma angustia muito grande sabendo que as coisas estão acontecendo, aquela mulher chorando, graças a Deus que sumiu. [...] a rede de apoio teoricamente é muito bonita, mas na prática, quando começa ir atrás, o Conselho Tutelar é omissos, as coisas são muito

lentas, é uma coisa velada. Desestimula muito. Enfermeira 17. UBS.

[...] às vezes tu estás com a mulher aqui e tu não sabes o que fazer. Para onde eu posso ligar? Como é que eu posso ajudar? [...] tenho uma grande dificuldade de conseguir consulta de Psiquiatria e Psicologia e são mulheres que vão precisar disso, porque eu não tenho formação, não sou psiquiatra, nem psicóloga [...]. Médica 9. ESF.

Direcionar o problema da VCM para a saúde mental pode representar a “fuga” dos próprios profissionais, que faz parte dessa despersonalização ou falta de legitimidade da violência como problema de saúde, que escapa à técnica de “solução” terapêutica efetiva. Na ótica biologicista as “práticas que não têm soluções imediatas são desconcertantes”.

Estou aqui há três anos, quando eu trabalhava no Estado não havia essa preocupação. Agora tem todo um movimento e quando preciso disso ai, é difícil, mandar para outro lugar. [...] Não tem uma estrutura inteligente, tens que criar estratégias imediatas, dar pelo menos um apoio orientado, é só o que tu fazes. O que podes e tens que fazer é fortalecer essa pessoa para que tome a atitude sozinha, porque é uma coisa delicada. Médica 19. UBS.

A fala da médica “quando eu trabalhava no estado não havia essa preocupação”, refere-se ao trabalho em uma UBS, na cidade de Porto Alegre, localizada em outro distrito que não faz parte na região em estudo. Essa afirmação pode refletir que a tentativa de incluir o atendimento às mulheres em situação de violência pode ser um “movimento” localizado de uma Gerência de Saúde, fato que consolida as dificuldades, principalmente, relacionadas aos serviços e aos recursos necessários.

Nesse sentido, o envolvimento da saúde com os problemas decorrentes da violência, em especial, contra a mulher, demanda um esforço de mudança de paradigma do modelo clínico, o que é traduzido pela representação da falta de estrutura ou recursos, uma vez que a não inclusão da violência nas prioridades dos atendimentos reflete no estranhamento e entendimento de que a violência é de outra esfera, ou seja, das instituições voltadas à segurança e ao judiciário.

O sentimento de insegurança reflete a falta de recursos que é associada ao descompromisso institucional na promoção de estrutura e condições de trabalho para o enfrentamento das questões que envolvem o atendimento de usuárias em situação de violência.

[...] ficamos muito expostos a conflitos [...] não temos guardas, que dão certo respeito. Como a nossa rede é um pouco enfraquecida, não vamos ter depois um suporte. O agente comunitário que vai a casa e vê uma mulher sendo agredida por um homem vai sofrer represália, na sua casa, depois à noite, o familiar vai bater na sua casa. Então nós aqui do posto temos que dar aquele suporte, mas temos que ter um suporte por trás. Enfermeira 6. ESF

Na dimensão da informação, descompromisso institucional representa o pouco embasamento teórico sobre o tema, além do desconhecimento das atuais políticas de enfrentamento da violência contra a mulher, que instituem ações voltadas à identificação precoce dos casos, acompanhamento dos encaminhamentos aos serviços de referência, enfim, responsabilidade e comprometimento dos serviços de saúde com a usuária em situação de violência⁽¹⁴³⁾. Esse descompromisso institucional também está ligado à dimensão de campo da representação, indicando que a naturalização da violência reforça o entendimento de um modelo social que banaliza a violência de gênero.

Entretanto, mesmo diante de muitas “queixas” relacionadas com a precariedade dos recursos, vários profissionais citaram a ficha de “notificação dos agravos por causas externas”^V, instituída com a criação do Grupo de Observadores da Lomba em 2001, como um instrumento para a visibilização da violência e, principalmente, como suporte para o encaminhamento e resolução do problema⁽¹¹⁵⁾.

*Tem **um grupo que cuida** das Causas Externas, não é só violência contra a mulher, mas qualquer tipo de violência [...] a gente preenche este relatório, que é avaliado pela gerência distrital e feitos os encaminhamentos frente aquele relatório. Então, tem um serviço por trás, que se inicia com o preenchimento do relatório e a partir daí se vai dado andamento para a resolução do problema, ou até para se criar algumas medidas preventivas para tentar evitar que o problema aconteça novamente. Médico 2. ESF.*

*Aqui a tem a organização das Causas Externas. Faço a ocorrência como Causa Externa e dou os encaminhamentos necessários. Oriento a mulher, tendo todo um cuidado. [...] Tem essa pesquisa das Causas Externas. Normalmente a gente faz a abordagem aqui e se tem alguma dificuldade passamos para a G, que é uma referência para **levar os casos, para discutir**. Médica 1. ESF.*

O Grupo de Observadores de Causas Externas é uma particularidade da Gerência da região em estudo. Porém, a precariedade dos recursos associa-se à

^V Vide Apêndice A – Estudos Monográficos.

falta de comunicação entre os profissionais e as equipes; enquanto alguns estão engajados na proposta, outros desconhecem que existe o grupo, ou ainda, a participação se restringe ao profissional “com interesse” no assunto, que “fica responsável” pelos atendimentos dos casos de violência na UBS ou ESF. Nessa perspectiva, identifica-se na dimensão da informação a representação de que a “violência é coisa de especialista”, “não tem competência local” e os casos são discutidos em outro espaço.

A influência de suporte técnico institucional adequado para além da clínica, é constituída de elementos que precisam ser acionados, devendo, portanto, os profissionais (re)construir a própria prática. Como, se a violência não está incluída na agenda dos serviços de saúde? Se a ABS é “um lugar de não ver” a violência?

Diante desse impasse, Deslandes⁽¹⁴⁴⁾ aponta para a importância das equipes de saúde desenvolverem olhares ampliados, processos de trabalho favoráveis à construção do sujeito e, principalmente, a consciência de que na Área da Saúde o profissional está diante do outro fragilizado. Para tanto, é necessária uma conduta profissional pautada no reconhecimento dos direitos do usuário/cidadão, no compromisso ético e na responsabilização profissional proposta por Ayres⁽¹⁴⁵⁻¹⁴⁷⁾.

Destaca-se que a referida falta de recursos no atendimento é agravada pela inexistência de instâncias “para as mulheres” nos moldes dos Conselhos Tutelares e Conselhos do Idoso, instâncias institucionais de proteção à criança e ao idoso, que são (ou deveriam ser) aliados para amenizarem as dificuldades impostas pela precariedade dos recursos e, de certa forma, configuram como responsabilidade institucional, descaracterizando a individual do profissional de saúde, em especial, nos casos que envolvem denúncia ao Conselho Tutelar e Ministério Público.

Entretanto, nos atendimentos às mulheres em situação de violência, não existe envolvimento institucional, mas sim obrigatoriedade de notificação dos casos e das suspeitas, com o preenchimento do Relatório individual de notificação acidentes e violência (RINAV), que, a partir de 2009, está sendo “progressivamente universalizado a toda a rede do SUS”, do Estado^(148:7).

A notificação é recente e até setembro de 2009, ainda não estava sendo implantada nas Unidades de Saúde em estudo. Deve ser preenchida em três vias, nos casos das mulheres, a primeira é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde

a que pertence a Unidade que está realizando a notificação e, segunda e terceira via “ficarão arquivadas na própria Unidade, com acesso restrito”^(148:8). O Anexo 4 ilustra o fluxo estabelecido para todas as situações de suspeitas de violência.

Constata-se nesse sentido que, além de não existirem outras instâncias para auxiliar no enfrentamento da violência contra a mulher, o serviço de saúde ainda fica responsabilizado pela guarda da notificação, com acesso restrito. Assim, como questão “da vida privada”, pode-se reconhecer as dificuldades em entender a violência como responsabilidade institucional e do Estado, atestando a “difícil” mudança nas representações sociais ligadas ao espaço da vida privada e à transposição da violência de problema privado para responsabilidade pública.

Assim, seguindo a análise da dimensão informação com o enfoque do pouco conhecimento dos profissionais sobre a problemática que envolve a VCM, a necessidade de capacitação sobre o tema foi referida pela maior parte dos profissionais que participaram deste estudo. Constatou-se que a necessidade de informações sobre a sistematização do atendimento a essas usuárias, foi referida por enfermeiras e médicas(os) das UBSs e das equipes de ESF, espaços com diferentes peculiaridades, mas que enfrentam as mesmas dificuldades relacionadas aos casos que envolvem situações de violência, em especial, contra as mulheres.

*Até em relação aos aspectos legais considero que **deveria** ser abordado na nossa formação, direitos e deveres. [...] como proceder, para que servem o Conselho Tutelar, as polícias, delegacias, como e quando procurar, como fazer e quais os encaminhamentos.* Enfermeira 1. ESF.

*[...] são coisas que a gente vai aprendendo no dia a dia e a Universidade **deveria** abordar o tema em sala de aula, até para teres alguma noção. [...] falta educação continuada sobre o tema.* Enfermeira 12. ESF.

Suspeitamos do que conhecemos, do que estamos capacitados para fazer [...]. É importante não só para o médico, o primeiro contato no posto é com a equipe de enfermagem e se ela estiver capacitada ela consegue suspeitar, é o primeiro passo, capacitar para a suspeita, para a abordagem, para ajudar a encaminhar [...]. Os gestores são os responsáveis pela promoção das capacitações. Médico 14. PSF.

Destaca-se a fala do médico que diz “suspeitamos do que conhecemos, do que estamos capacitados para fazer”, por considerar que, mesmo sendo de um profissional que atua em uma equipe de ESF, especialista em Saúde da Família, sua

fala além de apontar que o tema da violência contra a mulher não foi incluído na sua formação, ainda retrata a lógica biologicista, que implica, principalmente, um atendimento clínico pautado em sinais e sintomas. Tal fato pode repercutir nas condutas terapêuticas, que serão abordadas a seguir.

A capacitação (qualificação) representada como alternativa para auxiliar o enfrentamento dos atendimentos que envolvem violência, por um lado significa o reconhecimento do pouco embasamento teórico no sentido da informação, na perspectiva na análise dimensional. Entretanto, parece estar ancorada no que “deveria ser feito” e na “passividade”, ou seja, os profissionais ficam esperando a “vontade institucional” e “dos gestores” para terem acesso ao conhecimento necessário a esse enfrentamento. Considerando que é característica dessas profissões a busca constante pelo conhecimento atualizado sobre tratamento de doenças e práticas de educação em saúde essa “espera passiva” pelas iniciativas institucionais, indica que ainda não consideram, de fato, a violência como problema de saúde e responsabilidade profissional.

Portanto, embasadas nessas análises entende-se que a demanda dos atendimentos na ABS está repleta de usuárias em situação de violência e a ótica dos profissionais pode fornecer pistas para o entendimento das questões que influenciam a dimensão da conduta nas práticas terapêuticas adotadas nesses serviços, no atendimento a essas mulheres.

8.3 A dimensão da atitude na representação da violência contra a mulher

Vale lembrar que para este estudo, considerando a perspectiva da análise dimensional, a dimensão atitude refere-se ao posicionamento positivo ou negativo dos profissionais, expresso nas representações da VCM, o que pode influenciar as condutas e práticas terapêuticas. Para Moscovici “resolver problemas, dar uma forma às interações sociais, fornecer um molde à conduta são motivos poderosos para edificar uma representação e transvazar o conteúdo de uma ciência, de uma ideologia [...]”^(22:79).

As representações sociais da VCM na dimensão da atitude materializaram-se em condutas que determinam vários elementos, entre eles o vínculo, a fragmentação das práticas, o trabalho em equipe e os encaminhamentos. Porém, antes de analisar esses elementos inicia-se com as queixas das mulheres sob a perspectiva das enfermeiras e médicas(os), por considerar que são referências importantes na “transposição” de ideias, interpretações profissionais das situações apresentadas, frente às necessidades de classificá-las em diagnósticos legitimados e passíveis de serem “tratados” no âmbito das práticas de saúde.

Durante a entrevista, foi perguntado ao profissional da saúde que participou do estudo, quais as principais queixas das mulheres que são atendidas na demanda dos serviços, independentemente de estar ou não em situação de violência. Inicialmente identificaram-se dois elementos, as principais queixas e as poliqueixosas.

As **principais queixas** das mulheres que buscam o atendimento na Atenção Básica de Saúde estão relacionadas com dores, ansiedade, depressão e tratamento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

As queixas são de sintomas depressivos, aquela coisa de ansiedade: não consigo dormir, quero um remédio pra ficar mais calma, e aí já começam a chorar [...]. Médico 9. ESF.

*Depressão, Diabetes, Hipertensão é natural, mas o que chama a atenção são a **depressão e a dor crônica**. Médico 14. ESF.*

Para os profissionais, em geral as mulheres não expressam diretamente as situações de violência e, em muitos casos nem percebem que estão sendo submetidas a este agravo. Porém, entende-se que as queixas difusas são uma tentativa de incluir na clínica um espaço para seu sofrimento.

Destaca-se ainda, a cronicidade da dor, que ocupa “lugares diferentes no corpo” para as mulheres jovens e para as idosas. Para as jovens a dor é mais localizada no abdome, região do corpo que gera a vida, próxima dos órgãos reprodutores; para as idosas as dores são osteoarticulares, que podem ser representadas pelo esforço físico do trabalho e por anos de tensão, é uma dor crônicas “construída ao longo de anos” vividos em “contextos familiares muito complicados”, como diz a médica, a seguir:

A maioria vem com queixa de dor de cabeça, problemas

*ginecológicos e na consulta identificamos que tem uma **pontinha da violência** [...], muitas vezes elas nem se dão conta. [...] Tem a questão de abuso que a mulher não considera porque é casada. [...] acha que tem que ceder. Então isso é traduzido em dores de cabeça, náuseas, cólicas. Enfermeira 15. ESF.*

***Dores do corpo e da alma**, que geralmente vêm de coisas bem mais complexas do que uma dor muscular ou tristeza, um luto, por exemplo. São dores construídas ao longo de muitos anos dentro de contextos familiares muito complicados. [...] A grande maioria das dores, das mulheres atendidas aqui, tem um componente emocional bem presente, que facilmente é identificado. Médica 16. ESF.*

As “dores do corpo” quando analisadas sob a ótica clínica, mesmo difusas, são diagnosticadas e indicam a possibilidade de terapêutica medicamentosa, para tratar os problemas ginecológicos e osteomusculares. Porém o que fazer com as “dores da alma” e com a “pontinha de violência” que causa cólicas, náuseas e dores na cabeça? Essas são representações ancoradas na dimensão informação precária sobre o problema da VCM, traduzidas pela insuficiência diagnóstica de orientação biologicista, que influencia a dimensão da atitude, gerando assim, ações desfavoráveis à usuária, uma vez que ela não encontra nos serviços de saúde o espaço para resolver seus problemas, o que contribui para a naturalização e perpetuação da violência na vida dessas mulheres.

Porém, diante de um olhar um pouco mais atento, os casos começam a ficar mais frequentes, como se a tradução das queixas “aparentemente clínicas” indicasse outras possibilidades de abordagem e, aos poucos, outro diagnóstico começa a ser desvendado, de certa forma ainda desconhecido para a Área da Saúde, pois o profissional ainda não sabe como dar conta, mas está aprendendo a identificar.

*[...] aquelas pacientes vítimas de violência, não é que elas sejam tão queixosas, elas vêm com uma **queixa vaga**, um dia está com dor de cabeça, enxaqueca, outro dia está com corrimento, um dia teve cólica menstrual, outra dia não sei o quê. Mas, daí quando tu começa e perguntas assim: “e como é que está tua vida sexual? Como é que estão tuas relações? Como é que andam as coisas com o teu marido?” Ela nem fala mais aquela queixa [...]. Médica 8. UBS*

*Elas vêm para fazer algum outro atendimento na Unidade e durante a conversa a **gente consegue descobrir e pinçar isso**. [...] por trás daquelas depressões crônicas, [...] de muito tempo, tudo por trás tem uma situação de violência. A gente também **busca, garimpa**. Enfermeira 4. ESF.*

Buscar o serviço de saúde “para outro tipo de atendimento” é uma estratégia

que as mulheres encontram para serem ouvidas. Considerando que os serviços e profissionais não estão “aptos” para “enxergar” ou responsabilizem-se por ações contra a violência, ainda não legitimada como problema de Saúde Pública, a solução é arrumar uma alternativa de entrada no sistema de atenção. Por outro lado quando a enfermeira diz que “busca, garimpa” está indicando, na dimensão da conduta (atitude), um posicionamento positivo frente ao problema da VCM.

*[...] é uma coisa **velada**, elas trazem de uma forma muito velada e depois de vários contatos, não é na primeira vez. [...] são **mulheres de mais idade**, que têm uma longa caminhada de relacionamento.*
Enfermeira 9. UBS.

A expressão “velada” indica que essas mulheres se “disfarçam” para serem atendidas. A fala da enfermeira, dizendo que são “**mulheres de mais idade, que têm uma longa caminhada de relacionamento**” destaca a importância da questão geracional no tema da VCM. Muitas dessas usuárias provavelmente já não estão mais vivendo as agressões físicas e psicológicas causadas por companheiro íntimo, saíram da relação violenta, porque conseguiram se separar ou são viúvas, os maridos envelheceram, enfim são vários os motivos. Porém, ficam as marcas, ela fica sendo “**corroída por uma relação mal resolvida, vai morrendo aos poucos**” como refere a médica que se sente impotente para resolver o problema:

*A nossa jovem daqui que é a mulher que vai dar problema, pois identifiquei muito a **submissão**. A minha preocupação é que 99% das mulheres que atendo aqui não vai melhorar nunca da diabetes, da pressão, disso ou daquilo físico, porque ela fica sendo corroída por uma relação mal resolvida, pode ser que nunca leve um tiro, mas ela vai morrendo aos poucos e **eu não resolvo o seu problema**.*
Médica. 20 UBS.

O desabafo da médica expressa a impotência individual na resolução do problema, que resulta em ausência de conduta (atitude).

Dentre as principais queixas das usuárias dos serviços, alguns profissionais citaram as condutas das próprias mulheres em situação de violência. Em geral **elas não buscam o posto** logo depois de terem sido agredidas, algumas **escondem** a agressão no início da consulta e outras expressam **abertamente que estão precisando de ajuda**.

[...] ela vem buscar uma coisa que por trás daquilo estás percebendo que tem outra. [...] veio para se queixar da vida na verdade. [...] várias queixas [...] vais ver que ela não tem nada, [...] quando

começas a procurar alguma coisa [...] encontras tudo, tudo que tu possas imaginar [...]. Médica 8. UBS.

Muita violência doméstica, muita mesmo. Outro dia atendi a menina aqui do lado que o cara já cortou ela toda, bateu no filho com um pau. Médica 12. UBS.

Nessa ótica, as mulheres que não buscam atendimento logo após a agressão, escondem ou então expressam publicamente sua condição, além de usarem subterfúgios para serem ouvidas com “as queixas da vida”. Nesse sentido, as múltiplas queixas são expressões (in)voluntárias, para as mulheres chegarem até o serviço, serem ouvidas por alguém e talvez a chance do reconhecimento de seu sofrimento por violência. Portanto, a dimensão da atitude o posicionamento dos profissionais, positivo ou negativo, diante das situações que envolvem violência, vai determinar se essa mulher será acolhida e identificada a sua situação de violência, ou se continuará buscando os serviços na condição de “poliqueixosa”.

Durante a entrevista com os profissionais de saúde, questionou-se sobre as mulheres que são **rotuladas de poliqueixosas**. Apesar de considerar que o rótulo é pejorativo, havia o interesse da pesquisadora em identificar se sob a ótica dos profissionais, existe relação das “mulheres poliqueixosas” com as mulheres que estão ou estiveram em situação de violência.

Alguns dos profissionais de saúde consideraram a possibilidade de as “poliqueixosas” estarem na realidade expressando sofrimento por violência e outros afirmam que ainda não haviam pensado sobre isso. Nessa perspectiva, rótulo é uma forma de não enfrentar o sofrimento difuso provocado pela violência de difícil diagnóstico e de conduta que escapa à prescrição pura e simples. Rotular nesse caso é uma forma de dar menor importância às queixas de difícil enfrentamento. Desqualificar a mulher e o problema que ela refere, adotando assim, uma atitude negativa em relação à VCM, mostra as dimensões do campo representacional, expressas na naturalização da violência, e a insuficiência diagnóstica ancorada no nível precário de informação/conhecimento.

Sobre a poliqueixosa eu nunca tinha pensado na possibilidade da violência, temos que ampliar o leque. Médica 16. ESF.

Temos cuidado com esses rótulos, mas várias vezes estão registrados no prontuário e é comum. Mas temos muito cuidado para ver o que está por trás daquela paciente que vem a cada quinze dias

consulta com muitas queixas. Certamente está relacionado à violência e outras coisas. Médico 15. ESF.

Porém, para a maioria dos profissionais, a relação das usuárias poliqueixosas com as situações de violência é evidente. Relatam casos de mulheres que sofreram abuso na infância e ainda **não conseguem falar sobre isso**, que procuram o serviço de saúde frequentemente referindo queixas que são resolvidas.

[...] são mulheres que sofreram muito, vêm ao posto por motivos variados, realmente são poliqueixosas, sempre tem uma dor [...] filho doente, marido doente, cachorro doente, sempre tem alguma coisa que não está bem. [...] em algumas a gente chega a perceber que existe o problema da violência, mas tem também a hipocondria. [...] muitas estão em situação de violência e depois a gente acaba descobrindo. Enfermeiras 5. UBS.

[...] muitas vezes tem violência por atrás. Isto é uma coisa impressionante. Até eu não sei o quanto em termos percentuais, se tem alguma pesquisa que mostre clinicamente essa relação. Se fores um pouquinho mais, vais ver. Tu não consegues fazer CP numa mulher, tu já sabes. Começas a enxergar de longe. Médica 1. ESF.

A enfermeira diz que outra possibilidade de identificar a mulher que está em situação de violência é na triagem pela observação da usuária que procura com frequência o serviço de saúde solicitando medicação para “dor de cabeça”. Nessas situações, quando o profissional não limita o atendimento à entrega do analgésico, procura investigar e pesquisando o prontuário encontrará vários registros de queixas de “dores de cabeça, problemas menstruais e cólicas”. Visualiza-se assim, uma atitude que revela um posicionamento positivo frente ao problema. A enfermeira explica como faz a abordagem

[...] quando começo a conversar sobre a dor de cabeça, que faz muito tempo que tem a queixa e a necessidade de investigar, muitas vezes relatam que sentem a dor de cabeça quando acontece tal coisa. Ou então dizem que não precisa investigar porque é coisa passageira, dá e passa. Então a gente vai direcionando para um ponto até descobrir que envolve violência contra a mulher ou contra os filhos. Enfermeira 15. ESF.

Em um primeiro momento, ao direcionar o olhar para queixas das mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde, parece que as “situações de violência” são inexistentes. Entretanto, na medida em que os profissionais começam a falar e refletir sobre os “casos” que atendem, percebem o quanto o problema está presente, velado e invisibilizado, tanto por parte das mulheres, como dos próprios profissionais

que ainda não construíram condutas terapêuticas para esses atendimentos. Pode-se admitir também a insuficiência diagnóstica nessas situações, o que já foi analisado na dimensão da informação da representação.

Os elementos discutidos remetem ao aprofundamento das concepções do que é constatado como queixas difusas, poliqueixas, inexistência de registro sobre violência explícita, enfim o que está na base da invisibilidade da violência^(9,14,21). Esses elementos traduzem representações refletidas nas condutas (atitudes) por posicionamentos negativos dos profissionais de saúde em relação ao problema da VCM.

Avançando nas reflexões relacionadas às queixas das mulheres, sob a ótica dos profissionais, analisa-se os demais elementos que constituem a dimensão atitude e que determinam as condutas, dentre os quais destacam-se o vínculo, a fragmentação das práticas, o trabalho em equipe e os encaminhamentos.

O vínculo como relação da mulher em situação de violência com os profissionais de saúde é um processo lento e pode ser dificultado por vários elementos, dentre eles, a criação de barreiras no primeiro atendimento, ou seja, a usuária necessita entender que sua queixa está sendo ouvida e, principalmente, que o profissional está disposto a escutá-la.

*[...] elas procuram o apoio [...] sentir que a **porta está aberta**, porque se fechores no primeiro momento, elas já não retornam, temos que estar abertos, não criar barreiras, porque perde todo o vínculo [...].*
Enfermeira 2. ESF.

A “porta aberta” representa a dimensão atitude como um posicionamento positivo frente ao problema da VCM, indicando que o profissional está adotando a tecnologia da escuta ativa, na qual a usuária é acolhida e suas queixas são ouvidas e consideradas^(145,149,150). Porém nem todos adotam posicionamento favorável à construção desse vínculo como conduta, uma vez que serviços e gestores não priorizam esses atendimentos na ABS.

Para os profissionais deste estudo, o primeiro momento do atendimento é um desabafo, porque as mulheres consideram que **a situação de violência faz parte de suas vidas**, que não há o que fazer e aproveitam o interesse do profissional para conversar sobre seus problemas. Nessa perspectiva, a situação de violência não está incluída na consulta, e, na maioria das vezes, para ser identificada precisa ser

investigada, mesmo quando já existe o vínculo da usuária com o profissional.

Elas procuram para outras coisas e depois que criam certo vínculo elas contam outras coisas [...]. A queixa básica nunca é a primeira, a violência. É escondido, só aparece depois de muita intimidade, muito vínculo. [...] sem vínculo não contam [...] tens que esperar as coisas acontecerem e não se precipitar. Enfermeira 5. UBS.

Portanto, a conduta do profissional que espelha a naturalização da violência confere ilegitimidade de expressão às mulheres sobre seu problema e reduz as possibilidades de a usuária manifestar seu sofrimento, mesmo quando ela já tem um vínculo estabelecido com o profissional e o serviço de saúde. Por outro lado, nesses casos, para o profissional de saúde o vínculo é representado como “cumplicidade e compreensão” diante de um problema que, apesar de ter sido identificado e reconhecido, está fora do âmbito da Saúde. Assim, enquanto “cumplicidade e compreensão”, cada um seguirá sua “intuição” na tentativa de encontrar possibilidades para resolver o problema ou conviver com a usuária e “suas múltiplas queixas”.

Nessa perspectiva o vínculo com o profissional possibilita à mulher relatar a situação de violência que está vivendo. Entretanto, quando não estão envolvidos ou preparados para compreender de forma complexa esses elementos, as práticas e condutas são fragmentadas ou limitam-se a ouvir o “desabafo”.

A **fragmentação das práticas** indica que o atendimento à mulher em situação de violência **não está incluído na agenda** dos serviços da Atenção Básica de Saúde e é realizado por “alguma pessoa de referência” da equipe, de preferência assistente social e psicóloga, profissionais que não fazem parte da maioria dos serviços de saúde da ABS, em especial das equipes de ESFs.

Um assistente social daria continuidade aos atendimentos e a enfermeira e o médico identificam as mulheres em situação de violência. Enfermeira 14. ESF.

*O encaminhamento é para a pessoa de referência no posto, a assistente social. Também tínhamos uma psicóloga que fazia os atendimentos, que agora não está mais nesta unidade, mas ainda conversamos com ela quando precisamos. [...] Não sei outras redes, mas a Assistente Social que atende todos os casos sabe. O dia que ela sair daqui uma de nós (enfermeira ou médica) vai ter que assumir, mas por enquanto **ela dá conta**. Enfermeira 10. UBS.*

As falas das enfermeiras representam o que a maioria dos profissionais de

saúde deste estudo pensa sobre o atendimento a essas usuárias no contexto da ABS, pois “precisa ser especialista para poder lidar”, “dar conta desse problema é para os outros” ou então a alternativa é “passar adiante o que não é reconhecido como papel profissional”. Dessa forma, a fragmentação das práticas é gerada pela representação da violência contra a mulher como um problema de outro âmbito, como já foi referido, o que se reflete na dimensão da conduta (atitude) em um posicionamento negativo frente a essa problemática.

Por outro lado a fragmentação das práticas, além de ancorada na fragmentação do corpo, sob a ótica biologicista, também representa estratégias para lidar com situações que lhes causam sofrimento^(9,151). Assim a impotência por não saberem “o que fazer”, “como fazer”, diante dos atendimentos que envolvem o problema da VCM, frequentemente resultam em tratar (medicalizar) a “vítima” para que suporte as situações

Considerando a representação da assistente social como a figura indicada e responsável pelo atendimento às mulheres em situação de violência, as condutas e práticas dos demais profissionais da saúde ficam restritas a possível identificação das usuárias; porém, quando a violência “está muito escancarada” a médica oferece algum serviço inespecífico, mesmo sem saber onde buscar.

*Algumas vezes quando a situação **está muito escancarada até ofereço algum serviço**, apesar de que aqui não tem assistente social. Para que ela possa **ver se quer sair ou não** desta situação. [...] Normalmente passo para a assistente social fazer os encaminhamentos legais. [...] Como não me envolvo muito com esta parte e encaminho para a assistente social, não sei dizer o que existe. Tem na gerência, mas eu não sei como funciona e quem são as pessoas que tenho que acionar. Médica 7. UBS.*

Novamente aparece a representação da mulher como vítima-responsável e com a possibilidade de escolha de sair ou não da relação violenta⁽¹²⁵⁾. Respalhando assim, a conduta profissional de “encaminhar para algum lugar” e “lavar as mãos”.

A fragmentação das práticas além de estar relacionada à naturalização e ao despreparo dos profissionais de saúde, para enfrentar esses atendimentos, também é consequência do pouco envolvimento institucional.

O **trabalho em equipe** mesmo não sendo uma rotina, foi citado pelos profissionais como uma alternativa, para que todos possam inteirar-se da história da usuária que é contada “aos pedaços” em cada consulta, para toda a equipe falar a

mesma linguagem, possibilitando o atendimento e o acompanhamento no longo do processo.

Na medida em que crias um vínculo consegues ajudar a mulher a sair da situação de violência. [...] é demorado, não depende exclusivamente do profissional de saúde, por isso é importante trabalhar em equipe com todos falando a mesma linguagem. Enfermeira 12. ESF.

A enfermeira expressa que a difícil tarefa de “olhar o problema de frente” requer apoio, pois não é um problema só técnico, além disso, as condutas favoráveis a esse atendimento não são evidentes e precisam do reconhecimento do problema pelos demais integrantes da equipe de saúde.

Os médicos das equipes de ESF referem a importância e a necessidade de envolver, principalmente, os agentes de saúde para a equipe ficar mais inteirada da história da usuária e, definir as condutas e as práticas.

O agente comunitário que vai na casa da pessoa, que tem uma visão direta da situação. Eu aqui tenho a minha visão, eu dentro da minha sala, que a pessoa vem aqui, fala, relata as coisas, às vezes o discurso vem mais ou menos preparado, cada um dentro da sua capacidade vai procurar ver isso. Médico 5. ESF.

Visando a ampliar a responsabilização, o trabalho em equipe no atendimento às usuárias em situação de violência foi referido pelos profissionais das equipes de ESF. Porém, ainda não há um consenso sobre a inclusão da situação dessas mulheres nos atendimentos. Muitos profissionais ficam constrangidos ou inseguros em identificar as mulheres que ainda não relataram as situações de violência, o que interfere nas suas condutas e práticas. São profissionais cujas representações sociais sobre a VCM ancoram o entendimento de que “esse não é o seu papel”, nessa perspectiva, a dimensão conduta (atitude) é traduzida pela fragmentação das práticas.

Seguindo a lógica do que já foi dito até agora, as **condutas e práticas** dos profissionais de saúde nos atendimentos, estão respaldadas pelo “entendimento” de cada um sobre o que é mais adequado para cada situação de violência. Ressalta-se que o constrangimento em relação à abordagem, citado por enfermeiras e médicas (os), interfere e dificulta o planejamento das condutas e das práticas, prolongando o tempo de exposição da mulher a essas situações^(9,14,21).

Como a grande maioria eu não vou direto ao assunto, não pesquiso

muito isso. A gente pensa nas queixas de saúde mais corriqueiras e tradicionais, ou que preferimos que seja assim porque é mais cômodo. Coisas que sabemos o que fazer e que não mexem muito com a pessoa. Enfermeira 18. UBS.

Procurando não intervir, digo que estou observando uma lesãozinha e pergunto se ela tem ideia de onde e como aconteceu. Se ela falar poderá ajudar, elas procuram dar respostas mais evasiva, mas com o tempo acabam falando. Médico 3. ESF.

Além do que foi dito sobre a ilegitimidade como ideia estruturante das condutas frente à violência, as falas da enfermeira e do médico mostram as dificuldades em abordarem o que não é clássico, o que não é definido como doença com diagnóstico e tratamento já consolidado e reconhecido socialmente⁽¹⁴²⁾.

Considera-se que o “desconforto” das usuárias em relatarem ao profissional a situação de violência que estão vivendo, está associado ao entendimento que têm de que essas questões não estão incluídas nos atendimentos realizados nos consultórios médicos. Isso contribui para que elas omitam suas histórias e para o profissional não definir condutas nessas situações.

[...] o que a gente pode oferecer? Uma consulta no PSF de abordagem, tanto ginecológica, de saúde mental, de relacionamento em casa, essa parte de psicoterapia a gente pode oferecer e conversar com as pacientes. Talvez, ela tenha uma visão, não é que a gente vá mudar e vá dizer o que tem que ser feito, não é nem esse o nosso papel. Médica 4. ESF.

Na análise da conduta nas representações da VCM, também aparecem as interpretações de que “esse não é o nosso papel”, refletindo-se na adoção de posicionamentos negativos frente à situação, ancorados na ilegitimidade do setor saúde, para dar conta do problema. Então, diante desta questão, qual é mesmo o papel do profissional da saúde? Não está dado! O “cardápio” oferecido na ótica biologicista não inclui essa especialidade.

*Caso isso acontecesse comigo [...] eu imediatamente preencheria aquela **ficha de “Causas Externas”** e também comunicaria a assistente social para tomar alguma medida, talvez uma medida legal com relação a isso. **E do ponto de vista do médico eu iniciaria com o tratamento das lesões.*** Médico 2. ESF.

Mas, quando as práticas terapêuticas seguem a lógica do atendimento clínico, as ações de cada um ficam mais “definidas” e ao médico ficam restritas as “queixas clínicas da mulher”. Nessa ótica, nos casos em que a situação de violência é

identificada, a avaliação e as práticas terapêuticas são direcionadas às lesões físicas causadas pela agressão, “cada um decide o que fazer” e, muitas vezes, “a coisa fica sem solução”. Assim, a dimensão conduta (atitude) exprime o posicionamento negativo, ou seja, a invisibilização da violência como um problema de saúde que não se esgota na dimensão da clínica.

*Então tens que **qualificar** o que ela te diz e deixar de lado o resto. Estás invadindo uma coisa que eles não gostam, de ser invadido, tem que respeitar isso. **Infelizmente tem que ser errado para ser certo.*** Médico 10. ESF.

Na fala do médico “qualificar” o que a mulher diz representa a desqualificação de suas queixas, indicando que sua conduta está ancorada na representação de violência contra a mulher como espaço privado⁽⁸⁷⁾, no qual não se “mete a colher” e não “se invade”. A expressão “tem que respeitar isso” representa a naturalização da VCM, na ótica dos profissionais de saúde, em especial para as mulheres que vivem em condições precárias de vida⁽⁸⁶⁾.

Além disso, a representação ancorada na naturalização da violência de gênero, em especial para as mulheres de baixa renda, resulta em conduta (atitude) que impossibilita a responsabilização do profissional frente ao atendimento dessa usuária. Entretanto, Ayres⁽¹⁴⁵⁾ destaca que independente de perceber ou não, o profissional de saúde é sempre alguém que está respondendo a perguntas que lhe são dirigidas, sobre o “que é bom para mim, como devo ser, como pode ser a vida”? Assim, quando o médico adota a conduta de “qualificar o que a mulher diz”, pode estar desconsiderando a possibilidade de “escutar” o principal motivo da consulta.

*Se ela vem aqui expressando que foi agredida pelo marido, é feita a **avaliação clínica para identificar o grau de comprometimento físico pela agressão.** Sempre oriento para procurar a Delegacia da Mulher, a gente dá orientações clínicas de cuidados que deve ter para que isso não se repita, com muito cuidado para não emitir juízo de valores, para **não imprimir nossos valores.** Sempre procurar a Delegacia da Mulher. Em geral elas têm receio, medo e tentamos explicar o funcionamento. [...] **é possível ter um bom distanciamento e ter uma visão clínica** para fazer um encaminhamento e orientação adequada.* Médico 15. ESF.

Quando o médico busca a lógica clínica (medicalização) ou procura identificar o “grau de comprometimento físico” para respaldar sua conduta (atitude), está ancorado no campo da representação cujo modelo social é representado pela

naturalização da VCM. Portanto, para poder seguir a lógica clínica busca “não emitir juízos de valor” e o “distanciamento” é uma atitude frequente. Mas é possível não emitir juízos de valor? Entende-se que o “distanciamento” também pode representar de fuga do enfrentamento de uma situação que não considera ser de sua alçada. Além disso, também pode representar uma estratégia adotada para lidar com o problema^(9,151), sendo outra alternativa buscar suporte com alguém que o “entenda”, como diz a médica:

*Se eu fizer atendimento clínico sabendo que existe outro envolvimento que não é a consulta clínica, **preciso de um suporte com uma assistente social [...]. Basicamente faço o atendimento clínico e tento na parte psíquica, mas como não tem suporte aqui, não tenho para onde encaminhar essa pessoa, para saber como está a condição de vida, tanto de família, de casa, de companheiro. [...] não tem quem faça a visita, não tem o assistente social para encaminhar o paciente, aí a coisa fica sem resolução. Acaba que tudo acontece no consultório e cada um decide fazer conforme o seu parecer, o seu conhecimento.** Médica 13. UBS.*

Na fragmentação das condutas e das práticas, a clínica e o “conhecimento” são “divisores de águas”, ou seja, a conduta poderá refletir-se em um posicionamento negativo, quando o profissional “fica sem suporte” e “a coisa fica sem solução”. Ou, em um posicionamento positivo (mesmo sendo com uma prática fragmentada) quando junto com “outro alguém” que “saiba lidar” com o problema da VCM, o profissional busca recursos e ações para a usuária, voltados ao seu atendimento, na dimensão principalista da “integralidade do SUS”.

As dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com os atendimentos que envolvem o problema da VCM têm seu alicerce na formação fragmentada, biologicista que desconsidera os aspectos sociais, e “reduz a abordagem da saúde/doença aos saberes estritamente biomédicos”^(87:40).

As falas dos profissionais ilustram que as práticas e condutas sob a perspectiva da lógica clínica, pautada em sinais e sintomas, são realizadas sob a ótica biologicista, que exclui ações mais complexas voltadas à identificação, encaminhamentos e acompanhamento da mulher em situação de violência.

*[...] a violência não precisa ser necessariamente física, pode ser moral, psicológica, de diversos tipos. Então, é importante o profissional ter o olho e a percepção aberta para isso, porque **dependendo daquilo que tu entendes como normalidade, espancar uma criança ou um casal se pegar a pau, ou alguma coisa que o valha pode ser entendido como normal, como um***

recurso pedagógico normal, como uma situação cotidiana normal no casamento. Esse tipo de coisa [...] a violência aparece muito mais pelas beiradas, como pano de fundo, do que propriamente como um problema que é trazido. [...] envolve a justiça porque agredir alguém é regulado pelo judiciário. [...] exige ir além do protocolo clínico com a indicação da Delegacia da Mulher [...] sensibilidade para queixa [...] uma queixa pode abordar de maneira simples ou tu pode ir além. Médico 5. ESF.

Na perspectiva da clínica sempre se busca um padrão normal de funcionamento e a padronização de conduta, ou seja, a busca pela “conduta adequada”. Porém, o que fazer sob a ótica clínica, quando essa “normalidade” tem fronteiras ora transponíveis, ora intrasponíveis? O que fazer no setor de Saúde com um problema que é “regulado pelo setor judiciário? Nessa perspectiva, a naturalização, associada à precariedade do conhecimento, favorecem que a conduta seja traduzida por um posicionamento negativo em relação a essa problemática.

Destaca-se a fala de um médico que nunca atendeu uma mulher em situação de violência e que caso viesse a fazê-lo, suas ações estariam restritas ao “preenchimento de uma ficha”, “ao tratamento das lesões” e ao encaminhamento ao serviço social. Porém, no final da entrevista, quando começou a expressar o que considera que deve ser o atendimento a essas usuárias fez as seguintes considerações:

*[...] o profissional de saúde tem que estar preparado para enfrentar esta situação e **não esconder, não mascarar, jogar abertamente**, procurar esclarecer os fatos e procurar encontrar uma alternativa para aquela situação. **A omissão acho até que é uma iatrogenia.** [...] tem que saber identificar estas situações, enfrentar de frente isto aí, colocar as cartas na mesa e ir atrás ou de uma denúncia, **estimular que a paciente denuncie se for um caso que vem se repetindo**, ou então **buscar** um tratamento para o marido por causa da violência. [...] o profissional da saúde tem que encarar o problema de frente e levar o problema adiante e buscar uma solução. [...] ver a família como um todo e tu tens que traçar planos, traçar medidas para conseguires **manter aquela família integrada.*** Médico 2. ESF.

Portanto, em um primeiro momento a fala do médico expressa suas convicções técnico-profissionais sobre as condutas e práticas médicas ideais direcionadas às mulheres em situação de violência. E, ao final da entrevista, no entanto, são expressas novas possibilidades interpretativas desses eventos construídas no decorrer da conversa e ancoradas em representações do senso comum e da violência de gênero. Essas responsabilidades são expressas pelo

entendimento de estimular a denúncia **nos casos** em que a violência vem se **repetindo**, buscar atendimento para o agressor e traçar planos para manter a família integrada. No entanto, são visivelmente condutas ancoradas em representações que naturalizam a VCM, vitimizam o agressor e são pautados na violência de gênero e na mulher-mártir que “sacrifica sua vida” para manter a “integridade da família” e o sustento dos filhos.

As condutas de **encaminhamento** foram muito referidas e podem ser entendidas como uma possibilidade de “fazer algo” pela usuária, sem envolver a Unidade de Saúde, encaminhando-a para assistentes sociais e serviços “apropriados”, o que é expresso na fala dos profissionais de saúde. Portanto, a conduta é expressa por um posicionamento que exclui o problema violência do campo da saúde, ancorada na representação da lógica clínica, que trata de sinais e de sintomas, de preferência físicos, uma vez que os psíquicos são “encaminhados” para os profissionais da especialidade da saúde mental.

Em relação à mulher encaminhamos para os órgãos competentes, mas a gente tem que fazer algo mais. Tratamos a parte física e fazemos os encaminhamentos. Enfermeira 1. ESF.

Outras dificuldades aparecem como limitações para os já escassos encaminhamentos aos locais com atendimento especializado a essas mulheres. Entre elas estão a precariedade de vida que algumas se encontram, sem condições de pagar o transporte e na dependência de com quem deixar os filhos. O que é relatado pela enfermeira

[...] a gente encaminha para esses locais que tem toda uma equipe que trabalha mais com isso e a gente acompanha dizendo que pode orientar conversar, ver como pode ajudar. É dessa maneira, porque aqui é só PSF, não tem psicólogo, psiquiatra, a gente faz uma avaliação e se precisar encaminha para um outro local. O que também é difícil, porque ela tem que deslocar depende de passagem, já tem filho, é toda aquela problemática. Enfermeira 3. ESF.

As condições objetivas de vida muitas vezes contribuem para “deixar como está” e reforçam a irresponsabilidade do sistema de atenção à saúde. Além disso, em, muitos casos, interfere nas condutas e práticas o fato de o profissional considerar que a mulher “está em situação de violência por vontade própria”, sem desenvolver estratégias para fortalecê-la, deixando que ela decida, como se

permanecer em uma relação violenta fosse uma opção de vida.

Vou mostrar os caminhos que pode seguir como a Delegacia da Mulher, todos os passos que tenho como informar, mas ela que vai decidir. Enfermeira 17. UBS.

[...] não podes fazer algo de fato tomando uma atitude, uma decisão pela pessoa, isso não podes fazer. Podes acolher acompanhar, ouvir, esclarecer como é a visão da situação, os prós e contras, avaliar a situação. Isso a gente pode auxiliar, mas quem vai tomar a decisão final é ela. Enfermeira 5. UBS.

Porém, quando existe responsabilização e comprometimento institucional com a inclusão mesmo que de alguns tipos de violência nos serviços de saúde, a conduta adotada é outra. Como por exemplo, os casos de agressão e negligência que envolvem crianças e idosos; situações de crianças que são hospitalizadas por suspeita de maus-tratos; de pais que perdem a guarda dos filhos, e de idosos, que dispõem de renda para se manterem e são afastados das famílias de origem como proteção contra os maus-tratos que sofrem.

Além disso, ainda se pode citar como exemplo de intervenção de caráter normativo a busca ativa dos “faltosos” do programa de vacinação, procurando-os nos domicílios. Enfim a lógica clínica é prescritiva e em muitas situações autoritária, mas, quando se trata da VCM os papéis são invertidos, é a mulher que decide e os profissionais aguardam para encaminhar, tratar e ouvir o que ela tem a dizer. Assim, “eu informo, ela decide” e “lavo as mãos”.

Assim, os posicionamentos positivos ou negativos, dos profissionais de saúde, frente aos atendimentos que envolvem a VCM no contexto da ABS, vão “moldando e alicerçando” condutas e atitudes, para dar conta do dia a dia dos atendimentos da demanda nos serviços de saúde.

Para Moscovici⁽²²⁾ as representações sociais instigam dar mais atenção às condutas imaginárias e simbólicas na existência corriqueira das coletividades. “Reatar, neste ponto, o fio perdido da tradição pode ter conseqüências muito felizes para a nossa ciência”^(22:81).

Seguindo a ótica do autor, considera-se que o entendimento da dinâmica dessas construções sociais nas quais os profissionais de saúde ancoram suas condutas nas situações de VCM, poderá contribuir para elucidar possíveis caminhos que auxiliem o enfrentamento desse problema.

Avança-se nas reflexões no capítulo 9, que segue, apresentando a articulação dos resultados desta pesquisa, com proposições de ações profissionais e institucionais na promoção da responsabilização e comprometimento dos serviços públicos de saúde acerca do problema que envolve as usuárias em situação de violência na demanda desses serviços.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de fazer as considerações de síntese acerca dos resultados desta pesquisa é oportuno referir que os estudos monográficos temáticos estão disponibilizados como apêndices, por serem elementos que contextualizam a vulnerabilidade social da região, apontando para as condições de vida das usuárias deste estudo. Também ilustram que nos serviços de saúde da região, existe um movimento, que apesar de ainda não ser compartilhado por todos, busca a promoção de ações voltadas ao enfrentamento da violência nos serviços de saúde da ABS desse distrito, o que foi destacado com o trabalho que vem sendo realizado pelo do Grupo dos Observadores de Causas Externas (GOCE). Além disso, a interlocução da Universidade com os serviços possibilitou, a partir do registro feito pelos integrantes do GOCE, a realização de pesquisas, abordando vários aspectos dos agravos decorrentes de causas externas de morbidade, dentre eles as violências, cujos resultados estão citados no Estudo Monográfico Temático 2.

No intuito de articular as representações sociais da VCM, na ótica de profissionais e usuárias dos serviços de saúde, iniciam-se estas considerações, confrontando as representações sociais da VCM de profissionais e usuárias. Nesse sentido, o primeiro ponto em comum foi destacado na abordagem aos participantes, quando eram convidados a integrar o grupo do estudo. Muitos dos profissionais, ao aceitarem o convite, referiam que não eram as pessoas indicadas para falar sobre o tema, que não tinham experiência nesses atendimentos; porém, no decorrer das interações, lembravam de várias usuárias em situação de violência e contavam histórias que envolviam agressão física, psicológica e sexual.

O mesmo acontecia com as mulheres; com muita frequência faziam questão de informar que a violência não fazia parte de sua vida e não sabiam o que dizer. Porém, todas responderam às questões-estímulo e, apesar das dificuldades de expressão, encontraram palavras para dizer o que pensavam e sentiam. Além disso, algumas delas explicitavam sua experiência vivida, algumas apontavam que já haviam superado o problema e outras que “se sentiam sem forças”. As “conversas”, durante e após o término das atividades do grupo, também mostravam o quanto a

violência fazia parte da vida dessas mulheres e era silenciada.

Nessa perspectiva, entende-se que tanto para os profissionais, como para as usuárias, a violência de gênero é representada como “algo” que não faz parte de suas vidas. É “exterior à saúde” (aos profissionais) ou faz parte da vida das “outras mulheres” (as usuárias). Assim, os profissionais não se responsabilizam pelo enfrentamento de um problema que “por sinal” não é do âmbito da saúde, enquanto as usuárias encontram estratégias de silenciosamente conviver com seu “destino de mulher” ao naturalizarem a agressividade masculina como “característica natural” do homem.

Essa exclusão da violência no campo da saúde têm instituído sua (i)legitimidade diagnóstica, e, nesse sentido, essa condição a exclui das estratégias de enfrentamento inclusive da clínica. Pode-se argumentar que a “insuficiência diagnóstica” referida ao longo desta tese, atesta as limitações da clínica e, em particular da racionalidade da biomedicina, que não desenvolveu parâmetros capazes de assimilar processos oriundos do sofrimento que não é gerado no campo da biologia e sim no âmbito das relações sociais como é o caso das violências. Estamos diante de uma “impropriedade” para o setor de serviços de saúde tradicionais e, em particular para as práticas médicas, que “assistem” e diagnosticam exclusivamente demandas geradas no campo das patologias. Assim, como cuidar desse sofrimento difuso, sem respostas protocolares e científicas? Pode-se também argumentar que a violência nesse raciocínio não se constitui em um problema “de” saúde *stricto sensu*, mas “da” saúde enquanto um repensar de paradigmas (racionalidades da ação), capazes de responder a esse tipo de sofrimento.

As representações da VCM das usuárias deste estudo, expressas nas evocações e nos desenhos, indicaram que a violência no âmbito coletivo é ancorada em elementos como *brigas, morte, covardia, medo e drogas*, termos que remetem ao espaço público. Porém, quando relacionadas especificamente à VCM destacam-se a *covardia, machismo, ajuda, medo, tristeza e ódio*, elementos que traduzem a violência de gênero. Na utilização da figura como estímulo, a representação é ancorada nos vocábulos *pena, tristeza e dor*, o que indica que a imagem da “mulher machucada” mobiliza aspectos relacionados à fragilidade e ao infortúnio vivido por aquelas que enfrentam o problema.

Outra representação, sob a ótica das usuárias, que merece ser destacada, é a relacionada ao lugar para onde uma mulher em situação de violência pode ser levada. Esse contexto foi o único momento em que um serviço de saúde foi citado por elas, indicando que esses são lembrados apenas como espaços para “tratar as lesões físicas”, representação essa que também é compartilhada por muitos dos profissionais de saúde.

Ainda referindo-se às representações das usuárias, a imagem da mulher “rodeada de filhos” e com uma “trouxa de roupa” (questão-estímulo) é ancorada na *tristeza* e no *sofrimento* que envolve a mulher “sozinha” e “abandonada”.

Os desenhos das mulheres usuárias expressaram cenas de violência de gênero, envolvendo agressão física, verbal e subordinação da mulher ao homem. A presença dos filhos, nesses cenários, é um destaque que merece ser feito, assim como o álcool, que se relaciona a dois contextos diferentes. Para as mulheres jovens, o álcool é representado em cenário de casal em situação de violência. Porém, para as adultas, o álcool representa a “causa” das privações da família, quando “o homem fica bebendo no bar”, enquanto mulher e filhos, sem ter o que comer, o aguardam em casa (APÊNDICE F). Essa imagem é ancorada na representação do homem que é “bom e não deixa faltar nada em casa”, mas frequentemente “quando bebe” fica agressivo e esquece a família. Assim, a bebida é a causa da agressão e das privações.

A elaboração de perfis de condutas de diferentes profissionais, considerando a representação específica da VCM, possibilitou o enriquecimento analítico, no sentido do entendimento de “lógicas” de formação e atuação. Assim, a análise das evocações dos profissionais, no universo de todos os entrevistados, indicou que a representação da VCM está voltada à culpabilização da mulher por ser dependente e submissa, ao ciúme e ao uso drogas como desencadeantes do ato violento, e ainda associados a “qualificações do homem” como covardia e machismo. Portanto, o profissional de saúde “fica de mãos amarradas”, considerando que o problema é de “âmbito privado” e não há o que fazer no contexto da ABS. Dessa forma não necessita responsabilizar-se com a promoção de ações voltadas à resolução do problema.

Quando analisada separadamente, a formação profissional apontou que as

enfermeiras e as(os) médicas(os) têm representações distintas acerca da VCM. Para as enfermeiras destaca-se a qualificação da mulher (desvalorização e submissão) associada ao medo, que pode ser entendido, não só como aquilo que é sentido pelas mulheres, mas também como “o medo” que elas próprias têm das consequências e da responsabilização de diagnosticar a violência e de “estar se envolvendo com questões da vida privada da usuária”. Vale lembrar que o grupo das enfermeiras foi constituído exclusivamente por mulheres.

O grupo da profissão médica mostra que as representações acerca da VCM, pautadas na qualificação da mulher submissa e dependente, no homem covarde e ciumento e no álcool, como desencadeante da agressão. Para este grupo, a falta de resolutividade está associada a questões sociais e dificultam a resolução do problema. A insuficiência diagnóstica se coloca na definição dessa “impropriedade” em atuar sobre o sofrimento social, para o qual não se tem parâmetros terapêuticos no modelo médico dominante. Destaca-se que nos elementos periféricos apareceu o vocábulo “humano”. Analisando nos contextos citados, esse “humano” “pode” significar que é “humano perder o controle” e, assim, as agressões são justificadas.

Também foi interessante investigar se havia diferença entre o grupo de profissionais que atuava nas UBSs e os que atuavam nas equipes de ESF. Para os profissionais das UBSs, grupo constituído exclusivamente de mulheres, as representações estavam voltadas a questões sociais e culturais que envolvem o ciúme e a submissão da mulher ao homem. O único elemento periférico foi *falta de resolutividade*, o que pode sugerir que a VCM é um problema social e não há muito que fazer no âmbito da ABS.

Porém, para o grupo das equipes de ESF, as representações, apesar de também estarem ancoradas na imagem da mulher com baixa estima e submissa ao homem covarde e machista, associa elementos do âmbito social, educacional e jurídico. Mesmo que não exista reconhecimento, legitimidade diagnóstica e responsabilização da saúde por esses eventos, parece que os profissionais dessas equipes têm uma visão mais ampliada, não restringindo a conduta à medicalização.

As representações de enfermeiras e do grupo da profissão médica, também foram analisadas, por meio do programa ALCESTE, quanto à visibilização da VCM. Assim, para as enfermeiras, as representações estavam ancoradas em **apoiar**,

conversar, promover **vínculo** e **desabafar**. Essas condutas restringiam-se ao âmbito da “escuta” e do entendimento de que é um problema de cunho privado. Nesse sentido, cabe à mulher a responsabilização pela situação e ao profissional cabe “escutar”, sem interferir nas decisões da pessoa. Para o grupo das(os) médicas (os) a representação da visibilização está pautada no âmbito da abordagem clínica dos sinais e sintomas, associados aos problemas familiares e ao comprometimento da saúde mental, sugerindo a “patologilização” “mental” da violência.

Outra possibilidade analítica das ferramentas utilizadas refere-se às representações dos profissionais de saúde acerca da ação nos atendimentos. O programa utilizado possibilitou a organização da análise em quatro classes, que foram denominadas: as marcas da VCM, nas histórias contadas aos profissionais de saúde durante o atendimento, dificuldades e precariedades dos recursos, capacitação (qualificação), e, VCM como um problema social, cultural e de educação da população. As representações dos profissionais apontaram para a culpabilização da mulher por não romper com a relação violenta; a carência de fluxos e redes é referida fora do âmbito da ABS, uma vez que o profissional “não tem o que fazer com as usuárias”; a necessidade de capacitação (qualificação) pode indicar, tanto o interesse em resolver o problema, como uma “estratégia” de não envolvimento, uma vez que “esperam passivamente” pela iniciativa do poder público em “promover a formação”. Enquanto isso não acontece, o profissional não se responsabiliza por esse problema que não é “da Área da saúde”, configurando a Atenção Básica em “um não lugar” para a violência.

Assim, as representações dos atendimentos que envolvem o problema da VCM, foram ancoradas no senso comum que naturaliza a violência de gênero e a restringe ao âmbito social e da educação. Portanto, cabe aos serviços de saúde tratar os ferimentos resultantes da agressão física e, à clínica em Saúde Mental ou Psiquiatria, a incumbência de “amenizar o sofrimento e as marcas” da violência, representação essa que também é partilhada pelas usuárias deste estudo que são muitas vezes induzidas a procurar um “remedinho” que as ajude a suportar a situação vivida.

A análise do conteúdo das representações, na perspectiva da análise dimensional de Moscovici (1978) constituída pelo campo, informação e a atitude

apontou elementos que auxiliaram a aprofundar as análises desta tese. Destaca-se que o **campo** de representação foi constituído por elementos que qualificam a mulher com “autoestima baixa, submissa e dependente”, assim como o agressor é representado como “homem doente”, o silêncio, a vergonha, a culpabilização da “vítima-culpada” que “acende” a violência e não rompe com a relação, e, principalmente, pelo “estranhamento” em atender na demanda dos serviços de saúde da ABS mulheres em situação de violência. Para os profissionais, o problema é do âmbito das esferas sociais coercitivas e legais, o que reforça a legitimação de práticas que não incluem a responsabilização na resolução do problema da VCM por meio dos serviços de saúde.

Na dimensão **informação** das representações, sob a ótica dos profissionais de saúde, destaca-se que a informação sobre esses eventos é precária, em especial, nos aspectos que se relacionam ao reconhecimento do problema, no campo das práticas de saúde e sua articulação intersetorial. Assim, esta dimensão é traduzida pela naturalização da VCM como expressão das dificuldades individuais e coletivas dos serviços. Observa-se, ainda, a indicação propositiva da necessidade de que os gestores promovam capacitações sobre o problema, direcionadas à equipe de saúde.

Por fim, a dimensão **atitude**, que na ótica dos profissionais de saúde, foi traduzida por elementos que determinam posicionamento positivo ou negativo, frente ao problema da VCM, interferindo nas condutas e práticas terapêuticas, pautadas nas queixas difusas das mulheres que “não falam claramente” que estão em situação de violência; no estabelecimento do vínculo, quando a mulher “tem interesse” em sair da relação violenta; na fragmentação das práticas que representam o descompromisso com o problema, mas também em estratégias “para lidar com ele”. O trabalho em equipe é citado, principalmente, como suporte para o próprio profissional, que não sabe como agir diante das situações que se apresentam. O encaminhamento para outros serviços é, ao mesmo tempo, solução e alternativa de não envolvimento, pois os serviços não são articulados, uma vez que a contra-referência (acompanhamento das situações) não foi citada em momento algum.

Com respaldo no que foi apresentado até agora, acredita-se defender os

pressupostos que sustentaram esta tese. Mesmo tendo sido constituídos por elementos articulados com os objetivos traçados e defendidos no decorrer de toda a análise, considerou-se que a retomada de cada um dos argumentos reforça a sustentação e oportuniza fazer proposições pontuais relacionadas ao problema.

Assim, o **primeiro pressuposto** que sustenta esta tese é o de que **a atual assistência à mulher em situação de violência é invisibilizadora dessa violência, despersonaliza e fragmenta a abordagem terapêutica**. Essa constatação aponta para o fato de que as “insuficiências” da visão assistencial clínica e patologizante não a configura em resposta ao problema da violência na sua relação com a “atenção” à saúde (preconizada, por exemplo, nos princípios do SUS) e que assume caráter importante, em se tratando das situações complexas que a envolvem e suas consequências físicas, individuais e sociais.

Portanto, as representações acerca da VCM, na perspectiva dos profissionais de saúde deste estudo, confirmam o primeiro pressuposto. Considerou-se visibilidade da violência, quando, durante o atendimento, os profissionais identificavam mulheres em situação de violência que procuravam o serviço com outras queixas ou queixas difusas. Entretanto, ainda não existem “protocolos” de atendimento legitimados. Assim, quando ocorria a visibilização da violência, isso não implicava uma mobilização da equipe de saúde para o enfrentamento das situações. Pode-se esperar outra ação diante dessa insuficiência paradigmática? Porém, alguns serviços estão mais envolvidos com o trabalho do Grupo de Observadores de Causas Externas e mostram-se desafiados a “olharem para o invisível e perceberem o não dito”. Essa expressão foi citada por profissionais como conduta no enfrentamento da violência contra a mulher. Esse “invisível” atesta o “não ver” ou as “incapacidades para ver” do modelo dominante de assistência.

Destaca-se que é possível direcionar o olhar para a identificação precoce de relações violentas, considerando que os profissionais dos serviços de ABS estão mais próximos das usuárias, podendo incluir a violência contra a mulher na agenda dos atendimentos. Essa perspectiva propicia a construção de práticas e condutas locais adequadas e sensíveis, de tal forma que os encaminhamentos para serviços especializados sejam para os casos em que a equipe local se acha limitada ou necessita de assessoria com interlocução entre serviços. Desse modo acredita-se

que os serviços locais de saúde possam manter-se atualizados sobre o andamento e evolução da situação. Nessa perspectiva, a visibilização da violência na ABS não depende só do “olhar” e da vontade dos profissionais, mas de serviços estruturados para darem conta desse enfrentamento com responsabilização e consequência coletiva.

O **segundo pressuposto** é o de que **as representações sociais dos profissionais e das usuárias** no campo da violência, no cenário em estudo, não favorecem a construção de diagnósticos de “adoecimento” legitimados (visíveis) e capazes de se traduzir em práticas terapêuticas responsáveis, éticas e eficazes.

Nessa perspectiva, a representação da VCM como algo naturalizado contribui para o profissional de saúde “não ouvir a queixa” e direcionar o atendimento para os sinais e sintomas do que a clínica permite. Essa marca das condutas, além da banalização da violência pelas próprias usuárias, também favorece para que o problema da violência não desencadeie ações e práticas terapêuticas pautadas na responsabilização dos profissionais e dos serviços de saúde.

Por outro lado, a invisibilização da violência é um elemento de “defesa psíquica” e das práticas dos profissionais que não desenvolveram habilidades (competências) para lidarem com essas situações e, portanto, direcionam suas condutas e práticas para a queixa, sem questionar ou investigar os possíveis motivos, para além da lógica clínica, pautada em sinais e sintomas. Sabem que existem várias situações de mulheres que são atendidas nas Unidades de saúde, mas não buscam identificá-las, procuram não se envolver, porque acham muito difícil lidar “com isso”. Considera-se que essa afirmação mostra a limitação da formação em diagnosticar/identificar a mulher em situação de violência, já que isso requer “um outro” conhecimento e o desenvolvimento de escuta qualificada e de olhar sensibilizado para essa identificação.

Assim, como consequência dessa invisibilização das situações de violência surge a figura da “poliqueixosa”, cujas múltiplas queixas não “são enquadradas” na Classificação Internacional de Doença e, portanto, não são diagnosticadas no modelo biomédico.

Nesse sentido, fazendo referência ao terceiro pressuposto desta tese, a **Classificação Internacional de Doenças** (CID), ao definir doença na perspectiva

biologicista, estrutura e institui as impropriedades com que (não) se trata o “adoecimento” por violência nos serviços de saúde. Portanto, a ótica da clínica, baseada em sinais, sintomas e na medicalização associada aos clássicos indicadores de saúde dela decorrentes, não permite a inclusão da violência como um problema de saúde complexo, oriundo de outro tipo de sofrimento, envolvendo comprometimento institucional e responsabilização profissional. Assim, a CID inclui as violências na classificação de causas externas, o que pode representar e já discutido por autores estudiosos da violência, que são “externas à saúde”. Além disso, a violência de gênero é representada como um problema de cunho privado, moral, e só permanecem nela as mulheres que não querem romper com a relação.

O **quarto pressuposto** é o de que as **RS de profissionais e usuárias** influenciam, alimentam e reforçam a culpa e o medo nas mulheres, dificultando o vínculo terapêutico e a responsabilização profissional e institucional. Assim, associa-se ao **quinto pressuposto**, para o qual os **fatores culpa, medo e desamparo** (também dos profissionais) impedem, que se constituam práticas terapêuticas pautadas na integralidade do atendimento às usuárias em situação de violência.

Na linha desses pressupostos, destaca-se que os elementos culpa, medo e desamparo, relacionados às mulheres, são resultantes das representações sociais ancoradas no senso comum da “mulher culpada” e que escolhe “errado” o companheiro ou que “não cumpre seu papel de mulher”. Ou ainda, que cabe ao homem impor o respeito em casa com a autoridade paterna. Assim, na qualidade de autoridade no espaço privado, ele também “educa” a mulher, quando ela não age conforme o esperado por ele. O medo representa tudo o que pode acontecer com ela quando um homem “perde a cabeça”; já o desamparo é o castigo da mulher, por desencadear os motivos que causam a agressão. Como no dito popular “ele não sabe por que está batendo, mas ela sabe por que está apanhando”.

Por outro lado, o medo também apareceu nas representações sociais dos profissionais deste estudo, e envolve o despreparo para lidar com o problema, associado à falta de conhecimento acerca das questões que envolvem a VCM.

Nesse raciocínio e referindo-se ao sexto pressuposto, afirma-se que **as atuais formas de relação entre profissionais, usuárias e serviços** são potencializadoras de dominação e não contribuem para a responsabilização pela

atenção, transformação da relação das mulheres com seu próprio corpo e para o exercício da cidadania em saúde.

Ancoradas na naturalização da violência de gênero, as representações que culpabilizam a mulher, ora por desencadear a violência, ora por permanecer vivendo com o agressor, associadas às dificuldades/despreparo dos profissionais de saúde e ao entendimento de que o problema da VCM não é do âmbito da saúde, contribuem para limitar esses atendimentos à “escuta do desabafo” da mulher. Nesse sentido não se observam ações que promovam a mudança de atitude frente ao problema, que frequentemente também está relacionado à dependência econômica da mulher ao homem.

O âmbito da dependência material institui **limitações** e precariedades socioeconômicas e é a situação das mulheres deste estudo. Elas sofrem dupla opressão: a dependência econômica na relação com os companheiros violentos e a violência institucional, na relação com os profissionais e serviços públicos de saúde a cujo acesso encontram-se limitadas.

Assim, a dependência econômica é um dos principais fatores que impedem a mulher de romper com a relação violenta. A violência institucional na relação com os profissionais e serviços é entendida como resultante da invisibilização das mulheres em situação de violência, no contexto dos atendimentos das demandas. Nas representações dos profissionais deste estudo, em vários momentos, foram citadas as mulheres que “mentem e escondem” a agressão ou, ainda, as que procuram os serviços com outras queixas, indicando que usam de “subterfúgios” para serem “diagnosticadas” legitimamente. Tanto o comportamento das mulheres, como as condutas e práticas profissionais estão ancoradas nas relações assimétricas de gênero e na naturalização do poder do homem sobre a mulher.

Essa constatação baseada em desigualdade de poder, na sociedade, marca atitudes de gênero, instituintes de papéis masculinos e femininos como elementos da dominação entre os sexos, “justifica” e “naturaliza” a violência como constitutiva dessa relação e socialmente aceitável, nesse quadro de iniquidades.

Frente a esse quadro destaca-se a necessidade do envolvimento de todo o setor da Saúde na construção de possibilidades de atendimentos pautados na integralidade, com perspectivas inclusivas de ações voltadas à desnaturalização da

violência. Considera-se que o reconhecimento precoce, por parte da população, em um exercício de cidadania, possa identificar “sinais e sintomas” de relações violentas.

Além disso, as representações dos profissionais pautadas na culpabilização da mulher e qualificação do agressor como “descontrolado”, covarde, ciumento, precisam ser discutidas amplamente nas práticas formativas, buscando primeiro a visibilização e desnaturalização do problema da violência de gênero, para então procurar o entendimento do problema e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para profissionais e serviços.

Por fim, o **último pressuposto** que sustenta esta tese é de que **as redes de proteção e redes** sociais para enfrentamento da violência, articuladas com os serviços e profissionais de saúde qualificados para enfrentar essas situações, possibilitam responsabilização coletiva por esses agravos além de possibilitarem oportunidades às mulheres para saírem das situações de violência.

Os resultados deste estudo mostram que, para a maioria dos profissionais, as redes sociais são inexistentes ou não estão articuladas com os serviços. A contra-referência não ocorre e, as ações isoladas ficam sem repercussão e acompanhamento consequente.

Portanto, considera-se que reflexões e pesquisas sobre o tema têm possibilitado efetivamente o reconhecimento da VCM como um problema “de” saúde e “da” saúde pública, enquanto políticas e práticas a serem responsabilizadas por constituírem terapêuticas capazes de acolherem e agirem sobre esse tipo de sofrimento.

Por fim, as representações sociais da VCM na perspectiva de profissionais de saúde e usuárias apontam elementos que permitem o entendimento da complexidade que envolve indivíduos e serviços, redes de proteção e redes sociais. Nesse sentido, podem auxiliar na construção de ações responsáveis de Instituições e profissionais de saúde, comprometidos com a promoção da atenção voltadas à integralidade, seguindo aos princípios do SUS e da preservação da vida.

REFERÊNCIAS

1. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(4):995-1003.
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p.3-22.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Wilson A. O caminho a seguir: recomendações para a ação. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 241-53.
5. Sant'Anna AR, Lopes MJM. Homicides among teenagers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil: vulnerability, susceptibility, and gender cultures. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1509-17.
6. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
7. Leal SMC. *Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem [dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
8. Veronese AM. *Motoboys de Porto Alegre: convivendo com os riscos do acidente de trânsito [dissertação]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio grande do Sul; 2004.
9. Leal SMC, Lopes MJM. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o "olhar" da enfermagem. *Cienc Saúde Colet*. 2005;10(2):419-31.
10. Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca*. Genebra; 2008 [citado 2009 dez 30]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.
11. Leal SMC, Lopes MJM. Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2006;5(3):309-16.
12. Leal SMC, Lopes MJM. Mulheres e a vulnerabilidade geracional e de gênero à morbidade por causa externas. In: Caponi S, Peres MA, Medeiros L, Erig D, Kunkel N, Ávila K, organizadores. *Desigualdades em Saúde no Brasil: o desafio*

- da saúde coletiva. Florianópolis: UFSC/PPGSP; 2006. p. 505-13.
13. Leal SMC, Lopes MJM. Más allá del trauma: mujeres hospitalizadas por agresiones. *Rev Panam Enferm.* 2005;3(1):32-40.
 14. Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev Gaúcha Enferm.* No prelo 2010.
 15. Dagord ALL. Violência contra a mulher ainda é um desafio. In: Nunes MR, organizadora. *O direito humano das mulheres e das meninas: enfoques feministas.* Porto Alegre (RS): Assembléia Legislativa; 2002. p. 23-8.
 16. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu).* 2003;6(10):41-54.
 17. Camarano AA, Kanso S, Pasinato MT, Mello JLE. *Idosos brasileiros: indicadores de condição de vida e acompanhamento de políticas.* Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005.
 18. Strey MN; Werba GC. Longe dos olhos, longe do coração: ainda a invisibilidade da violência contra a mulher. In: Grossi PK, Werba GC, organizadoras. *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 70-81.
 19. Senado Federal (BR). Portal de Notícias – Senado Federal [*homepage* na Internet]. Pesquisa de opinião: violência doméstica contra a mulher. Secretaria de pesquisa e opinião pública. 2007 [acesso 2008 mar 1]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/senado/centralderelacionamento/sepop/pdf/datasena/Relatório%20analítico%20Violência%20Doméstica.pdf>.
 20. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4):470-7.
 21. Bonfim EG. *A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública [dissertação].* Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
 22. Moscovici S. *A representação social da psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
 23. Moscovici S. *Representações sociais: investigação em psicologia social.* Petrópolis: Vozes; 2003.
 24. Arruda A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cad Pesqui.* 2002;117:127-47.

25. Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink MJ, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 19-45.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
27. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas [Internet]. Brasília: UNESCO, BID; 2002 [citado 2010 jun 30]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>
28. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. In: Proceedings of the 85th Plenary Meeting; 1993 dec 20; Geneva. [Citado 2006 dez 12]. Disponível em: http://www.genderandpeacekeeping.org/resources/5_DEVAW.pdf
29. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface (Botucatu). 1999;5(3):11-27.
30. Menezes MCI. Quando o risco está em casa: violência e gênero na França na virada do século. In: Castillo-Martín M, Oliveira S, organizadoras. Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005. p. 185-91.
31. Venturi G, Recamán M, Oliveira S. A mulher brasileira no espaço público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
32. Soares, B. Enfrentando a Violência contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.
33. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad Saude Publica. 1994;10 Suppl 1:146-55.
34. Machado LZ. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: Schpun MR, organizadora. Masculinidades. São Paulo: Boitempo Editorial. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2004. p.107-28.
35. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; 2005.
36. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. Cienc saude colet. 2005;10(1):23-6.
37. Strey MN. Violência e gênero: um casamento que tem tudo para dar certo. In: Grossi PK, Werba GC, organizadoras. Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 47-69.

38. Oliveira S. Nem homem gosta de bater, nem mulher de apanhar: fortalecendo a rede de proteção. In: Castillo-Martín M, Oliveira S, organizadoras. Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005. p.234-38.
39. Cocco M. Geração e gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
40. Medeiros MC. Unidos contra a violência. In: Castillo-Martín M, Oliveira S, organizadoras. Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005. p.100-03.
41. Strey MN. Violência de gênero: uma questão complexa e interminável. In: Strey MN, Azambuja MPR, Jaeger FP, organizadoras. Violência, gênero e políticas públicas. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2004. p. 13-43.
42. Saffioti HB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo Perspec.1999;13(4):82-91.
43. Scott J. Gênero: categoria útil de análise histórica. Educ Real. 1995;20(2):71-99.
44. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artemed; 2009.
45. Merchán-Hamann E, Costa AM. Introdução a uma reflexão de saúde, equidade e gênero. In: Costa AM; Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadoras. Saúde equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2000. p. 19- 32.
46. Dagord ALL. Viva Maria: dez anos [dissertação]. de Mestrado. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
47. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Casas abrigo. Atendimento à mulher [Internet]. Brasília (DF); 2010 [acesso 2010 jun 30]. Disponível em:
http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento_mulher.php?uf=TD.
48. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Termo de Referência: Apoio a casas abrigo e centros de referência [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2006 03 set]. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/sf/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC0047-3-TERMOS%20DE%20REFER%C3%8ANCIA%202007.pdf>.
49. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Lei 11.340, sancionada em 7 de agosto de 2006, a qual dispõe sobre a Lei Maria da Penha que coíbe a violência doméstica contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2006

ago 8; Seção 1.

50. Lopes MJM. Mulheres, saúde e trabalho. In: Strey MN. Mulher: estudos de gênero. São Leopoldo: Unisinos; 1997. p. 107-13.
51. Costa AM, Silvestre RM. Uma reflexão sobre o poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In: Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. A mulher brasileira no espaço público e privado. São Paulo: Editora Fundação Peterseu Abramo; 2004. p. 61-74.
52. Riquinho DL, Correa SG. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. Rev Gauche Enferm. 2006; 27(2):301-10.
53. Farr R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-59.
54. Duveen G. O poder das idéias. In: Moscovici S, organizador. Representações sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 7-28.
55. Sá CP. Núcleo central das Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 2002.
56. Abric JC. Représentations sociales: aspects théoriques. In: Abric JC, organizador. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994. p. 11-35.
57. Abric JC. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 155-71.
58. Guareschi P. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: Guareschi P, Jovcheloitch S, organizadores. Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 191-225.
59. Camargo BV. O que o caminho interdisciplinar brasileiro da Teoria das Representações Sociais não favorece? In: Moreira ASP, Camargo BV, organizadores. Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2007. p. 93-112.
60. Oliveira DC. Representações Sociais e saúde: algumas aproximações. In: Anais da IV Jornada Internacional de Representações Sociais. Natal / RGN, 1998.
61. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S. Psicología Social II. Barcelona: Ediciones Paidós; 1993. p. 469-94.
62. Jodelet D. Representações sociais um domínio em expansão. In: Jodelet D,

- organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
63. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia: AB Editora; 2000. p. 27-38.
64. Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 173-186.
65. Camargo BV. Introdução. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 19-24.
66. Rodrigues GS, De Negri AF. The development of a community based initiative for safety promotion in a large urban center of south Brazil, strategies and challenges facing socio economical conditions and institutional changes. In: 13ª Conferência Mundial das Cidades Protetoras. Praga; 2004.
67. Ghiglione R, Matalon B. O Inquérito: Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora; 1997.
68. Camargo BV, Nascimento-Schulze CM. Psicologia Social, representações sociais e métodos. Temas Psicol. 2000;8(3): 287-99.
69. Fleury LC. Cerrado para ser o quê? Representações Sociais e conflitos ambientais em torno do Parque Nacional das Emas, Goiás [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio grande do Sul; 2008.
70. Ferreira SRS. O amor e o namoro me interessam, a AIDS, nem tanto! : representações sociais da AIDS entre jovens de uma escola de ensino fundamental de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
71. Oliveira DC, Marques SC, Gomes ATT, Teixeira MCTV. Análise das evocações: um técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 573-603.
72. Spink MJP. O estudo empírico das representações sócias. In: Spink MJP, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 85-145.
73. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. Interface (Botucatu). No prelo 2010.

74. Dall'Agnol CM, Souza DB, Mallet APR, Nunes PRS, Liberali J. O (des)conhecimento dos viajantes sobre a exigência da vacinação contra febre amarela: um estudo no aeroporto internacional de Porto Alegre, RS. *REME: rev min enferm.* 2007;11(4):375-80.
75. Vergès P. Conjunto de programas para análise e evocações. Manual EVO2000 - Versão 3 abril 5, 2002[Internet]; 2002 [citado 2009 dez 10]. Disponível em: <http://www.pucsp.br/pos/ped/rsee/evoc.htm>.
76. Vicente SS. Atividades acadêmicas de professores da UFMT: um estudo de representações sociais [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso; 2006.
77. Trindade DS. Atividades acadêmicas de professores universitários: um estudo em Representações Sociais [dissertação]. Cuiabá: Instituto de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso; 2006.
78. Oliveira DC, Gomes ATT, Marques SC. In: Menin MSS, Shimizu AM, organizadoras. Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 158-200.
79. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASParedes, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 511-39.
80. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estud Pesqui Psicol.* 2006;6(2):72-88.
81. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
82. Guerriero ICZ. Síntese das reflexões da reunião sobre ética em pesquisa qualitativa em Saúde, Guarujá, SP. *Ciênc Saude Colet* [Internet]. 2008 [citado 2009 nov 30];13(2):459-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a21v13n2.pdf>.
83. Fonseca C. Família fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares. 2ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2004.
84. Giraldi R. ONG mostra que violência doméstica tem relação direta com dependência econômica na América Latina. Agência Brasil: empresa brasileira de comunicações [homepage na Internet]. 2010 [Citado 2010 jul 30]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/cidadania;jsessionid=782CE405648BD443611BE3C9CF05EAD5?p_p_id=56&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_56_groupId=19523&_56_articleId=1001231.

85. Cumbi A. Mulheres com formação superior e emprego remunerado: mulheres emancipadas? Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust [Internet]. 2009 [citado 2010 fev 2]. Disponível em: http://www.wlsa.org.mz/?_target=Tex_MulheresEmancipadas.
86. De Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Interface (Botucatu). 2009;13(31): 287-99.
87. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3): 467-73.
88. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da Estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):145-53.
89. Moreira MASP, Silva AO, Alves MSCF, Jesuino JC, Tura LFR. Pensando a saúde na perspectiva dos imigrantes brasileiros em Portugal. Rev Gaucha Enferm. 2007;28(4):527-33.
90. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PH, Loreiro MC, organizadores. Representações Sociais e práticas educativas. Goiânia: Editora da UCG; 2003. p. 37-57.
91. Rückert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. Cienc Cuid Saude. 2008;7(2):180-186.
92. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo CO, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Saude Publica. 2008;42(6):1053-59.
93. Borsoi TS, Brandao ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2009;13(28):165-74.
94. Almeida JBL, Costa JB. Da naturalização à perpetuação: o papel do cotidiano de nossas crenças sociais no processo de percepção das várias formas da violência contra a mulher. In: Anais do Fazendo Gênero 8: Corpo, violência e poder [Internet]; 2008 ago 25-28; Florianópolis, Brasil [Citado 2010 abr 17]. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST57/Almeida-Costa_57.pdf.
95. Miranda FAN, Simpson CA, Fernandes RL, Silva MB, Sabino MGG. Representações sociais e o papel terapêutico dos acadêmicos de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009;62(5):663-69.

96. Matuck F. Para leitores, machismo alimenta a violência contra a mulher. O Globo Online [homepage da Internet]. 2006 nov 14 [citado 2008 mar 02]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/mat/2006/11/14/286634645.asp>.
97. Souto CMRM, Braga VAB. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. Rev Bras Enferm. 2009;62(5):670-74.
98. Miranda FAN, Furegato ARF, Simpson CA, Azevedo DM. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. Rev Eletr Enferm. 2007 [citado 2008 dez 03];9(2):526-36. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm>
99. Frotté DP, Augusti MT. QSL - Quebrando Silêncios e Lendas: compreender, prevenir e combater a violência contra as mulheres. Rio de Janeiro: CECIP/IPÊ; 1999.
100. Sarti C. A família como espelho: um estudo sobre a moral com os pobres. São Paulo: Edita Cortez; 2003.
101. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saude Publica. 2005;39(5):695-701.
102. Hane B, Ellsberg M. Violência contra as Mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. Outlook [Internet]. 2001 [citado 2008 jan 11];20(1). Disponível em: http://www.path.org/files/POL_20_1_nov02.pdf
103. Francisquetti PP, Mazoni LS. Violência no relacionamento amoroso [Internet]. São Paulo: Prefeitura, Coordenadoria Especial da Mulher. Série violência de gênero - cartilha 1. [199-]. (Série violência de gênero, cartilha 1) [2010 jun 30]. Disponível em: https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/COLETFEM/violencia_no_relacionamento_amoroso.pdf
104. Kronberger N, Wagner W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. p. 416-41.
105. Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. Rev Bras Educ Med. 2009;33(1):63-71.
106. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(1): 31-9.

107. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Brasília (DF); 2005.
108. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc. Enferm USP*. 2007;41(4):605-12.
109. Presser AD, Meneghel SN, Hennington EA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saude Soc*. 2008;17(3):126-37
110. Santos GT, Lopes MJM. A morbidade por causas externas em um PSF de Porto Alegre. In: Lopes MJM, Paixão DX, organizadores. *Saúde da família: histórias, práticas e caminhos*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. p. 281-291.
111. Gomes R. A invisibilidade da violência nas relações afetivosexuais entre adolescentes. In: Minayo MCS, Assis SG, Njaine K, organizadoras. *Violência entre namorados adolescentes: um estudo em dez capitais brasileiras. Relatório final de pesquisa*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli; 2009. p 196-214.
112. Gonçalves ASAT. *A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: as representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão [dissertação]*. Coimbra: Faculdade de Medicina; 2004.
113. Leal SMC, Swarowsky GE, Lopes MJM, Bonfim EG, Cocco M. Mulheres e violência em áreas rurais do Rio Grande do Sul. In: Meneghel SN, organizadora. *Rotas Críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2009. p. 64-82.
114. Kiss LB. *Temas médicos-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
115. Rodrigues GS, Lopes MJM, Souza AC, Ribeiro ML. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre, Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2008;13(1):111-20.
116. Imperatori G, Lopes MJM. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? *Saude Soc*. 2009;18(1):83-94.
117. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. *Romper com a violência contra a mulher: como*

- lidar desde a perspectiva do campo da saúde. Athenea Digital [Internet]. 2008 [citado 2010 jan 16];14:229-36. Disponível em:
<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/issue/view/16>.
118. Meneghel SN. O que precisamos fazer para enfrentar as violências contra as mulheres? In: Meneghel SN, organizadora. Rotas Críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2009. p.14-31
119. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília (DF); 2003.
120. Gomes R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. Athenea Digital [Internet]. 2008 [citado 2010 jan 16];14: 237-43. Disponível em:
<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/issue/view/16>.
121. Narvaz MG, Koller SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. PSICO. 2006;37(1):7-13.
122. Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. Saude Soc. 2009;18(2):248-58.
123. Santos CMD, Izumino WP. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. Revista Estudos Interdisciplinários de America Latina y El Caribe [Internet]. 2005 [citado 2008 abr 5];16(1):147-164. Disponível em:
http://www1.tau.ac.il/eial/index.php?option=com_content&task=view&id=358&Itemid=187.
124. Neto JAS, Strey MN. Gênero e conjugalidade: encontros na representação social da relação conjugal. In: Strey MN; Neto JAS, Horta RL. Família e gênero. Porto Alegre: EDIOUCRS; 2007. p. 210-37.
125. Winck GE, Strey MN. “A voz mais alta, mas na hora certa”: a naturalização da violência de gênero enquanto recurso legitimado ao homem. Revista Artemis. 2008;9:113-33.
126. Schraiber LB, D’Oliveira AFLP, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad Saude Publica. 2009;25 Suppl 2:205-16.
127. Oliveira JB, Lima MCP, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM, Kerr-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(6):494-501.

128. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):53-59.
129. Caetano R, Schafer J, Cunradi CB. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Res Health*. 2001;25(1):58-65.
130. Saffioti HB. Violência doméstica contra a mulher ou a lógica do galinheiro. In: Kupstas M, organizadora. *Violência em Debate*. 4ª Impr. São Paulo: Moderna; 1997. p. 39-56. (Coleção Polêmica. Série debate na escola).
131. Silva GL, Sousa MP. A violência doméstica contra a mulher: uma análise da Lei Maria da Penha a partir de uma mobilização de viés midiático (2006-2007). In: *Anais I Seminário Nacional Sociologia & Política*; 2009 set 09-11; Curitiba, Brasil. Curitiba: UFPR; 2009 [citado 2010 15 fev]. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/evento/SociologiaPolitica/GTs-ONLINE/GT1/EixoIII/violencia-domestica-Glaucy-Learte.pdf>.
132. Góis F, Duarte M. Iludidas pelo perdão. *Correio Braziliense*. 2007 fev 02.
133. Barbiane R, Meneguel SN. Estratégias de enfrentamento às violências. In: Meneguel SN, organizadora. *Rotas Críticas: mulheres enfrentando a violência*. São Leopoldo: Editora UNISINOS; 2007. p. 107-29.
134. Paim J. Entendo a violência doméstica. In: Pereira MAE, organizadora. *Protegendo as mulheres da violência doméstica. Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres*. Brasília; 2006 [citado 2009 jan 10]. p. 6-11. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/cartilha_violencia_domestica.pdf.
135. Silva LL, Coelho EBS, Caponi, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*. 2007;11(21):93-103.
136. Bandeira L, Thurler AL. Iludidas pelo perdão? Portal Violência contra a mulher [*Homepage da Internet*]. 2007 [citado 2010 mar 12]. Disponível em: http://violenciamulher.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1087:iludidas-pelo-perdao-lourdes-bandeira-e-ana-liesi-thurler&catid=1:artigos-assinados&Itemid=5.
137. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Violência sexual. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 145-179.
138. Strey MN, Neto JA, Kohn KC, Fasolo LR, Teixeira MA. Violência e vida conjugal: recursos para os momentos críticos. In: Strey MN, Neto JAS, Horta RL.

- Família e gênero. Porto Alegre: EDIOUCRS; 2007. p. 259-86.
139. Bueno AL M. Os acidentes na atenção básica de saúde: tipologias, vítimas e territórios em uma região do município de Porto Alegre/RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
 140. Cocco M, Lopes MJM. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):151-9.
 141. Marques GQ, Leal SMC, Lima MADS, Bonilha ALL, Lopes MJM. Practices and daily routine of professionals in health public services under the light of academic studies. *Online Brazilian Journal of Nursing*[Internet]. 2007[citado 2010 jun30];6(2):s/n. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.660/194>.
 142. Adam P, Herzlich C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC; 2001.
 143. Vale GF, Antonioli LM. Pacto nacional de enfrentamento à violência contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2007.
 144. Deslandes SF. Conferência: A produção dos cuidados de saúde sob a ótica da humanização. In: *Semana de Enfermagem do HCPA*. Porto Alegre; 2010.
 145. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):73-92.
 146. Ayres JRJM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc.*2004;13(3):16-29.
 147. Ayres JRJM. Cuidado e humanização nas práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização nos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. p. 49-83.
 148. Secretaria Estadual da Saúde (RS), Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência*. 1ª ed. 2ª reimp. Porto Alegre: CEVS; 2009.
 149. Marques GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004;25(1):17-25.
 150. Silva Jr AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO; 2007. p. 113-128.

151. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2003.

APÊNDICE A
ESTUDOS MONOGRÁFICOS: o cenário do observatório e os serviços de
saúde da região

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SANDRA MARIA CEZAR LEAL

**ESTUDOS MONOGRÁFICOS: o cenário do observatório e os serviços de Saúde
da Região Partenon e Lomba do Pinheiro**

**PORTO ALEGRE
2010**

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Distribuição das Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre, com destaque da Gerência Distrital do Partenon/Lomba do Pinheiro.....	233
Figura 2	Distribuição da população da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, quanto ao sexo e à faixa etária. Censo 2000	234
Figura 3	Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, com rendimentos mensais de até um salário mínimo, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000	236
Figura 4	Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, sem instrução e com menos de um ano de estudo, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000	236
Figura 5	Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, analfabetos, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000	237
Figura 6	Nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008	239
Figura 7	Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008	240
Figura 8	Comparação entre o percentual de nascidos vivos de mães com 12 anos ou mais de escolaridade e de mães com 1º grau incompleto, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008	240
Figura 9	Casos de AIDS em Porto Alegre, ano diagnóstico 2008, distribuição por Gerência Distrital e número de óbitos.....	241
Figura 10	Distribuição das condições dos domicílios quanto a ausência de	

	banheiro ou sanitário, abastecimento inadequado de água, esgotamento sanitário inadequado e lixo não coletado, na região da Lomba Pinheiro Parteno, segundo censo 2000	242
Quadro 1	Quadro 1 – Classificação das Regiões do Orçamento Participativo quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social – IVS. Porto Alegre, 2004	235

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agente comunitários de saúde

CE – Causas Externas

EENF – Escola de Enfermagem

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EJA – Educação de Jovens e Adultos

ESM – Equipe de Saúde Mental

GD – Gerência Distrital

GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva

GOCE – Grupo de Observadores de Causas Externas

IVS – Índice de vulnerabilidade social

MOVA – Movimentos de Alfabetização de Jovens e Adultos

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

OP – Orçamento Participativo

SMED – Secretaria Municipal de Educação

UFRGS – Universidade Federal do rio Grande do Sul

UBS – Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	ESTUDO MONOGRÁFICO 1 – O CENÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	232
1.1	Índice de vulnerabilidade social	234
2	ESTUDO MONOGRÁFICO 2 – GRUPO DE OBSERVADORES DE CAUSAS EXTERNAS DA REGIÃO PARTENON E LOMBA DO PINHEIRO	246
2.1	Alguns resultados de estudos sobre causas externas e processo de trabalho no enfrentamento das violências na demanda dos serviços da GD de Saúde Partenon e Lomba do Pinheiro	249
3	ESTUDO 3 – OS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REGIÃO	254
	REFERÊNCIAS	258
ANEXO 1	BANCO DE DADOS UTILIZADO PELOS OBSERVADORES DE CAUSAS EXTERNAS, DA GERÊNCIA SAÚDE PARTENON E LOMBA DO PINHEIRO	263
ANEXO 2	PLANO DE TRABALHO PARA OS GRUPOS INICIAIS DE OBSERVADORES DE CAUSAS EXTERNAS	264

INTRODUÇÃO

Estudo monográficos subsidiam as reflexões, agregando elementos do contexto relacionados ao ambiente e Instituição, onde as representações são produzidas e reproduzidas.

Nessa perspectiva são muito utilizados no estudo da abordagem dimensional de Moscovici⁽¹⁾ e proporciona a aproximação da visão real do estudo às representações sociais, permite coletar o conteúdo de uma representação, referir-se a ela diretamente em seu contexto e estudar as suas relações com as práticas sociais aplicadas pelo grupo⁽²⁾.

1 ESTUDO MONOGRÁFICO 1: o cenário sociodemográfico e epidemiológico

Este estudo tem a finalidade de ilustrar o cenário de pesquisa da área empírica. Trata-se de um grande espaço geográfico que inclui sete bairros, mais de sessenta vilas com diferentes níveis de urbanização e infraestrutura, e é marcante a incidência de população em condição de pobreza ou indigência⁽³⁾.

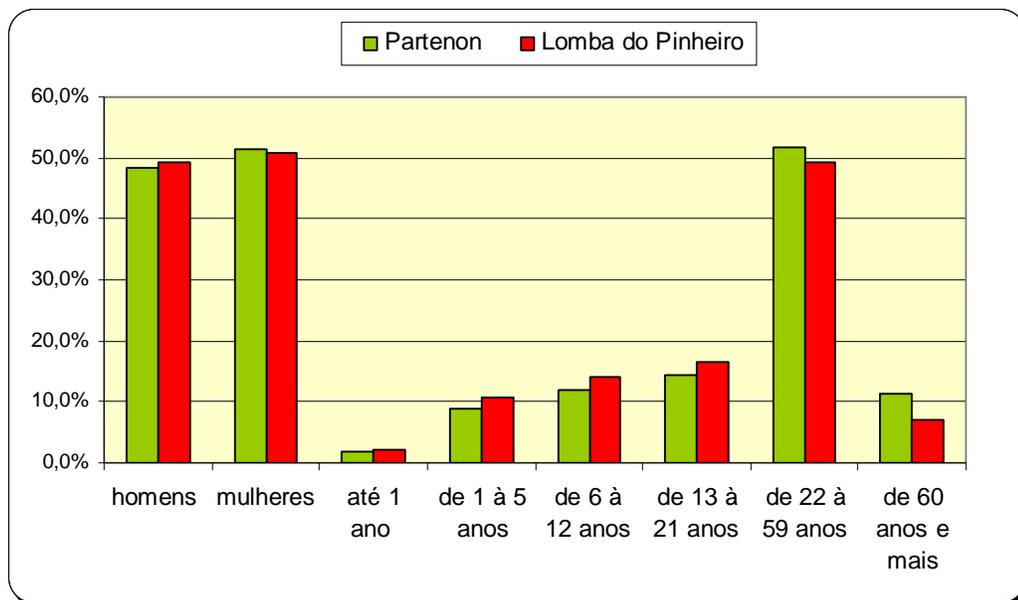
O município de Porto Alegre tem 1.438.830 habitantes⁽⁴⁾ e, segundo a divisão político-administrativa, está constituído de 82 bairros que, agregados, formam 16 distritos sanitários, compatíveis com as 16 regiões do Orçamento Participativo, regionalizadas em oito Gerências Distritais de Saúde: Centro; Sul/Centro Sul; Glória/Cruzeiro/Cristal; Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; Norte/Eixo-Baltazar; Leste/Nordeste; Restinga/Extremo-Sul; e, Partenon e Lomba do Pinheiro⁽⁵⁾, Gerência Distrital, onde foi realizado o estudo. A região é ilustrada na Figura 1.



Fonte: Informação por Bairros. Bairros oficiais. Secretaria de Planejamento. Prefeitura de Porto Alegre. 2009⁽⁶⁾

Figura 1– Distribuição das Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre, com destaque da Gerência Distrital do Partenon/Lomba do Pinheiro.

A Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro inclui sete bairros. Na região do Partenon residem aproximadamente 120.682 habitantes, em cinco bairros: Cel. Aparício Borges, Partenon, Santo Antônio, São José e Vila João Pessoa, enquanto a população da região da Lomba do Pinheiro corresponde a aproximadamente 58.031 habitantes, residentes em dois bairros: Agronomia e Lomba do Pinheiro⁽⁵⁾. Na Figura 2 apresenta-se a distribuição da população adscrita a essa Gerência, quanto ao sexo e à faixa etária.



Fonte: Gerência de Saúde Lomba do Pinheiro Partenon. 2008⁽⁷⁾

Figura 2 – Distribuição da população da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, quanto ao sexo e à faixa etária. Censo 2000.

Na Figura 2 identifica-se que a região da Lomba do Pinheiro é constituída por uma população mais jovem (43,5% menores de 22 anos), enquanto o Partenon, por uma mais madura (63% são maiores de 22 anos)⁽⁵⁾.

A área em estudo apresenta heterogeneidade e salientam-se elementos de vulnerabilidade social, segundo dados baseados no censo 2000, disponibilizados pelo Observatório de Porto Alegre, relacionados à renda, educação, desenvolvimento infantil e habitação. A vulnerabilidade, neste estudo, é entendida como a combinação dinâmica de vários fatores protetores ou predisponentes, aos quais os indivíduos e coletividades estão expostos, que produz situações de vulnerabilidades, interferem nas condições de vida e adoecimento da população⁽⁸⁾.

1.1 Índice de vulnerabilidade social

A cidade de Porto Alegre foi eleita como a de melhor qualidade de vida no País, entre as cidades com mais de 100 mil habitantes⁽⁵⁾. Entretanto, também é

caracterizada pelas desigualdades, com índices de vulnerabilidade social (IVS) que variam de 0,091 (bairro Arquipélago) a 0,993 (bairro Moinhos de Vento). Esses índices apontam que os espaços sociais da cidade são constituídos por iniquidades. Para determinar a IVS, foi utilizado o método de construção de índices sintéticos que hierarquizam os territórios em uma escala, variando entre os valores 0 (zero) e 1 (um). Quanto mais próximo de 1 (um), o índice aponta para melhor situação, ou seja, menor vulnerabilidade⁽⁹⁾.

A região da Lomba do Pinheiro (bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro) está entre as cinco regiões que apresentam **alto índice** de vulnerabilidade social, representado por valores menores de 0,50. O Partenon está incluído no grupo com **IVS alto** e também caracteriza-se por desigualdades sociais, com variações que vão de 0,546, no bairro São José, até 0,919, no bairro Santo Antônio⁽⁹⁾. O Quadro 1 ilustra a classificação das Regiões do Orçamento Participativo de Porto Alegre, quanto ao IVS como baixa, alta e muito alta.

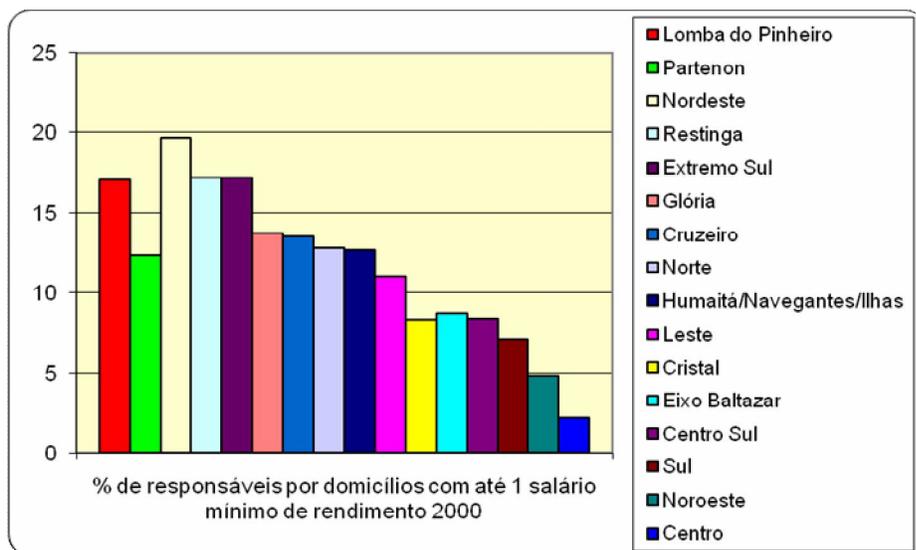
VULNERABILIDADE SOCIAL		
BAIXA	ALTA	MUITO ALTA
REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO
16.CENTRO	05.NORTE	06.NORDESTE
02.NOROESTE	01.HUMAITÁ/ILHAS/NAVEG.	10.CRUZEIRO
	11.CRISTAL	08.RESTINGA
	13.EXTREMO SUL	04.LOMBA DO PINHEIRO
	03.LESTE	09.GLÓRIA
	07.PARTENON	
	14.EIXO BALTAZAR	
	12.CENTRO SUL	
	15.SUL	

Fonte: Porto Alegre, 2004, p. 43⁽¹⁰⁾

Quadro 1 – Classificação das Regiões do Orçamento Participativo quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social – IVS. Porto Alegre, 2004.

As cinco regiões do Orçamento Participativo classificadas com **IVS muito alto**, em conjunto, concentram 19% da população de Porto Alegre. Representam a maior proporção de chefes de família em condição de pobreza, na qual a Lomba do Pinheiro é a segunda com pior situação. Nesta região, 54,2% das famílias são

pobres e quase não há desigualdade de renda, indicando a predominância de famílias na linha da pobreza⁽¹⁰⁾. A Figura 3 ilustra o percentual de responsáveis por domicílios com até um salário mínimo de rendimento, distribuídos por regiões da cidade.

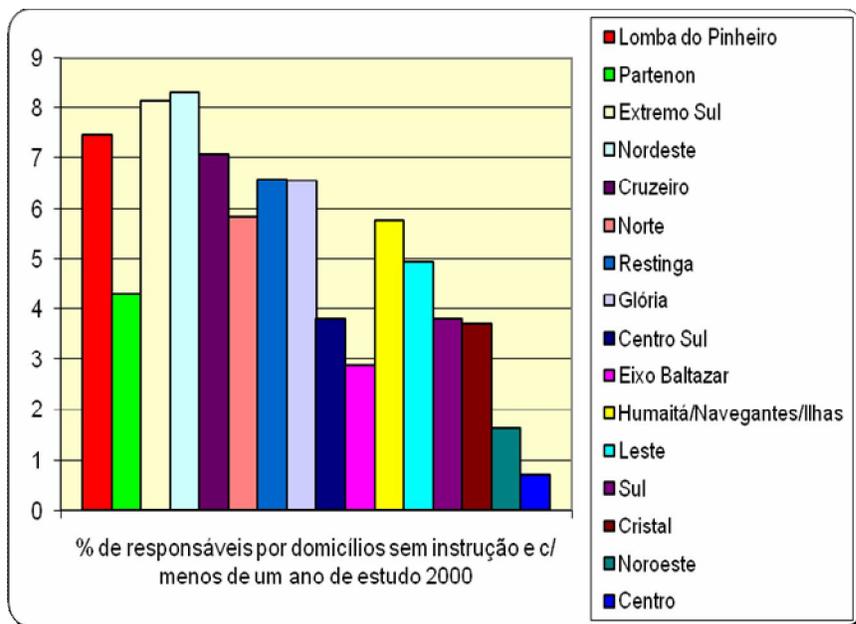


Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Observatório da cidade de Porto Alegre [2006]⁽¹¹⁾.

Figura 3 – Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, com rendimentos mensais de até um salário mínimo, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000.

Das Regiões citadas na Figura 3, a região Nordeste apresentou o maior percentual, com 19,7% de responsáveis por domicílio com rendimentos de até 1 salário mínimo, seguida da Restinga e da Lomba do Pinheiro, com 17,2% e 17,1% respectivamente. A Região do Partenon está incluída entre as que têm **alto IVS** e, em conjunto, representam 52% da população total de Porto Alegre. É um grupo heterogêneo, com desigualdades, que incluem, tanto chefes de família pobres, como os com renda média superior a cinco salários mínimos⁽¹⁰⁾.

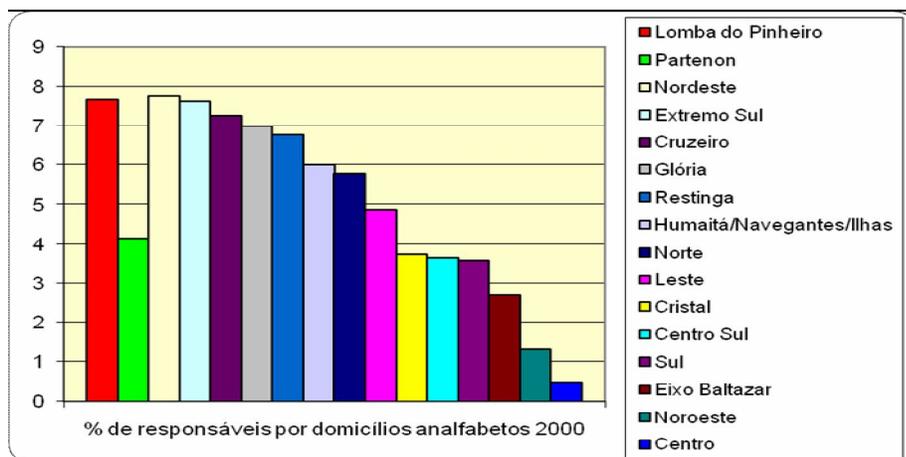
Em todas as regiões com **vulnerabilidade muito alta** é baixo o nível educacional e mais de 50% dos responsáveis pelos domicílios não concluíram o nível educacional básico. É maior o número de mães adolescentes e a situação das mulheres nestas regiões é mais precária⁽¹⁰⁾. A Figura 4 ilustra a precariedade do nível educacional da população da região em estudo, principalmente, a Lomba do Pinheiro, quando comparada com as demais regiões da cidade de Porto Alegre.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre [2006]⁽¹²⁾.

Figura 4 – Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, sem instrução e com menos de um ano de estudo, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000.

A ilustração da Figura 4 aponta a Região da Lomba do Pinheiro como a 3ª com maior percentual de responsáveis por domicílio, com menos de um ano de estudo e destacando-se entre os mais elevados índices de analfabetismo da cidade, o que se pode identificar na Figura 5. A região do Partenon ocupa a 10ª posição nas duas situações de escolaridade.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre [2006]⁽¹³⁾.

Figura 5 – Distribuição do percentual de responsáveis, por domicílios, analfabetos, segundo as Regiões do Orçamento Participativo, de Porto Alegre, Censo 2000.

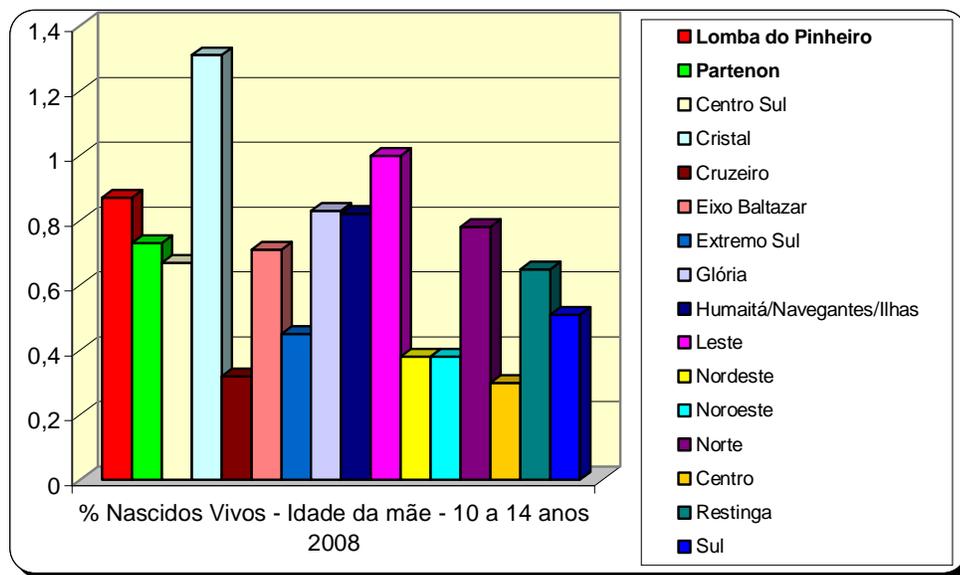
Na Figura 5, a comparação entre o percentual de analfabetos na região do Partenon e da Lomba do Pinheiro, evidencia que a desigualdade relacionada ao acesso às Instituições de Ensino também é característica deste distrito de saúde.

Destaca-se que a região do Partenon, mesmo sendo mais favorecida que a Lomba do Pinheiro, também tem áreas com populações excluídas e com pouco acesso às Intuições de Ensino⁽⁷⁾.

As creches comunitárias, serviço comunitário sem fins lucrativos, são mantidas pelos pais que pagam mensalidades entre R\$ 50 e R\$100 e por convênio com a Secretaria Municipal de Educação (SMED), que presta a assessoria pedagógica. O número é considerado insuficiente para atender a essa população, o que exclui muitas famílias de baixa renda, que, para não abandonar seus empregos, pagam creches particulares. Essas situações favorecem o surgimento de serviços clandestinos do “cuida-se de crianças”, como estratégia de sobrevivência, tanto para os que não têm acesso ao emprego formal, como para os que não podem pagar escolas particulares e não tem onde deixar seu filho⁽⁷⁾.

No Ensino Fundamental e Médio a situação não melhora para a região da Lomba do Pinheiro e para as áreas de exclusão do Partenon, pois a maioria dos jovens necessita trocar de escola ao concluir o ensino fundamental, o que representa desafio o enfrentado por eles e por suas famílias, uma vez que implica aumento de gastos com transporte. Além disso, a educação não representa para estes jovens, um meio de ascensão social e econômica. Outro fator que influencia negativamente é a necessidade de contribuir para a renda familiar, fazendo-os ingressarem precocemente no mundo do trabalho, muitas vezes ilegal, deixando para trás a escola⁽⁷⁾.

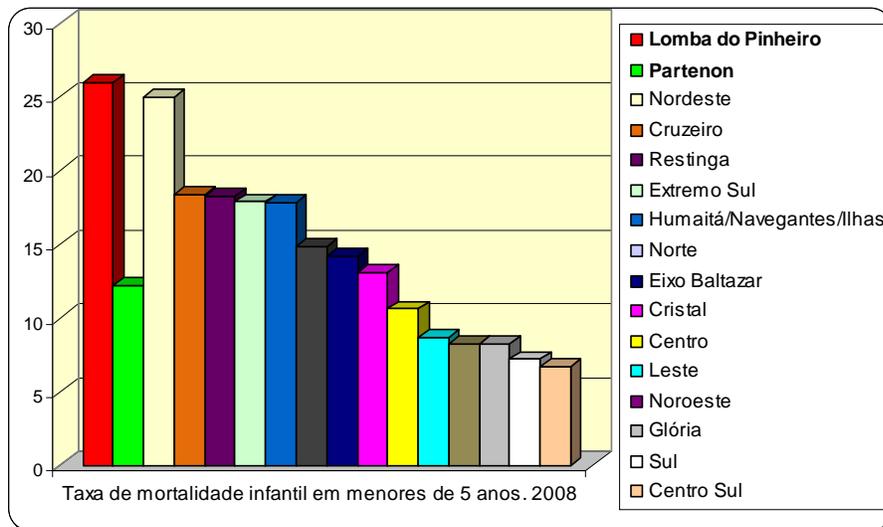
Na Figura 6, a seguir, apresenta-se a distribuição de mães adolescentes na cidade de Porto Alegre, o que associado às condições de pobreza, contribui para aumentar a vulnerabilidade social das populações mais desfavorecidas.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre [2009].⁽¹⁴⁾
 Figura 6 – Nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 14 anos, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008.

No município de Porto Alegre o menor percentual de mães com idade entre 10 e 14 anos é de 0,3%, sendo que a região da Lomba do Pinheiro é a terceira mais frequente e a do Partenon a sexta, representando os percentuais de 0,87% e 0,73% respectivamente⁽¹⁴⁾.

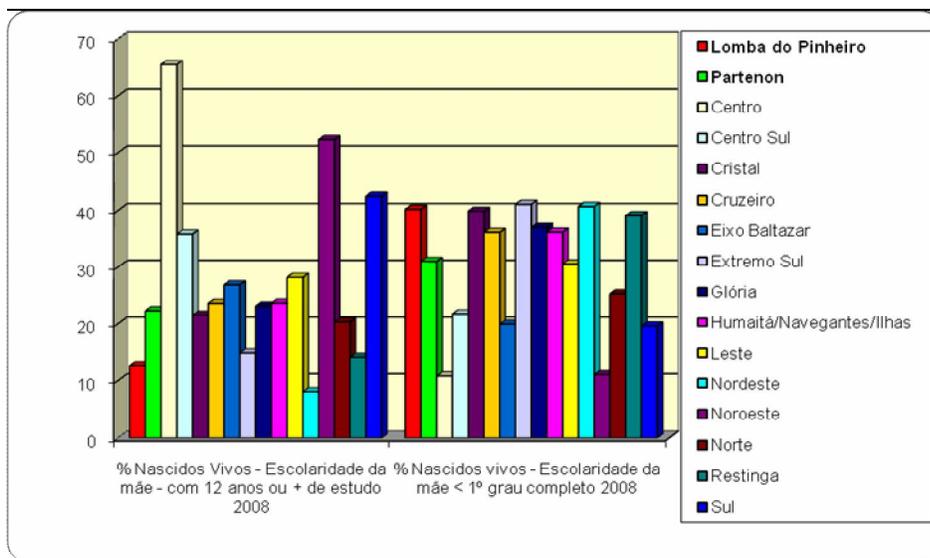
A mortalidade infantil em menores de 5 anos é outro índice que possibilita avaliar a vulnerabilidade social, ilustrada na Figura 7 com a distribuição, por região, do orçamento participativo de Porto Alegre. A região da Lomba do Pinheiro destaca-se com o índice mais elevado de mortalidade infantil em menores de 5 anos, enquanto o Partenon ocupa o 10º lugar entre as 16 regiões do orçamento participativo, revelando que essa Gerência de Saúde lida com grandes disparidades na área de abrangência.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. SMS/SINASC, 2009⁽¹⁵⁾.

Figura 7 – Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008.

Outro indicativo para compor o IVS é a comparação entre o percentual de nascidos vivos e a escolaridade da mãe, cuja distribuição é ilustrada, por região do orçamento participativo de Porto Alegre, na Figura 8.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observa POA, 2009^(16,17).

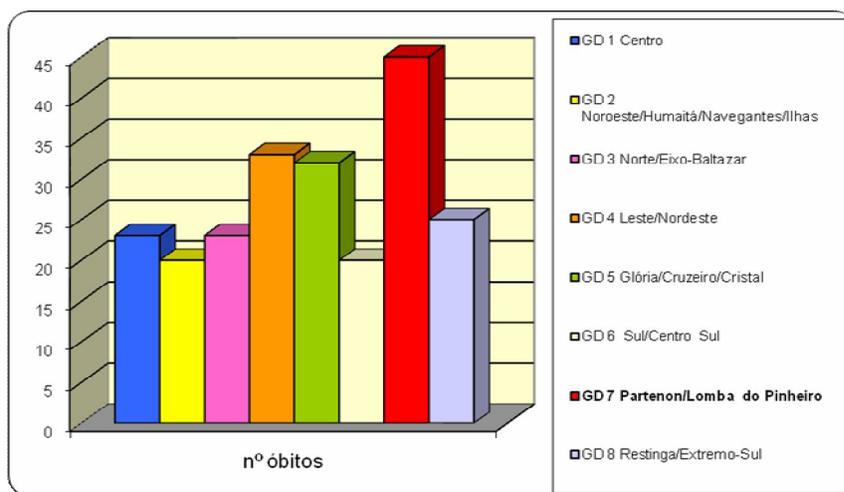
Figura 8 – Comparação entre o percentual de nascidos vivos de mães com 12 anos ou mais de escolaridade e de mães com 1º grau incompleto, por região do Orçamento Participativo, na cidade de Porto Alegre/RS, em 2008.

Na cidade de Porto Alegre o menor percentual de nascidos vivos de mães

com o 1º grau incompleto, em 2008, foi de 10,81% na região Centro e o maior foi 41,07% no Extremo Sul. A região da Lomba do Pinheiro é a 3ª mais frequente e a do Partenon a 9ª, representando os percentuais de 40,19% e 31,03% respectivamente.

Enquanto o percentual de nascidos vivos, de mães com 12 anos ou mais de escolaridade, variou de 65,49% a 8,06%, a região do Partenon está entre as primeiras 10 regiões com mulheres escolarizadas, na cidade, com o percentual de 22,34%. Porém, a região da Lomba do Pinheiro está entre os menores índices, representando 12,69%, que é o segundo pior índice.

Em relação à saúde da população, uma situação de destaque na Gerência Distrital da Lomba do Pinheiro Partenon, em relação às demais regiões da cidade, é o elevado número de óbitos por AIDS o que é representado na Figura 9. Aponta-se que, desde o início da epidemia, a região configura-se entre as que têm as mais elevadas prevalências do agravo, o que pode indicar o diagnóstico tardio da doença e/ou subnotificação dos casos⁽¹⁸⁾. Pesquisa realizada em São Paulo que analisou mortalidade de mulheres por AIDS, considerando índices de desenvolvimento e condições de vida da população, revelou diferentes vulnerabilidades ao adoecimento e morte por AIDS⁽¹⁹⁾, evidenciando que as precárias condições de vida e moradia estão relacionadas à elevada letalidade da doença.



Fonte: Stella et al., 2010⁽¹⁸⁾.

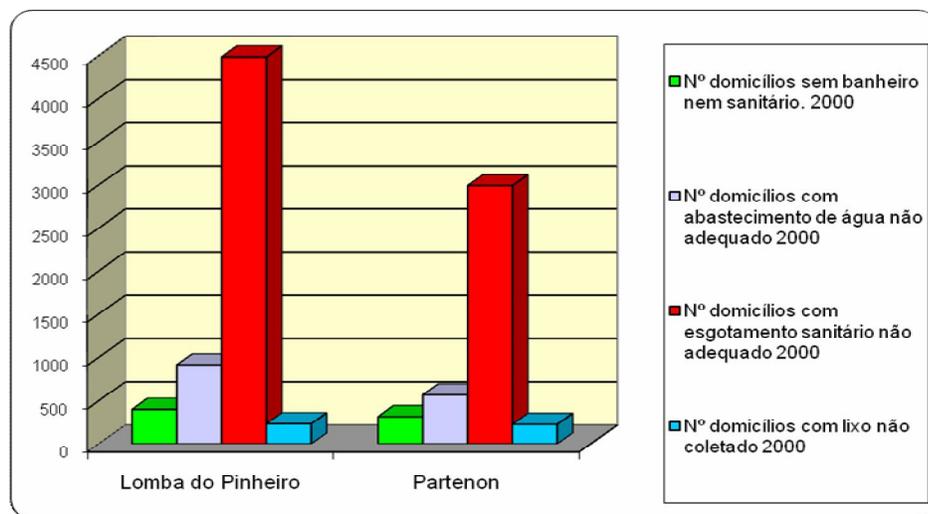
Figura 9 – Casos de AIDS em Porto Alegre, ano diagnóstico 2008, distribuição por Gerência Distrital e número de óbitos.

Outra característica da Região Lomba do Pinheiro Partenon é o crescimento populacional superior à média da cidade, resultante das ocupações irregulares e

loteamentos clandestinos, indicando vulnerabilidade habitacional. Portanto, apresenta maior tendência de concentração de pobreza e crescimento das demandas por infraestrutura, equipamentos e serviços públicos, incluindo os de saúde⁽¹⁰⁾.

Para o grupo das Regiões com **alto IVS**, no qual a região do Partenon está incluída, o problema relacionado às precárias condições de habitação também é destacado, com vilas de grande porte em situação de irregularidade fundiária em áreas com características de aglomerados subnormais⁽¹⁰⁾.

Em relação aos domicílios, os principais problemas da região em estudo são a destinação inadequada do esgotamento sanitário, cujos dejetos escoam através de fossa rudimentar, vala, rio, lago, ou outro escoadouro, e a destinação inadequada do lixo, que é queimado na propriedade, enterrado, jogado em rio, em terreno baldio, em logradouro, ou outro destino. Ilustrado na Figura 10.



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Observatório da cidade de Porto Alegre [2006]⁽²⁰⁻²³⁾.

Figura 10 – Distribuição das condições dos domicílios quanto à ausência de banheiro ou sanitário, abastecimento inadequado de água, esgotamento sanitário inadequado e lixo não coletado, na região da Lomba Pinheiro Parteno, segundo censo 2000.

Atualmente a área abriga, aproximadamente, 13% da população de Porto Alegre, cerca de 180 mil habitantes⁽⁷⁾. Nesta região o esgotamento sanitário inadequado representa o percentual de 7,6%, nos bairros do Partenon e 28,5%, nas residências da Lomba do Pinheiro, que se destaca como o 3º pior índice da cidade. Salienta-se que as informações disponíveis no Banco Estatístico da Prefeitura de

Porto Alegre são referentes ao censo de 2000 e que, possivelmente, em 10 anos, a realidade local possa ter tido algumas alterações; entretanto, resultados de pesquisas recentes apontam que a região da Lomba do Pinheiro, em especial, é marcada por migração intensa, principalmente, invasão territorial, processo que resulta em precárias condições de infraestrutura, de moradias, de saneamento básico⁽²⁴⁾.

Historicamente, as regiões da Lomba do Pinheiro e Partenon caracterizam-se por áreas de ocupação urbana irregular e espaço privado e de uso comum que expressam, em muitas situações, a ausência ou baixa efetividade do poder público na região, traduzidas pela infraestrutura urbana precária, pela má qualidade ou inexistência de calçamento nas vias e nas calçadas destinadas para os pedestres, o que além de lhes dificultar o tráfego seguro, expõe os moradores a quedas, atropelamento, entre outros acidentes. Nesse contexto, os agravos decorrentes de causas externas são banalizados e naturalizados, na região⁽⁸⁾.

Os dados do Mapa da Inclusão e Exclusão Social de Porto Alegre destacam que a violência é outro problema do grupo de regiões com índice de vulnerabilidade social muito alto e atinge, principalmente os jovens do sexo masculino entre os 15 e 24 anos⁽¹⁰⁾. Entretanto, ressalta-se que a violência contra as mulheres causada por parceiros íntimos permanece invisibilizada, não tendo sido citados índices, mostrando que é desconsiderada nos registros oficiais.

A violência se constitui em um grave problema de Saúde Pública e coletiva; em Porto Alegre, representa a quarta causa de morte em crianças menores de um ano, a primeira, na população de 1 a 39 anos de idade e a terceira causa de óbito da população em geral; também é causa de inúmeras internações e atendimentos em serviços especializados de saúde⁽²⁵⁾.

A partir de 2006, o Sistema de Informação de Violência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, criou o Programa de Vigilância da Violência – “Prá-Parar”, visando a conhecer os casos de violência que chegam aos serviços de saúde como adoecimento ou sofrimento, em especial a violência doméstica e sexual, que não era identificada pelos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e de Internação Hospitalar (SIH), eventos que, apesar do sofrimento causado à vítima, não levam à internação ou ao óbito⁽²⁵⁾.

O programa Pré-Parar ainda não está inserido em todos os serviços de saúde da cidade; atualmente, este conta com 37 serviços notificadores de violências: dez hospitais (entre eles um de referência para o atendimento de violência sexual e um para o atendimento de trauma), 16 unidades básicas de saúde, 9 serviços especializados e 2 Gerências Distritais⁽²⁵⁾, não incluindo a Gerência Distrital de Saúde em estudo.

A notificação é feita por meio de uma “Ficha de Notificação de Violências”, que é preenchida pelas equipes de saúde ao identificarem casos suspeitos ou confirmados de violência, durante o atendimento em saúde⁽²⁵⁾. Resultados citados no relatório de 2008, indicam a predominância da violência doméstica, que ocorre em 64,4% dos casos no âmbito intrafamiliar; em 65,0%, as vítimas são do sexo feminino e, em 78,4%, são crianças e jovens até 19 anos de idade.

Informações do relatório ainda revelam que, em relação à região de moradia das vítimas, destaca-se a região da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro com 21,0% dos casos, seguida pela Glória Cruzeiro Cristal, com 16,3%. Os casos de violência contra crianças, adolescentes e idosos são referenciados aos serviços básicos de saúde, que devem acompanhar a vítima (rotina do Programa Pré-Parar)⁽²⁵⁾. Porém, as situações que envolvem as mulheres adultas ficam restritas ao “registro”, ou seja, o serviço de saúde local não é comunicado e as ações ficam voltadas ao tratamento dos ferimentos, à distribuição de medicação nos casos de violência sexual e, ao encaminhamento para registro na Delegacia da Mulher, quando a usuária aceita fazê-lo. Portanto, mesmo diante de um “programa” voltado a visibilizar os agravos decorrentes da violência, em especial a que ocorre no âmbito familiar, as mulheres adultas ainda são responsabilizadas a “decidir” se querem ou não permanecer na relação violenta.

Destaca-se que a Gerência Distrital de Saúde do Partenon e Lomba do Pinheiro, apesar de não estar incluída no programa Pré-Parar, é pioneira no Município em ações direcionadas ao enfrentamento das causas externas na região. E, por iniciativa de um grupo de profissionais de saúde, coordenados pela Enfermeira Gerci Salete Rodrigues, em 2001 foi criado o Grupo de Observadores de Causas Externas, que continua atuando e buscando a construção de ações e

alternativas para o enfrentamento dos agravos por causas externas, em especial, a visibilização e desnaturalização da violência na demanda dos serviços.

A seguir, apresenta-se o Grupo de Observadores, que surgiu por necessidade de sustentação do serviço e também configurou-se como banco de dados de Projeto de Pesquisa^W desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS, financiado pelo edital 024/2004 do Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – processo 50.5279/2004-5. Do projeto resultaram vários estudos realizados pelos integrantes do Grupo de Estudo em Saúde Coletiva (GESC), enfocando o problema da violência⁽²⁶⁻³⁰⁾, a violência auto-infligida – os suicídios⁽³³⁾ e os acidentes^(8, 34, 35) na região dessa Gerência Distrital de Saúde.

Este estudo está inserido no referido projeto como área de abrangência e solo cultural; entretanto, não inclui os dados registrados pelos observadores.

^W Projeto de Pesquisa Observatório de Causas Externas da Atenção Básica de Saúde do Município de Porto Alegre

2 ESTUDO MONOGRÁFICO 2: Grupo de Observadores de Causas Externas da Região Partenon e Lomba do Pinheiro

O Grupo de Observadores de Causas Externas (CE) da Região da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, foi implementado a partir de uma oficina desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em novembro de 2001, na qual o tema foi a da magnitude das CEs na morbimortalidade da população da cidade.

A necessidade de trabalhar com a violência surgiu com a preocupação da Gerência, a partir dos altos índices de morbimortalidade por CE, superior às demais regiões da cidade. Além disso, não havia registros nas Unidades de Saúde com informações para vigilância da morbidade; assim, registrar as ocorrências de morbidade por causas externas, na região, passou a ser um dos objetivos do trabalho realizado pelos observadores de CE.

O grupo é constituído por profissionais de saúde e agentes comunitários. Tem como objetivo identificar, registrar e acompanhar o tratamento de todos os usuários que tenham sofrido algum agravo por causas externas. São registrados todos os casos, independentemente de terem sido ou não atendidos nas UBSs ou nas equipes ESF. A operacionalização das ações e a formatação dos registros foram criadas pelos integrantes do grupo e desde a sua implantação foram feitos vários aperfeiçoamentos. Inicialmente, cada Equipe de Saúde dispunha de um livro onde eram feitos os registros e observações das situações; atualmente, existe um formulário próprio, que é encaminhado para a Gerência Distrital, onde os dados são inseridos em um banco informatizado, que pode dialogar com os demais bancos existentes na cidade (ANEXO 1).

As formas tradicionais de enfrentamento das CEs, em especial das violências, são direcionadas a campanhas que têm efeito limitado no tempo, as responsabilidades são remetidas às autoridades sanitárias e de Segurança Pública, configurando, assim, a exclusão do problema nos atendimentos aos usuários que procuram os serviços públicos de saúde⁽³⁶⁾.

Na busca de formas alternativas de enfrentamento deste problema, a criação

do Grupo de Observadores de CE visou a concretizar a sustentação de um grupo local, comprometido com a ideia de que a responsabilidade por esses eventos é coletiva, que o papel dos serviços de saúde é direcionar ações com estratégias promocionais em saúde, de qualidade de vida, bem como, fortalecer o potencial para adotar papel proativo na prevenção desses agravos e da necessidade da ação integrada de diferentes segmentos da sociedade, tanto indivíduos, como instituições⁽³⁶⁾.

Durante a mobilização para a criação do grupo, foi identificada a necessidade de desencadear um processo de aprendizado e mudança de comportamento. Assim, os integrantes do grupo deveriam estar dispostos a rever alguns conceitos, em especial, quanto aos atendimentos que envolvem violência doméstica e contra a mulher, como também a “naturalização dos acidentes” como “obra do acaso”. Portanto, a adesão dos profissionais e agentes comunitários de saúde foi a partir de convite a servidores, conforme as dimensões dos serviços, feito em reuniões pelas coordenações das equipes. O único pré-requisito foi o interesse e a disponibilidade de participar do desafio da constituição de um grupo, cujo papel estava por ser construído. Os integrantes formavam um grupo de trabalho e a continuidade de participação também foi uma condição fundamental. Havia, pois, a proposta de “construir um caminho coletivo de aprendizado, compromissos e mudanças de comportamento”, direcionados aos atendimentos dos usuários da demanda dos serviços de saúde da atenção básica e às atividades de educação e saúde realizadas com a população da região.

Portanto, um dos principais desafios do Grupo de Observadores foi e continua sendo a sensibilização dos participantes, quanto à visibilização e desnaturalização da violência, no contexto da região e nos atendimentos da demanda.

O trabalho fundamenta-se na estratégia da promoção da saúde e qualidade de vida com a convicção de que as morbidades e a mortalidade decorrentes de CE são “ocorrências anunciadas”, previsíveis e preveníveis, com base nas condições de vida das coletividades e em trajetórias individuais, não podendo ser consideradas pelos profissionais de saúde como “castigo, penalidade ou obra do acaso”⁽³⁶⁾. Para os observadores, particularmente a morbidade por essas causas tem sido invisibilizada pelos registros inadequados e/ou insuficientes, pela ausência de

registros nos serviços de atenção básica, pela falta de estatísticas de saúde, de modo geral, e pela atitude defensiva dos profissionais dos serviços, que oscila entre a banalização e o atendimento restrito aos danos físicos^(8, 27, 29, 37).

Em 2009, com a municipalização dos serviços de saúde do Partenon, antes sob a coordenação do governo do Estado, os integrantes do Grupo de Observadores foram ampliados e mais três grupos iniciados, sendo um com trabalhadores do Partenon e outros dois com trabalhadores na Lomba do Pinheiro⁽³⁷⁾.

Com o lançamento do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI) e a escolha da região da Lomba do Pinheiro como Território da Paz foram destinados recursos para ampliar e qualificar a iniciativa, o que possibilitou intensificar o trabalho nesta região com mais dois Grupos de Observadores de CE, para qualificar mais profissionais da saúde para o trabalho com a violência, com as famílias e a comunidade⁽³⁷⁾.

Nesse contexto, foi necessária nova configuração da dinâmica até então adotada e, para os novos grupos que iniciaram, a partir de 2009, a metodologia de trabalho foi organizada, para ser desenvolvida inicialmente em 10 encontros quinzenais de 4h, “planejados para contemplar as necessidades individuais e coletivas de cada grupo, que constitui um processo de aprendizagem peculiar com trajetórias diversas de avanços e estagnações”⁽³⁸⁾ (ANEXO 2). Os temas são desenvolvidos por meio de exibição de vídeos e filmes, leitura e discussão de textos, explanação, debates, reflexões, relato de experiências, construção coletiva de estratégias para o enfrentamento da violência, valorizando e associando as vivências concretas dos participantes⁽³⁷⁾.

Considerou-se que apresentar o Grupo de Observadores de Causas Externas, da região em estudo, auxilia, em especial, a análise dos dados deste estudo referentes às representações sociais dos profissionais, considerando que atuam em uma região de Porto Alegre, na qual existe um trabalho pioneiro que objetiva a visibilização dos agravos decorrentes de causas externas, em especial as violências.

Salienta-se que o referido grupo não tem a responsabilidade de resolver toda a problemática que envolve, em especial, a violência na região. Aponta-se que o número de ACSs e de profissionais de saúde envolvidos ainda é restrito, porém, tem

um “representante” na maioria dos serviços de saúde do distrito.

Portanto, a região do Partenon/Lomba do Pinheiro, está inscrita em uma área geográfica na qual estão sendo desenvolvidos esforços na construção de um olhar voltado à inclusão da violência como um problema de saúde.

Nessa perspectiva, optou-se por apresentar alguns resultados de estudos realizados por pesquisadores do GESC, associados ao Projeto de Pesquisa Observatório de Causas Externas^X, envolvendo a Escola de Enfermagem da UFRGS/GESC e a Gerência de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro.

2.1 Alguns resultados de estudos sobre causas externas e processo de trabalho no enfrentamento das violências na demanda dos serviços da GD de Saúde Partenon e Lomba do Pinheiro

Um dos primeiros estudos⁽³²⁾ foi realizado em 2005 e investigou como atuam os agentes comunitários de saúde (ACSs) da região e quais as estratégias de intervenção na morbidade por causas externas. Participaram 36 ACSs, que compunham 7 equipes de Estratégia de Saúde da Família, da Região Partenon/Lomba do Pinheiro. Na análise do banco de dados dos Observadores de Causas Externas (OCE), os agravos mais frequentes foram os acidentais, que incluem os acidentes em geral, envolvendo, principalmente, a população infantil e as quedas entre idosos. Para os agentes, estes são os agravos de mais fácil abordagem junto às famílias, no domicílio, porém, a abordagem torna-se mais complexa e difícil, quando estão relacionados à violência ou delitos como tráfico de drogas. As autoras constataram fragilidade das redes de apoio e sustentação para os encaminhamentos feitos pelos agentes comunitários de saúde, sendo as diferentes tipologias da violência os agravos de mais difícil abordagem e resolutividade. Além disso, os ACSs “consideram-se despreparados para esse tipo de enfrentamento”^(32:83).

^X Financiado pelo Ministério de Saúde e CNPq – edital 024/2004

Bueno^(30, 34) buscou compreender os fatores locais que influenciam na problemática das causas externas na região e a partir dos registros dos Observadores de CE, descreveu a morbidade por este agravo, no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005, correspondente à demanda de 14 Serviços de Atenção Básica da região. A análise baseou-se em 1.594 registros e o domicílio foi o local de ocorrência mais registrado, indicando a precariedade do ambiente físico e a fragilidade das relações familiares. Os acidentes domésticos, com 33,2% dos dados, corresponderam à maioria dos atendimentos, enquanto os agravos decorrentes de violência perfizeram 20,3% dos registros. Os resultados apontaram vulnerabilidades socioeconômicas, geracionais e de gênero, sugerindo a adoção de medidas estruturais e ações promocionais em saúde, educação e prevenção⁽³⁰⁾.

Em outro estudo⁽⁸⁾ foi aprofundada a investigação sobre a morbidade por causas externas não intencionais (acidentes) entre os atendimentos, dos serviços de Atenção Básica de Saúde da região em estudo, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2008, sendo descritas e analisadas as principais características. Os resultados indicaram mais uma vez o domicílio como o local onde os acidentes ocorrem com maior frequência, totalizando 53,8% registros e indicando as condições de moradia como situações de vulnerabilidade aos acidentes. Na análise qualitativa, constatou-se que os olhares profissionais são dirigidos para a lesão física, desconsiderando o contexto social dos acidentes.

Seguindo a perspectiva das CEs não intencionais, Araújo⁽³⁵⁾ buscou conhecer e compreender as causas das quedas dos idosos usuários dos serviços da ABS da região em estudo, no período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005: pesquisa exploratória e descritiva. A coleta dos dados quantitativos foi oriunda do banco de dados do Observatório de Causas Externas e foram identificados registros de 96 idosos, entre eles 28 com agravos decorrentes de quedas. Na abordagem qualitativa foram entrevistados 13 idosos com os referidos agravos, que nas mulheres foram os mais frequentes; com a idade média de 74 anos, tinham pouca escolaridade, eram aposentadas ou dependentes da aposentadoria dos cônjuges, com renda média de um salário mínimo. A autora concluiu que as causas das quedas são inter-relacionadas, complexas e exigem intervenção multidisciplinar, intersetorial, bem como, ampla visão dos profissionais de saúde, além da negociação, junto ao idoso e

familiar, avaliando seu contexto e especificidade, buscando a promoção do ambiente seguro no domicílio. Também pautou a importância de desencadear discussões, visando à criação de incentivos e políticas públicas que proporcionem melhoria na qualidade do acesso urbano na região.

A análise da morbidade por Causas Externas entre adolescentes⁽²⁴⁾, na demanda dos serviços de Atenção Básica de Saúde da região em estudo, foi realizada considerando os registros dos Observadores de CE, no período de 2002 a 2005, incluindo as notificações dos atendimentos de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos. Foram identificados 442 adolescentes com agravos decorrentes de CE, 64% do sexo masculino, atentando vulnerabilidade geracional e de gênero; o domicílio representou o principal local das ocorrências (45,9%). Os acidentes domésticos (26,7%) foram mais frequentes, seguidos por acidentes de esporte e lazer (13,7%), violência interpessoal (10,9%), acidentes com animais (10,5%) e violência sexual (6,2%). Os jovens que participaram do estudo eram oriundos de famílias de precária inserção socioeconômica, com baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade dos pais, com condições de moradia inadequadas, com dificuldade de acesso aos bens de consumo e de inserção no mercado de trabalho. Também foram identificadas evidências de fragilidade das relações sociais, na família e na comunidade⁽²⁶⁾. Os resultados apontam que a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, considerando as características sociais e culturais, e as “situações de vulnerabilidades” de cada grupo populacional, pode ser o foco de ações voltadas ao enfrentamento da morbidade por causas externas⁽²⁴⁾.

A vulnerabilidade de gênero ao adoecimento por CE foi investigada, nos registros dos Observadores de CE, do período de fevereiro de 2002 a fevereiro de 2005⁽²⁶⁾. O sexo feminino representou 40,5% das notificações, sendo as faixas etárias dos 2 aos 5 anos e acima dos 60 anos as mais vulneráveis. Os principais agravos foram as quedas, agressão física, acidente de trânsito e de trabalho, sendo que estes ocorrem predominantemente nas residências, evidenciando a vulnerabilidade ao adoecimento por CE, no cotidiano dessas mulheres.

A vulnerabilidade das mulheres à morbidade por violência na demanda dos serviços de atenção básica de saúde⁽³¹⁾ também foi pesquisada a partir dos registros dos Observadores de CE, da região em estudo. De 2002 a 2007 totalizaram 3150

notificações de agravos por CEs, dos quais 223 (7%) foram de violência contra a mulher. Destas, 55% na faixa etária entre 16 e 35 anos, 26% com primeiro grau incompleto. A violência doméstica/familiar representou 56% dos registros, 73% das agressões ocorreram no domicílio, 75% dos agressores eram pessoas conhecidas, sendo que os (ex)companheiros íntimos totalizaram o percentual de 43%. A agressão por força física foi o principal tipo de violência (32,3). Os locais do corpo mais atingidos foram a cabeça, incluindo face e pescoço (41,5%), membros superiores (20,4%) e membros inferiores (11,9%). As autoras concluem o estudo considerando que a morbidade por violência é subnotificada e invisibilizada nos serviços de Atenção Básica de Saúde, que o domicílio local de proteção, é um espaço de vulnerabilidade e que a realização de pesquisas, considerando a realidade local, possibilita o planejamento de ações de prevenção dessas morbidades.

Bonfim⁽²⁸⁾ pesquisou a violência doméstica contra a mulher, no período perinatal. O objetivo foi conhecer as concepções e percepções sobre violência doméstica contra a mulher entre profissionais de Saúde que realizaram consultas de pré-natal na região em estudo. Utilizou a abordagem qualitativa, entrevistas semi-estruturadas e pesquisa documental na coleta dos dados dos prontuários. Participaram profissionais que realizam consultas de pré-natal em 12 serviços de atenção básica, da região em estudo. A autora constatou que a violência aparece de forma descontextualizada e a conduta dos profissionais foi centrada nas consequências à saúde física e psicológica da mulher e dos filhos. A maioria dos entrevistados não reconhece a violência como um problema de Saúde Pública, muitas vezes não registram como agravo à saúde da gestante, gerando omissões no atendimento, sub-registro e invisibilização desses eventos, o que evidencia um olhar naturalizado, sustentado nos padrões socioculturais e na violência “consentida” de gênero.

O problema da violência auto-infligida, os suicídios, foi explorado com estudo que teve por objetivo analisar as concepções das enfermeiras sobre o atendimento a usuários com comportamento suicida nas UBSs da região⁽³³⁾, mediante pesquisa qualitativa e coleta de dados, por meio de entrevistas semi-estruturadas, analisadas pela técnica de análise de conteúdo temático. Os resultados apontaram que foram

identificadas poucas ações preventivas e que as finalidades do atendimento estavam direcionadas à manutenção da qualidade de vida dos usuários. As enfermeiras informaram que atendem poucos usuários com esse problema, que é constatado, principalmente, por agentes comunitários de saúde. As autoras destacam a “necessidade de constituição de redes sociais no setor saúde, como possibilidade de congregar vários parceiros e oferecer alternativas de abordagem e atendimento aos usuários com comportamento suicida”⁽³³⁾.

Por fim, cita-se pesquisa realizada⁽²⁹⁾ sobre a assistência em UBS às vítimas de violência na concepção de enfermeiras, que atuam nos serviços de saúde em estudo. Trata-se de uma abordagem qualitativa, com análise de conteúdos temáticos, dessas entrevistas. Os resultados apontam que as UBSs têm importante papel na assistência e na prevenção da violência. As estratégias das enfermeiras para o enfrentamento dessas situações dizem respeito à empatia, disponibilidade pessoal, atenção e escuta dos sinais e sintomas apresentados pelas usuárias. O tempo do atendimento, as experiências pessoais e de trabalho em equipe foram considerados como fundamentais para a detecção precoce dos casos. Foi enfatizada como negativa a ausência de capacitações formais sobre o tema. Por outro lado, consideraram que o grupo de Observadores de Causas Externas “tem sido um importante instrumento local para a desnaturalização desses agravos, numa perspectiva de intervenção diferenciada, que dê conta de interferir na raiz do problema”^(29:184).

A apresentação de breves sínteses de pesquisas realizadas nos serviços de saúde da região Partenon/Lomba do Pinheiro, a partir dos dados registrados pelos Observadores de Causas Externas, buscou, principalmente, contextualizar a análise das entrevistas dos profissionais de saúde deste estudo, no que se refere às rerepresentações sociais da violência contra a mulher, na demanda dos atendimentos da atenção básica de saúde.

A seguir apresentam-se os serviços de saúde da região em estudo.

3 ESTUDO 3: os Serviços de Saúde da região

A Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro coordena 30 serviços de saúde municipais: 15 equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Equipe de Saúde Mental (ESM), 1 Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), 1 Equipe de Matriciamento em Saúde Mental.

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) seguem a preconização do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado pelo Ministério da Saúde em 1994. Em Porto Alegre, o programa foi instituído em 1996. Estão incluídas nas Gerências Distritais de Saúde da cidade, entretanto, são gerenciadas por convênio assinado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e a Fundação Universitária de Cardiologia.

Visam-se a priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular. São compostas por três a seis agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, um médico, um enfermeiro. Os agentes são selecionados entre membros da própria comunidade e realizam visitas domiciliares, obrigatórias para pacientes com dificuldade de locomoção, que usam medicação controlada, hipertensos, diabéticos, gestantes e para crianças menores de dois anos.

Os serviços realizados pelas equipes de ESF são: acolhimento, atendimento em Pediatria, Ginecologia, clínica geral, aferição de pressão arterial, curativos, vacinas, medicações injetáveis, glicoteste, teste do pezinho, nebulizações, distribuição de medicamentos. Implementam-se os programas Nascer, Prá-crescer, Esperança, Pré-natal, Pré-nenê e Hiperdia (acompanhamento de hipertensos e diabéticos). Além disso, foram implantadas seis equipes de saúde bucal, de saúde da família, na cidade de Porto Alegre, sendo que uma delas está localizada no PSF Maria Conceição, na região do Partenon.

Cada equipe é responsável em média por 850 famílias correspondendo

aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas. As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais.

As Unidades Básicas de Saúde (ABSs) são as estruturas que respondem pelas ações de atenção básica à população e a principal porta de acesso das pessoas ao Sistema de Saúde. Devem estar distribuídas no território do Município, o mais próximas possível das pessoas. Para o Ministério da Saúde as UBSs compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS e “devem ser prioridade na gestão do sistema, porque, quando funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde” ⁽³⁹⁾.

Os principais serviços de rotina realizados nas UBSs deste estudo são: acolhimento, atendimento em Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica, Odontologia, Serviço Social e Nutrição; vacinação, medicações injetáveis, teste do pezinho, nebulizações, coleta de CP (preventivo do câncer), distribuição de medicamentos, grupos de educação em saúde. Os Programas inseridos nos atendimentos das UBSs são: Nascer, Pré-crescer, Esperança, Pré-natal, Pré-nenê, Cuidando da Mãe e do Bebê e Hipertensão (acompanhamento de hipertensos e diabéticos).

Além dos serviços já descritos, a UBS Panorama realiza outras atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos: combate ao tabagismo, grupos de educação em saúde de hipertensão e diabetes, saúde mental, saúde bucal, educação nutricional, planejamento familiar, tabagismo, asma, gestantes, caminhadas, geração de renda e convivência.

As UBSs são constituídas por equipes de profissionais concursados, no quadro dos servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. O serviço de higienização e segurança são terceirizados.

Fazem parte da equipe da saúde das UBSs: Médicos (clínico geral, ginecologista, pediatra), Enfermeira, Cirurgião-dentista, Nutricionista, Assistente Social, Técnico de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, sendo que nem todas as UBSs contam com Cirurgião-dentista, Nutricionista e Assistente Social.

Os serviços de saúde dessa Gerência são regidos pelos princípios de que todos os usuários sejam atendidos em sua demanda. Durante o acolhimento, o

profissional de saúde identifica a necessidade de consulta que é marcada no dia ou agendada, sendo que a agenda dos atendimentos é aberta diariamente.

As solicitações de consultas com especialistas oriundas das ESF, preferencialmente, são marcadas na UBS mais próxima que disponha da especialidade, visando a que o atendimento seja realizado na região onde reside o usuário.

Cada Gerência Distrital de Saúde tem uma Equipe de Saúde Mental (ESM), que dá suporte às ações em saúde mental na atenção básica. Além do atendimento direto aos pacientes, auxiliam os profissionais por meio da realização de encontros para discussão e avaliação dos casos, como, por exemplo, das situações que envolvem violência.

O Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA), acompanha os estudantes a partir do ingresso na escola de Ensino Fundamental e Médio. Na cidade de Porto Alegre existem oito NASCAs, cada um localizado em uma Gerência Distrital de Saúde.

Este núcleo, além de desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança e do adolescente, também dá suporte e acompanhamento às situações que envolvem violência e são identificadas na escola. Quando o estudante tem necessidade de consulta com especialistas (psicólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional) é encaminhado para o NASCA Especializado que se localiza no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas e é referência na cidade.

Assim, o apoio Matricial pode ser realizado por profissionais de diversas Áreas especializadas e “se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (40 :130).

Destaca-se que nessa Gerência, por meio do Grupo de Observadores de Causas Externas, existe a preocupação de que os profissionais de saúde desenvolvam a construção de um olhar voltado à visibilização da violência e existe, na Gerência, espaço para discussão e encaminhamento dos casos que a equipe tem dificuldade de resolver. Porém, esse “olhar” ainda não está sendo um consenso entre o grupo dos profissionais da região.

Considera-se que o estudo do meio geossocial da região possibilitou apontar informações sobre vulnerabilidade social da região indicando que o solo cultural é marcado por desigualdades e iniquidades sociais, o que, nas situações que envolvem a violência contra a mulher, pode dificultar ainda mais o enfrentamento.

O estudo que versa sobre o Grupo de Observadores de Causas Externas mostra que, apesar das dificuldades relacionadas aos atendimentos da violência, na demanda dos serviços, existem ações de alguns profissionais de saúde visando encontrar caminhos para esses enfrentamentos. Porém, os resultados dos estudos citados, apontam que, para a maioria a, ABS é “um lugar de não ver” a violência.

Portanto, é nesse contexto que são construídas e ancoradas as representações sociais acerca do problema que envolve a VCM.

REFERÊNCIAS

1. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978
2. Abric JC. Représentations sociales: aspects théoriques. In: Abric JC, organizador. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994. p. 11-35.
3. Rodrigues GS, De Negri AF. The development of a community based initiative for safety promotion in a large urban center of south Brazil, strategies and challenges facing socio economical conditions and institutional changes. In: 13ª Conferência Mundial das Cidades Protetoras. Praga; 2004.
4. Fundação de Economia e Estatística, Estado do Rio Grande do Sul. Municípios do Rio Grande do Sul com mais de 100 mil habitantes - Porto Alegre [Internet]; 2009 [citado 2010 abr 10]. Disponível em: http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pop_estado_mapa2_municipio.php?municipio=Porto+Alegre&id=298.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. In: IV Conferência Municipal de Saúde; Porto Alegre; 2003 set 26-28 [citado 2009 set 03]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/caderno_4_conferencia.doc.
6. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCempa. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. Regiões do Orçamento Participativo [database na Internet]; 2009 [citado 2010 abr 10]. Disponível em: <http://www.observapoa.palegre.com.br>.
7. Gerência Distrital de Saúde Lomba do Pinheiro e Partenon, Secretaria de Saúde de Porto Alegre. Diagnóstico: caminhos possíveis. Porto Alegre; 2008.
8. Bueno AL M. Os acidentes na atenção básica de saúde: tipologias, vítimas e territórios em uma região do município de Porto Alegre/RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
9. Prefeitura de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local, Fundação de Assistência Social e Cidadania. Mapas e indicadores das vulnerabilidades sociais; 2007 [citado 2009 set 03]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/mapas_e_indicadores_vulnerab_social_fasc_suas.pdf

10. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Gabinete do Prefeito, Secretaria do Planejamento Municipal. Mapas da inclusão e exclusão social de Porto Alegre. Porto Alegre; 2004.
11. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/ Banco estatístico: rendimentos % de responsáveis por domicílios com rendimentos mensais de até um salário mínimo [*database na Internet*]; 2006 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
12. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/ Banco estatístico. Educação: % de responsáveis por domicílios sem instrução e c/ menos de um ano de estudo [*database na Internet*]; 2006 [citado jul 2010 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
13. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/ Banco estatístico. Observa POA/Banco estatístico. Educação: % de responsáveis por domicílios analfabetos [*database na Internet*]; 2006 [citado jul 2010 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php
14. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. SMS/SINASC, 2008. Saúde: % nascidos vivos - idade da mãe - 10 a 14 anos [*database na Internet*]; 2009 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php
15. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. SMS/SINASC, 2008. Saúde: taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos [*database na Internet*]; 2009 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php
16. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. SMS/SINASC, 2008. Saúde: % nascidos vivos – escolaridade da mãe com 12 anos ou + de estudo anos [*database na Internet*]; 2009 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php
17. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. SMS/SINASC, 2008. Saúde: % nascidos vivos – escolaridade da mãe < 1º grau completo [*database na Internet*]; 2009 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
18. Stella IM, Oliveira GS, Junior Beck A. AIDS em Porto Alegre – 2008. Boletim Epidemiológico. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre,

Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2010;XII(42).

19. Prata MCS, Nichiata LYI, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Vulnerabilidade de mulheres à AIDS: estudo da mortalidade segundo anos potenciais de vida perdidos. *O Mundo da Saúde*. 2009;33(4):440-8.
20. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre. Observa POA/Banco estatístico. Domicílio: número de domicílios sem banheiro nem sanitário [*database na Internet*]; 2006 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
21. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre Observa POA/Banco estatístico. Domicílio: número de domicílios com abastecimento inadequado de água [*database na Internet*]; 2006 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
22. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre Observa POA/Banco estatístico. Domicílio: número de domicílios com esgotamento sanitário não adequado [*database na Internet*]; 2006 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
23. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, PROCEMPA. Observatório da cidade de Porto Alegre Observa POA/Banco estatístico. Domicílio: número de domicílios com lixo não coletado [*database na Internet*]; 2006 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php.
24. Cocco M, Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2010;12(1):89-97. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a11.htm>.
25. Livi K, Lerner S, Cunha J, organizadores. *Prá-Parar – Programa de Vigilância da violência: Relatório 2008*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde, Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Agravos e Doenças Não Transmissíveis; 2009 [citado 2010 jul 07]. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_2008.pdf.
26. Leal SMC, Lopes MJM. Mulheres e a vulnerabilidade geracional e de gênero à morbidade por causa externas. In: Caponi S, Peres MA, Medeiros L, Erig D, Kunkel N, Ávila K, organizadores. *Desigualdades em Saúde no Brasil: o desafio da saúde coletiva*. Florianópolis: UFSC/PPGSP; 2006. p. 505-13.
27. Cocco M. Geração e gênero na constituição de situações de vulnerabilidade aos

- acidentes e violências entre jovens de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
28. Bonfim EG. A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
29. Rückert TR, Lima MADS, Marques GQ, Garlet ER, Pereira WAP, Acosta AM. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(2):180-6.
30. Bueno ALM, Lopes, MJM. A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(3):279-87.
31. Soares JSF, Lopes MJM, Leal SMC. A vulnerabilidade das mulheres à morbidade por violência na demanda dos serviços de atenção básica de saúde. In: Anais da 28ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 15º Congresso de Pesquisa e desenvolvimento em Saúde do Mercosul. *Rev HCPA*. 2008; 28 Suppl: 132-3.
32. Imperatori G, Lopes MJM. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? *Saude Soc*. 2009;18(1):83-94.
33. Kohlrausch E, Lima MADS, Abreu KP, Soares JSF. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(4):468-75.
34. Bueno ALM. A morbidade por causas externas em uma região do município de Porto Alegre/RS: um olhar epidemiológico [monografia]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
35. Araújo VEA. Na corda bamba da vida: causas das quedas de idosos, usuários da Atenção Básica, residentes em uma região do município de Porto Alegre/RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
36. Rodrigues GS, Lopes MJM, Souza AC, Ribeiro ML. Estratégias de enfrentamento da morbidade por causas externas na atenção básica em uma região do município de Porto Alegre, Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2008;13(1):111-20.
37. Loebens I. Grupo de Observadores de Causas Externas: construindo redes de cuidado. In: 9º Congresso Nacional da Rede UNIDA; 2010 jul 18-21; Porto Alegre.
38. Rodrigues GS. Plano de trabalho para Grupos iniciais de Observadores de Causas Externas. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro; 2010.

39. Ministério da Saúde (BR), Conselho Municipal das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília DF; 2006.
40. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cienc Saude Col. 2009;14(1):129-38.

ANEXO 2 DO APÊNDICE A – PLANO DE TRABALHO PARA OS GRUPOS INICIAIS DE OBSERVADORES DE CAUSAS EXTERNAS

GRUPO OBSERVADORES DE CAUSAS EXTERNAS

Gerência Distrital de Saúde Partenon e Lomba do Pinheiro

Coordenação: Enfermeira Gerçi Salete Rodrigues

METODOLOGIA

Os encontros ocorrem quinzenalmente com duração de 4h. São dinâmicos e planejados visando contemplar as necessidades individuais e coletivas de cada grupo considerando que cada grupo constitui um processo de aprendizagem peculiar com trajetórias diversas de avanços e estagnações.

Os temas são desenvolvidos de forma atraente e envolvente com exibição de vídeos e filmes, leitura e discussão de textos, explanação, debates, reflexões, relato de experiências e de construção coletiva de estratégias para o enfrentamento da violência.

I ENCONTRO

Objetivos

- (Re)conhecimento do grupo.
- Sensibilização sobre o tema.
- Diagnóstico do grupo: concepções sobre violência.

Primeiro momento: acolhimento e apresentação dos participantes

Segundo momento: contrato

Terceiro momento: levantamento de interesses

Quarto momento: estatística perceptiva

Quinto momento: avaliação

II ENCONTRO

Objetivos

- Promover a reflexão.
- Definir e esclarecer conceitos.
- Aprofundar conhecimento.
- Trabalhar a tipologia da violência e a diferença entre acidente e violência.

Primeiro momento: percepção do tema

Segundo momento: aprofundamento do tema

Terceiro momento: avaliação

Quarto momento: encaminhamentos

Recurso de Apoio: Cartilha do Ministério da Saúde: Por uma cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência p. 10 à 14.

Referência: BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz.** Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2008. 15p.

III ENCONTRO

Objetivos

- Retomar e aprofundar a tipologia da violência.
- Refletir, identificar e efetivar possíveis encaminhamentos para situações de violência.
- Ler o texto coletivamente e destacar aspectos que considerarem relevantes.

Primeiro momento: apresentação dos casos

Segundo momento: discussões de encaminhamentos possíveis

Terceiro momento: aprofundando o texto

Quarto momento: avaliação

Recurso de Apoio: Texto entrevista com Cecília Minayo na revista do

Referência: PAULA, Giovana de. Entrevista Cecília Minayo. **Revista Conasems**, DF – Brasília, v. 1, n. 4, 2004. Conasems, sobre violência e saúde.

IV ENCONTRO

Objetivos

- Identificar a cultura do militarismo presente no currículo oculto.
- Compreender a violência como construção cultural.
- Conhecer o conceito da Cultura da paz.

Primeiro momento: reflexão individual

Segundo momento: apresentação e discussão

Terceiro momento: texto sobre cultura da paz

Quarto momento: avaliação

Recursos de Apoio: Currículo Oculto da Violência e do Militarismo. Material elaborado pelo grupo de estudos da Violência da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro, em 2004.

Texto: Por uma cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência p. 5-6.

Referência: BRASIL. **Impacto da violência na saúde das crianças e**

adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2008. 15p.

V ENCONTRO

Objetivos

- Trabalhar a percepção sobre as relações humanas.
- Consolidar e problematizar conceitos.
- Aprimorar o “olhar” e a “escuta”.

Primeiro momento: apresentação de um roteiro para observação durante o filme

Segundo momento: filme

Terceiro momento: discussões sobre o filme

Quarto momento: avaliação

Recursos de Apoio

Sugestões de filme: Chocolate, Colcha de Retalhos

VI ENCONTRO

Objetivos

- Iniciar o trabalho sobre a violência contra a mulher.
- Enfocar o ciclo da violência como relevante no processo de identificação e intervenção na violência doméstica.

Primeiro momento: trabalho em grupos

Quatro grupos para leitura e discussão de diferentes textos:

- Quem agride e quem é agredido (a)?
- Quais as manifestações da violência conjugal?
- Por que as mulheres aguentam por tanto tempo uma relação violenta?
- Dez mitos sobre a violência doméstica

Segundo momento: apresentações dos grupos

Terceiro momento: problematização

Quarto momento: avaliação

Recurso de Apoio: Texto de Bárbara Soares – Enfrentando a Violência contra a Mulher

Referência: SOARES, Bárbara. **Enfrentando a Violência contra a Mulher.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p.

Observação:

Devido à complexidade dos textos a discussão continuará no 7º encontro.

VII ENCONTRO

Objetivos

- Continuar o aprofundamento dos textos iniciados no encontro anterior sobre

violência contra mulher.

- Retomar o ciclo da violência como relevante no processo de identificação e intervenção na violência doméstica.

Primeiro momento: retomada do trabalho

Segundo momento: apresentações dos grupos

Terceiro momento: problematização

Quarto momento: filme

Quinto momento: avaliação

Recurso de Apoio: Filme - Tecendo Redes de Paz

VIII ENCONTRO

Objetivo

- Trabalhar sinais e sintomas que devem ser observados na identificação da violência doméstica.

Primeiro momento: trabalho em grupos

Segundo momento: apresentação dos grupos

Terceiro momento: problematização e síntese

Quarto momento: avaliação

Recurso de Apoio: Quadro “Violência contra mulher – Sinais e sintomas que devem ser observados na identificação de violência física, sexual e psicológica”.

IX ENCONTRO

Objetivos

- Trabalhar conceitos e processo de construção de Redes de Proteção da Mulher.
- Conhecer a rede local e municipal de proteção às vítimas de violência doméstica.
- Colocar-se como um ator na Rede de proteção.

Primeiro momento: se colocando na rede

Segundo momento: texto sobre redes

Terceiro momento: conhecendo a Rede de Proteção

Quarto momento: avaliação

Recurso de Apoio:

- Texto sobre Redes. Material elaborado para trabalho com grupo de causas Externas – Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro. 2010.
- Texto: Rede de Proteção da Mulher

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM AS MULHERES: questionário com questões-
estímulo sobre violência contra a mulher

PESQUISA: VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

Idade: _____ Ocupação/ Profissão: _____

Numero de filhos: _____

Estado civil: () solteira () casada () separada () viúva

1- Cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa em violência.

2- Cite 5 palavras que lhe vêm à cabeça, quando pensa sobre a violência contra a mulher?

3- Cite 5 palavras que vêm à cabeça, quando vê esta figura (ANEXO 2):

4- cite 5 palavras que vem à cabeça, quando pensa para onde a mulher da figura está sendo levada (ANEXO 2)

5- Cite 5 palavras que vêm à cabeça, quando vê esta figura (ANEXO 3):

6- Faça um desenho sobre uma situação que represente violência na vida de uma mulher.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO^Y

Pesquisa: Representações Sociais da violência contra mulheres, na perspectiva de usuárias e serviços de saúde.

Equipe:

Prof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes (pesquisadora responsável) – Fone: 3308-5251

Sandra Maria Cezar Leal – Fone: 9942-2629 sandral@cpovo.net

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS

Sr^a (o) Participante:

Com esta pesquisa pretende-se conhecer e analisar as representações sociais da violência na perspectiva das mulheres usuárias e dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de Atenção Básica de Saúde, na região Lomba do Pinheiro e Partenon, do município de Porto Alegre, RS.

Assim, conta-se com sua colaboração para responder a algumas perguntas, que serão gravadas em áudio. Salienta-se que depois de transcritas, as gravações serão destruídas, mantendo-se a guarda do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é livre e se mudar de ideia pode desistir a qualquer momento, mesmo sem ter respondido a algumas ou a todas as perguntas. Assegura-se que sua privacidade será preservada, portanto não haverá associações nominais com o teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa e neste somente constarão informações devidamente validadas por você. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste estudo.

A pesquisa tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração de uma Tese de Doutorado, junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof^a Dr^a Marta Julia Marques Lopes.

Coloca-se a disposição para os esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista e garante-se aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo.

Nome da (o) participante

Assinatura da (o) participante

Nome da entrevistadora

Assinatura da entrevistadora

^Y DALL'AGNOI, Clarice M. Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido em aula. Disciplina de Metodologia qualitativa. Programa de pós-graduação em Desenvolvimento Rural – UFRGS. 2006

APÊNDICE D – Roteiro da entrevista com os profissionais de saúde

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____
Tempo de trabalho na área da saúde: _____
Tempo de trabalho em UBS ou ESF: _____
Especialização: () sim _____ () não _____

- 1- Cite 3 palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa em violência.
- 2- Cite 3 palavras que lhe vêm à cabeça quando pensa sobre a violência contra a mulher.
- 3- Resuma, em algumas frases, a violência.
- 4- O que é violência contra a mulher? O que pensas sobre a violência contra a mulher?
- 5- Qual a principal queixa da maioria das mulheres que você atende?
- 6- No teu dia a dia de trabalho atende mulheres em situação de violência (agredidas por (ex) companheiro, (ex) marido)?
- 7- Como identifica essas situações? Considera possível identificar a mulher em situação de violência pela avaliação clínica (queixas, exame físico), quando não há a informação da agressão?
- 8- Qual a sua conduta nos casos de agressão (declarada ou suspeita) contra a mulher? Tem alguma dificuldade para lidar com essas situações? Quais?
- 9- Como descreve a atitude dessas mulheres frente à situação de violência? Como se comportam no atendimento? Fazem referência ao agressor? Solicitam ajuda? Denunciam ou demonstram disposição de denunciar o agressor à polícia?
- 10- Como considera que o profissional de saúde enfrenta essa situação? O que fazer?
- 11- No seu local de trabalho existe rede de apoio/serviços voltados às mulheres em situação de violência? Estão articulados com a UBS/ESF?
- 12- Que tipo de ação o serviço público de saúde pode ter, frente à violência contra a mulher?
- 13- Na sua formação profissional a violência contra a mulher foi abordada em algum momento? Considera que os profissionais de saúde devam ser capacitados para trabalhar as implicações que envolvem a violência contra a mulher?
- 14 – No seu local de trabalho você atende mulheres rotuladas de poliqueixosas? Quem são? Qual sua opinião sobre elas?
- 15- Você quer fazer algum comentário sobre o assunto que conversamos?

APÊNDICE E – FOLHA EXPLICATIVA^Z

Pesquisa:

Representações Sociais da violência contra mulheres na perspectiva de usuárias e serviços de saúde

Equipe:

Profª Drª Marta Julia Marques Lopes (pesquisadora responsável)

Fone: 3308-5251

Sandra Maria Cezar Leal (pesquisadora)

Fone: 9942-2629 sandral@cpovo.net

Instituição de Origem

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sra. Usuária:

Estamos convidando você para participar do projeto de pesquisa acima mencionado, mediante entrevista individual, em que serão registradas algumas informações.

O principal objetivo do estudo é investigar as representações sociais da violência, na perspectiva das mulheres usuárias dos serviços de Atenção Básica de Saúde, na região Lomba do Pinheiro e Partenon, do município de Porto Alegre, RS.

Sua identidade será mantida em caráter confidencial. Igualmente, fica assegurada a liberdade de optar pelo ingresso e continuidade no estudo, bem como a opção pela desistência, a qualquer momento, sem que sua tomada de decisão incorra em prejuízo a você.

Os resultados da pesquisa serão mencionados em publicações científicas, vinculadas à Área de conhecimento que deu origem ao projeto e/ou em outras modalidades de comunicação como em congressos e eventos, de forma a socializar a informação.

Sandra Maria Cezar Leal – Pesquisadora

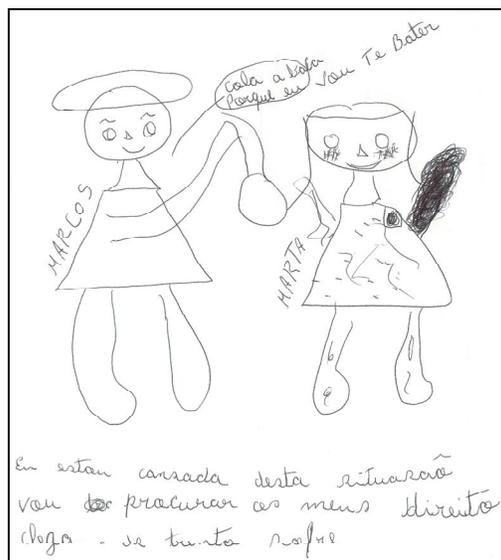
^Z DALL'AGNOI, Clarice M. Modelo de Folha Explicativa, fornecida em aula. Disciplina de Metodologia Qualitativa. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008

**APÊNDICE F – CATEGORIZAÇÃO PARA A ANÁLISE DOS DESENHOS
REALIZADOS PELAS USUÁRIAS QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA**

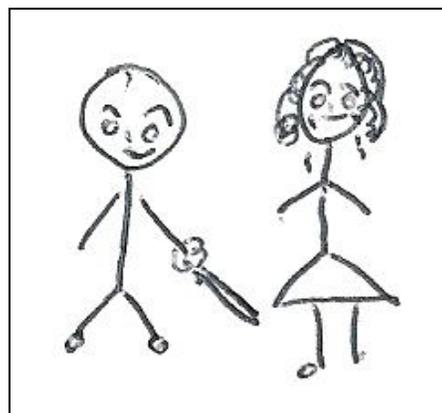
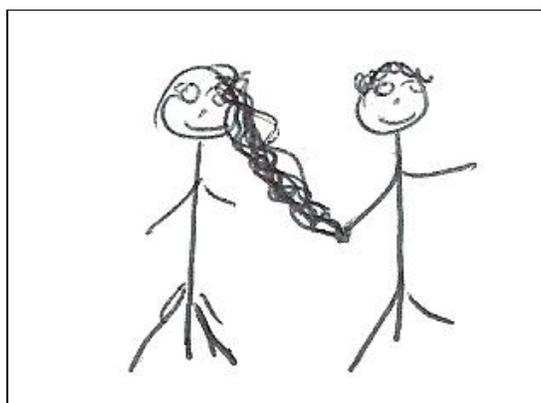
CENAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO



M120 16 anos

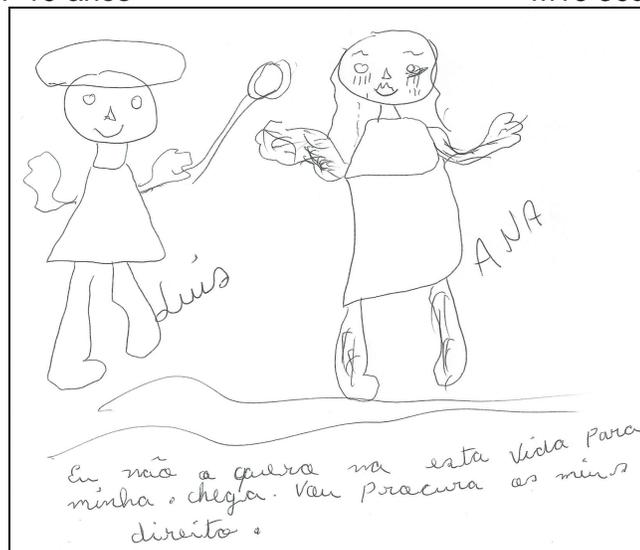


M101 36 anos

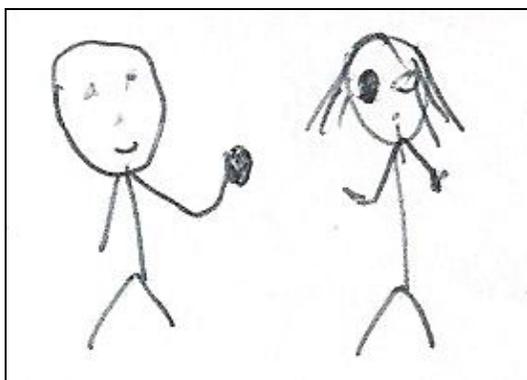


M107 19 anos

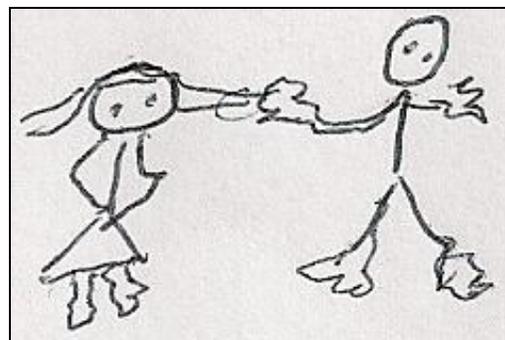
M16 39anos



M91 60 anos



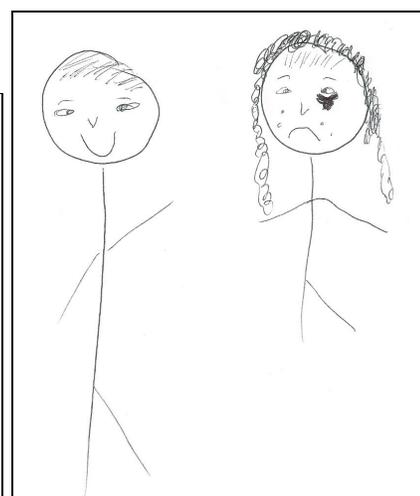
M73 38 anos



M29 58 anos



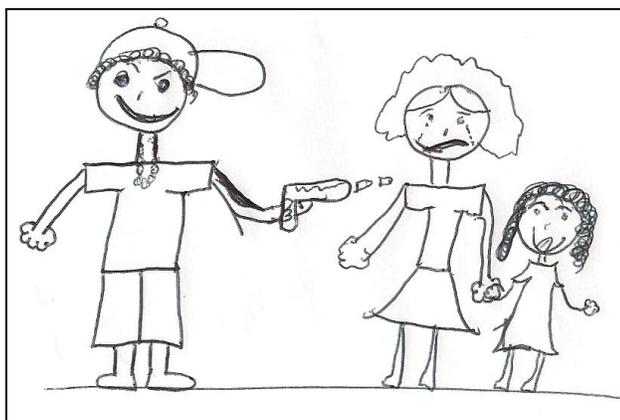
M98 26 anos



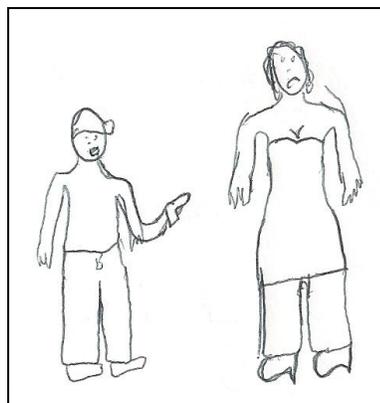
M90 28 anos



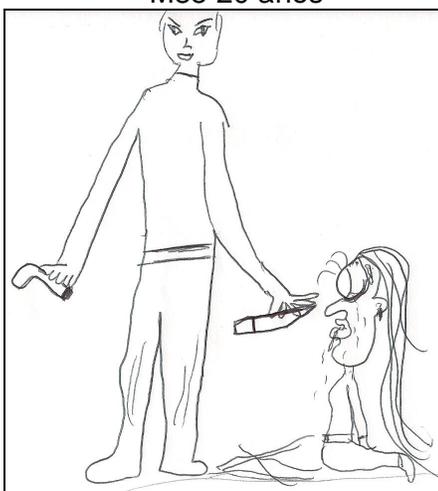
M89 40 anos



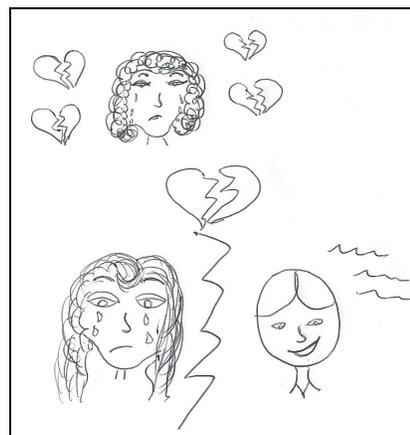
M85 20 anos



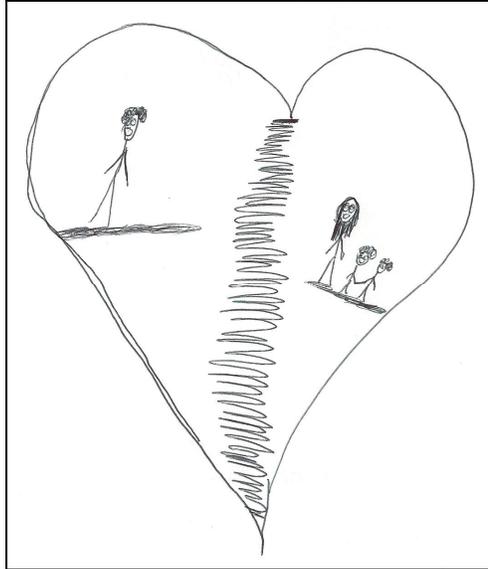
M82 30 anos



M74 16 anos



M78 23 anos



M51 15 anos



M70 38 anos



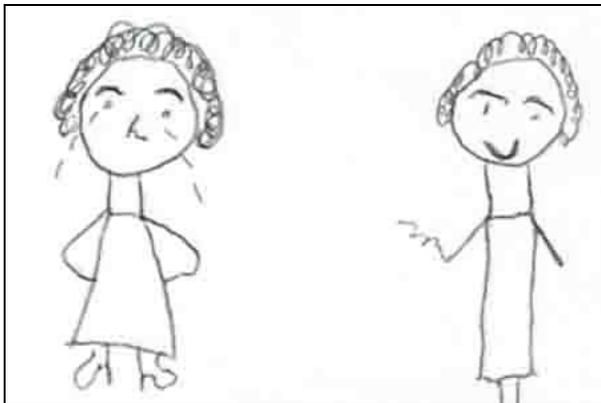
M47 20 anos



M28 65 anos



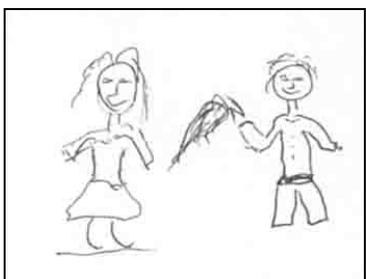
M11 45 anos



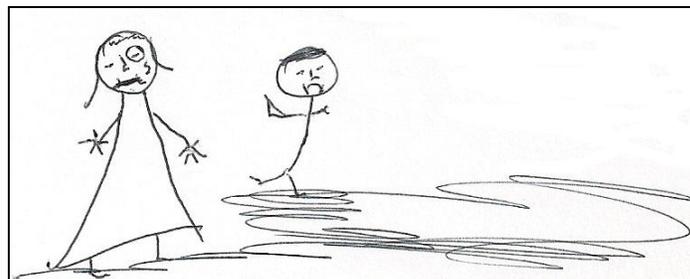
M9



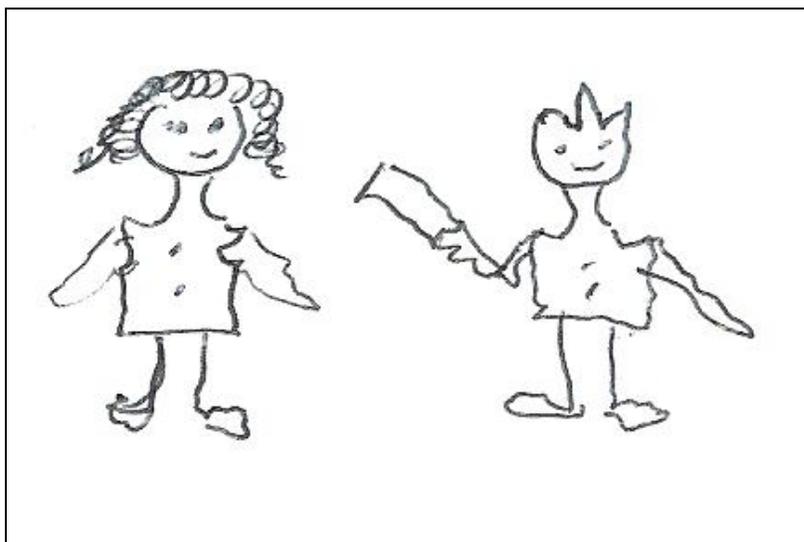
M61 27 anos



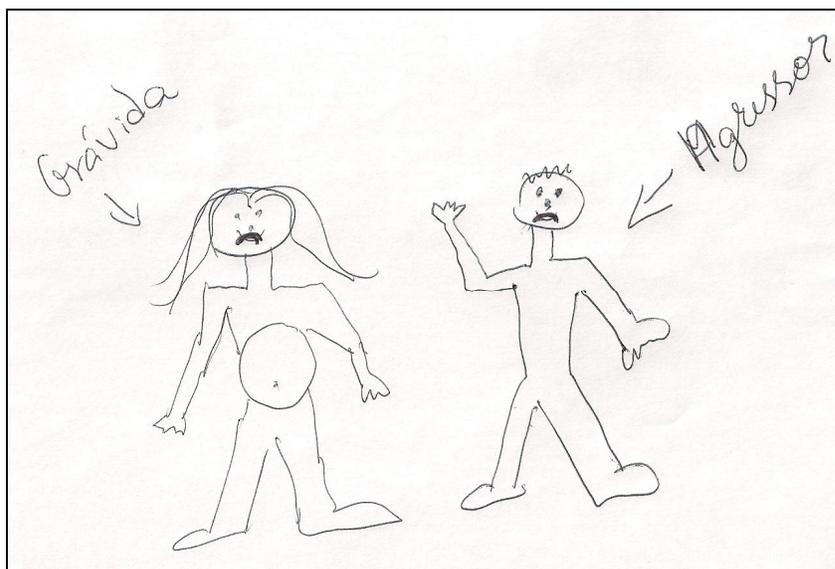
M5 43 anos



M3 21 anos



109 44 anos

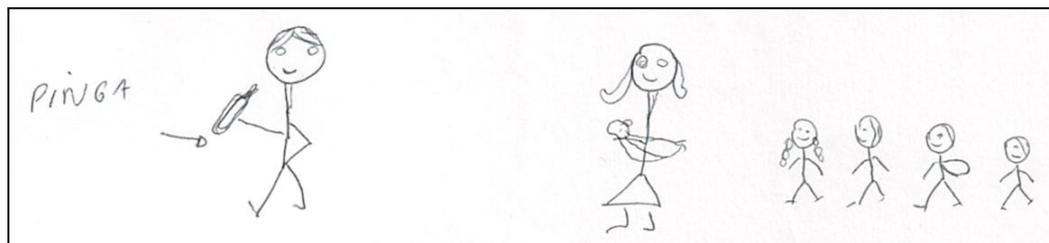


M36 60anos

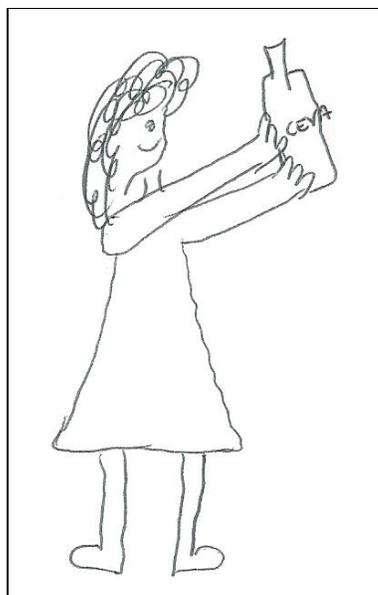
DESENHOS RELACIONANDO REPRESENTAÇÕES DA VCM AO USO DO ÁLCOOL



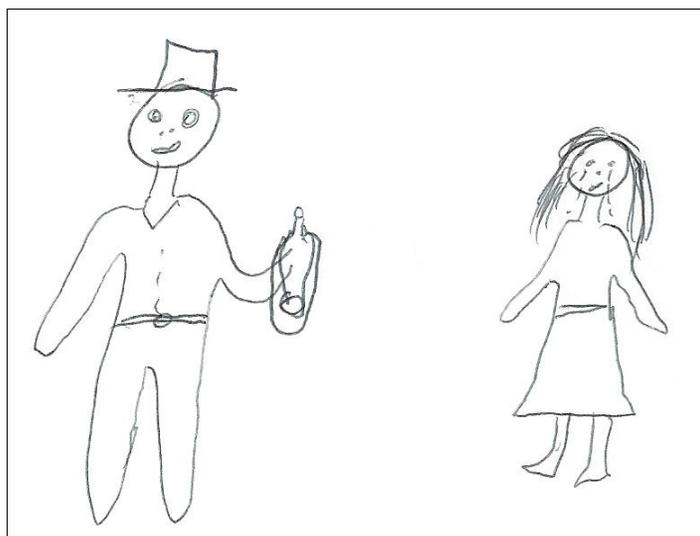
M108 27anos



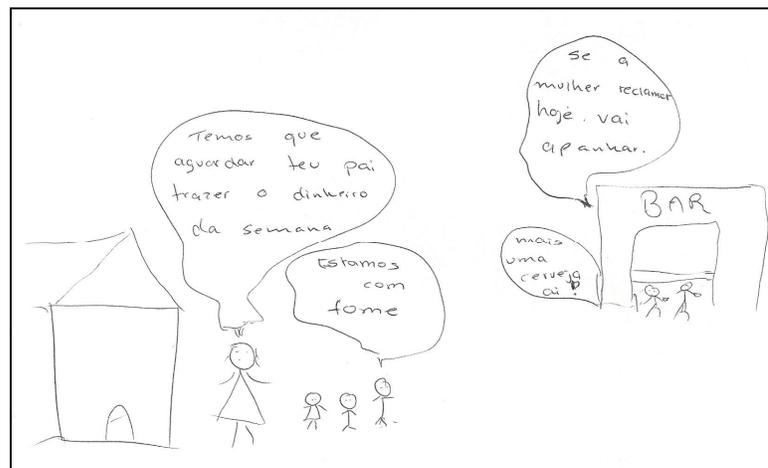
M18 45anos



M54 21 anos



M86 20anos

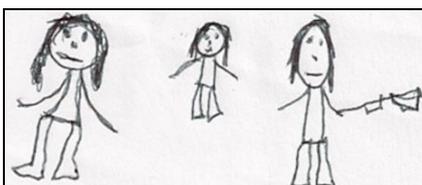


M50 45 anos



M84 35anos

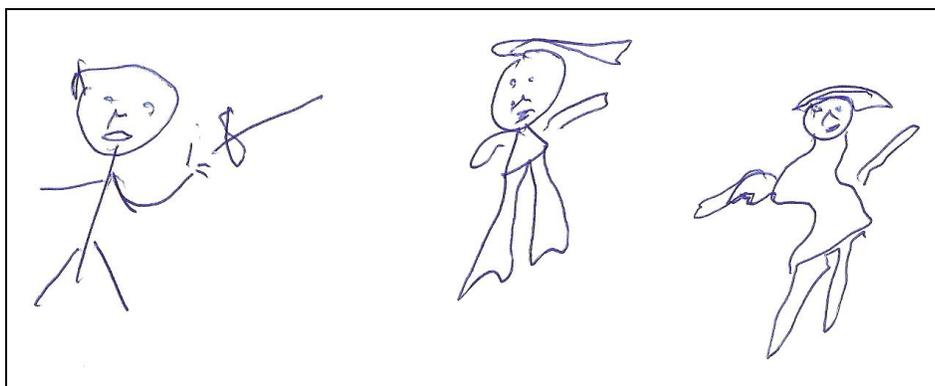
OS FILHOS NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA



M10 28 anos



M32 15 anos



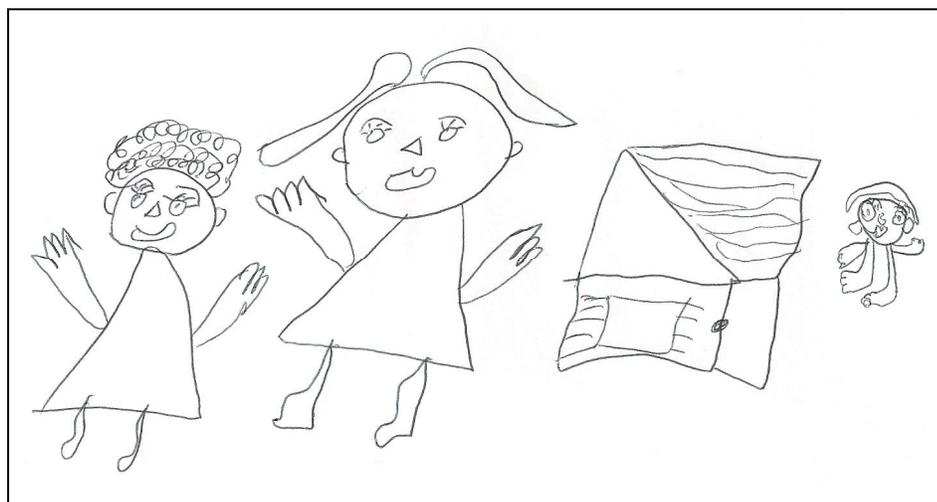
M55 34 anos



M61 54anos

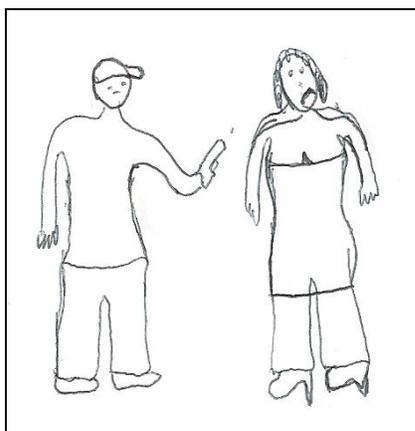


M99 25 anos

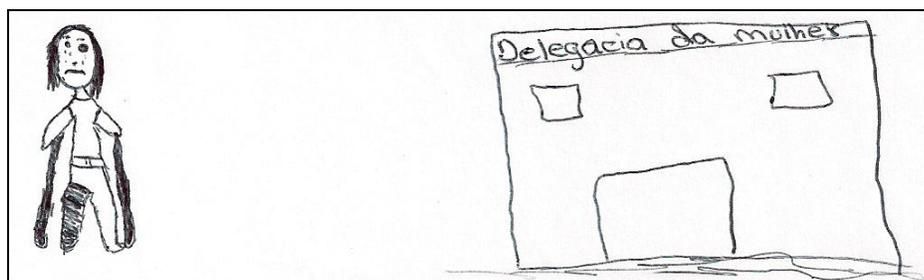


M19 30 anos

MULHERES COM IDADE ≤ 20 ANOS



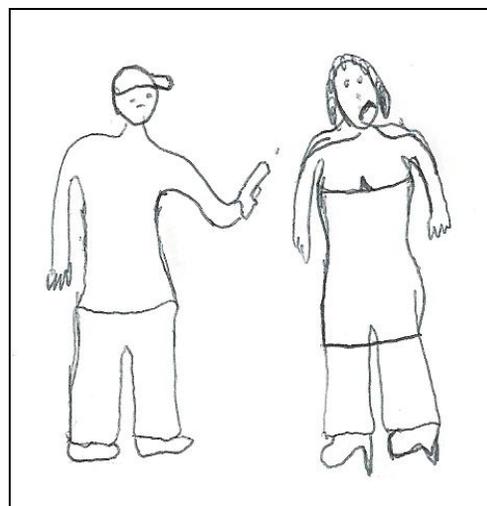
M83 16 anos



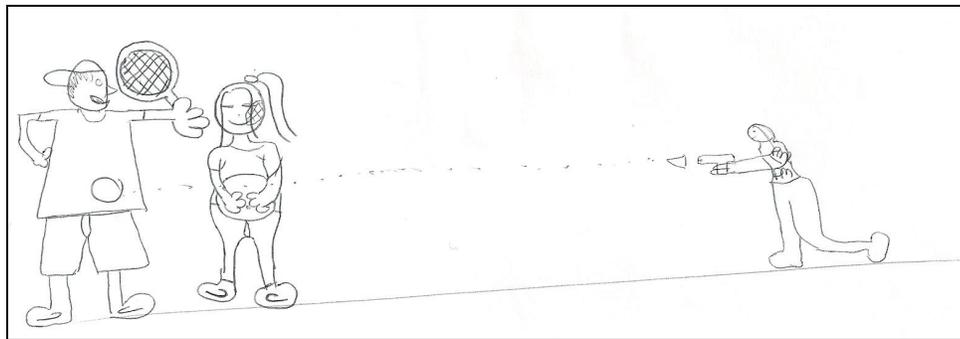
M12 16 anos



M20 16 anos



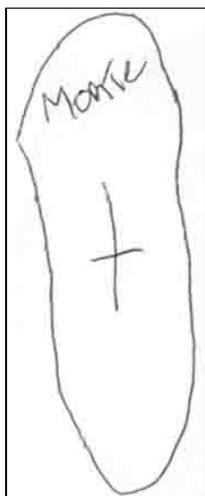
M83 16 anos



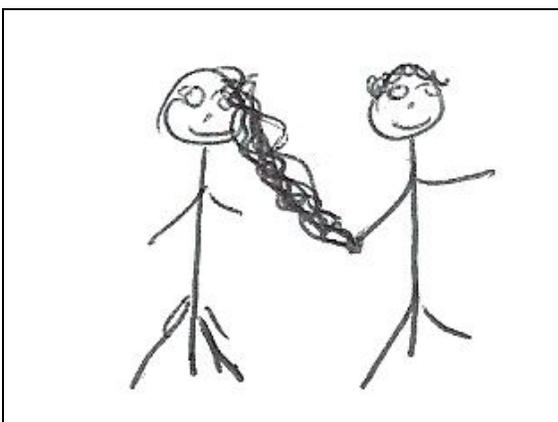
M16 16 anos



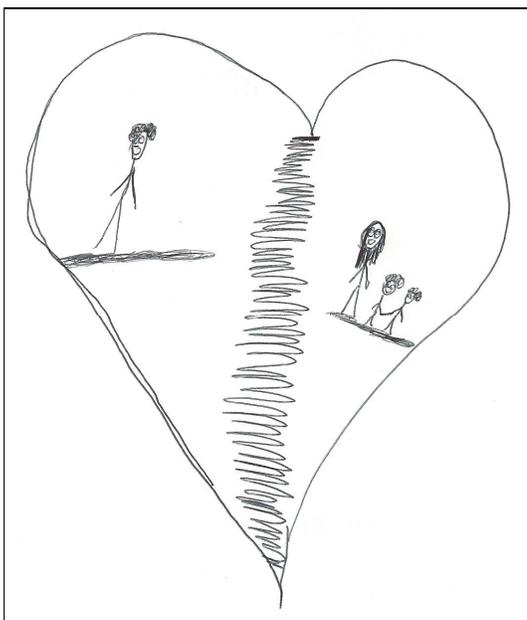
M19 20 anos



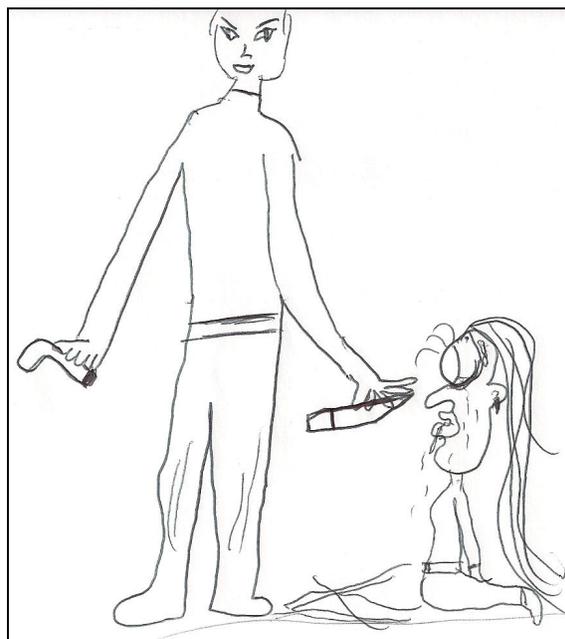
M24 19 anos



M107 19 anos



M51 15 anos

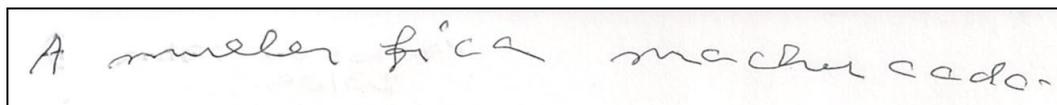


M74 16 anos

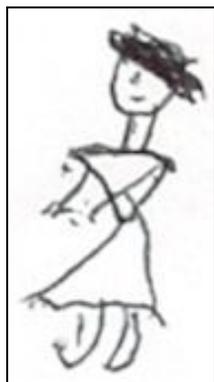
MULHERES COM IDADE ≥ 60 ANOS



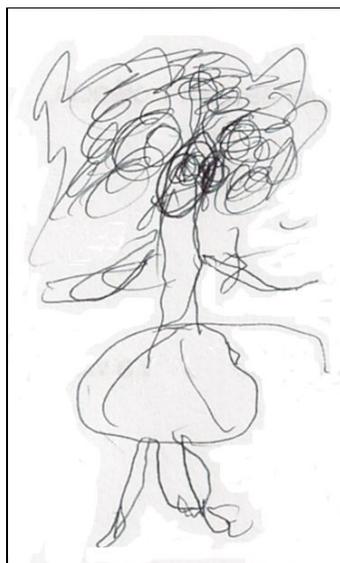
M 34 77 anos



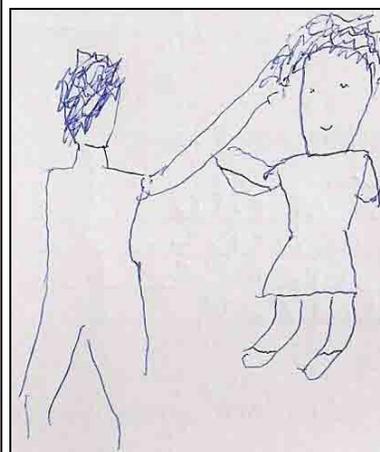
M1 61 anos



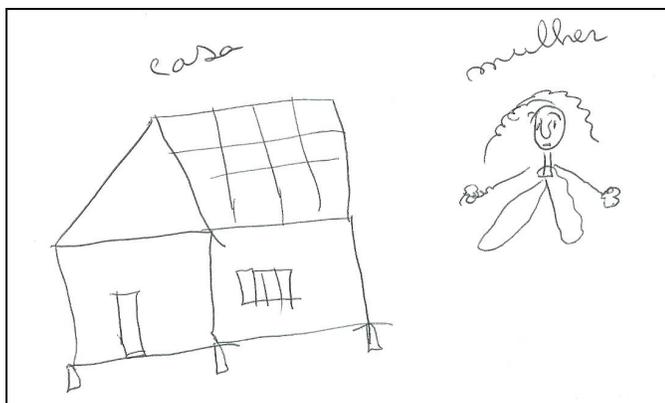
M20 63 anos



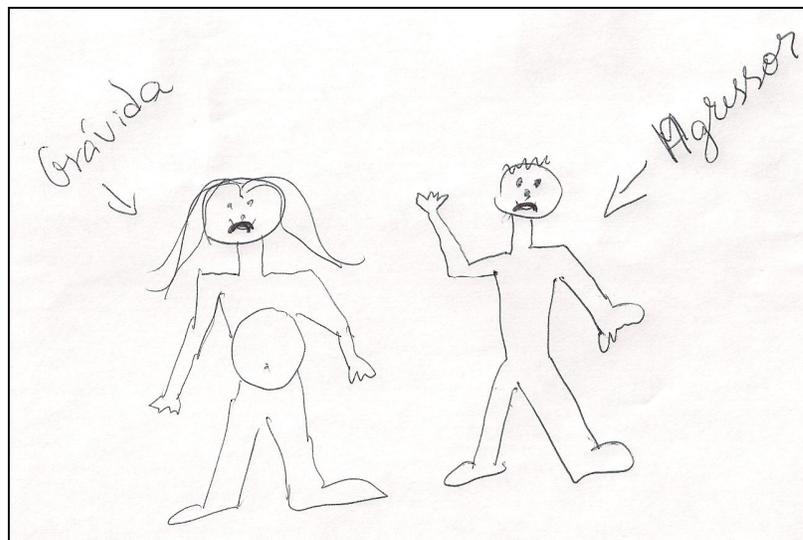
M25 62 anos



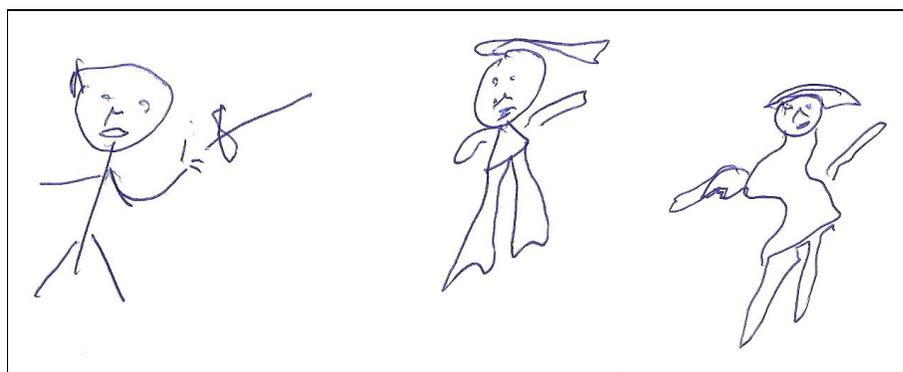
M28 65 anos



M103 63 aos



M36 60 anos

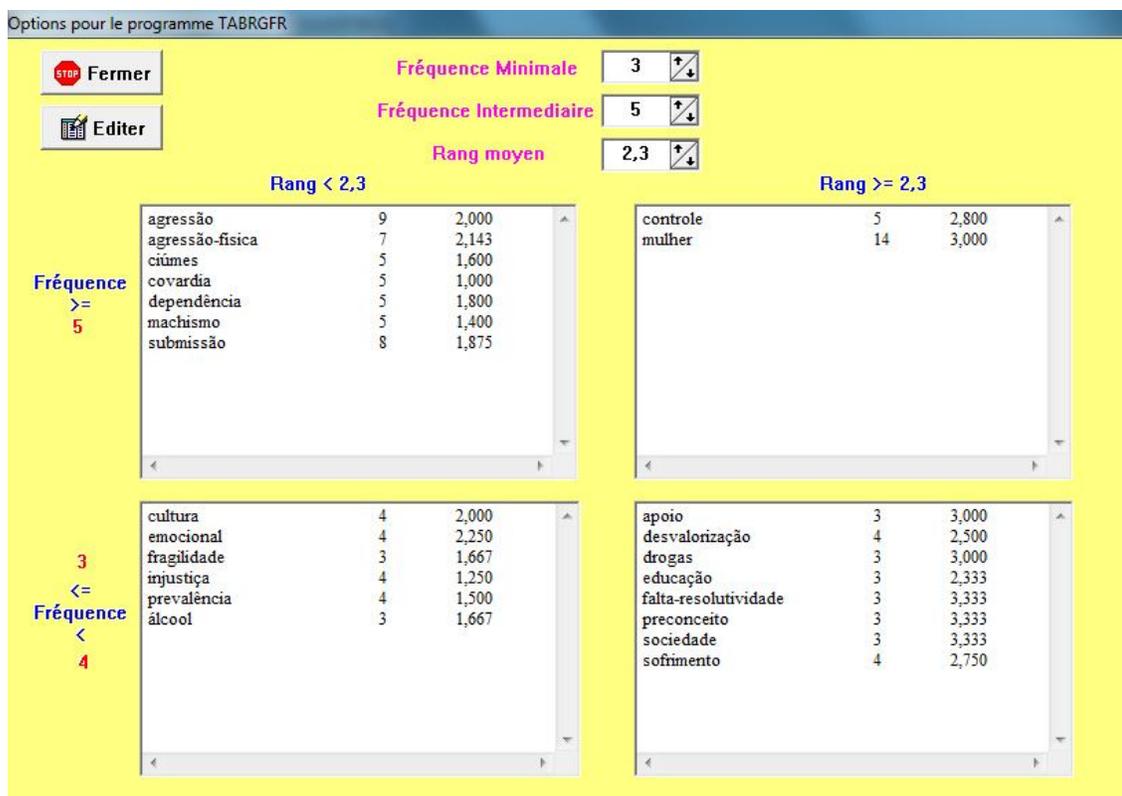


M55 64 anos



M91 60 anos

APÊNDICE G – PROGRAMA EVOC: análise da lexicografia pelo programa *Rangmot*



Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre

Figura 36. Quadro de quatro casas, programa *Tabrgfr*.

O *Rangmot* foi o programa mais utilizado para este estudo, por fornecer os vocábulos em ordem alfabética, a frequência, a ordem de evocação de cada um e a OME. A partir do corpus do *Rangmot*, com o a definição da OME, o *Rangfrq*, por meio do programa *Tabrgfr*, fornece o quadro de quatro casas, ilustrado na Figura 36, com a possível identificação do núcleo central, dos elementos intermediários e periféricos ^(1,2).

No exemplo da Figura 36, a média da OME é de 2,3, que é estabelecida no relatório do *Rangmot*. Para definir as frequências mínimas e médias, deve-se efetuar o ponto de corte com o corpus gerado pelo *Rangmot*, no qual se identifica que, quanto maior a frequência das evocações, menor o numero de vocábulos no corpus. Para estabelecer o ponto de corte, aplica-se a lei de *Zipf* ⁽¹⁾ e “observa-se a

ocorrência de uma queda brusca no número de vocábulos, seguida de uma estabilização dos mesmos”^(2:76). Seguindo as orientações de Camargo⁽³⁾ foi sempre mantido o número total de evocações maior que 75% da amostra, cuidado fundamental para a validação dos dados. No Apêndice H apresenta-se exemplo do cálculo da frequência média, descrito no final do relatório do *Rangmont*.

Assim, depois de serem inseridos, no “quadro das quatro casas”, os valores das frequências mínimas, intermediária e média da ordem de evocação (OME), o programa permitiu a visualização dos elementos mais próximos do núcleo central, os elementos intermediários e os periféricos⁽¹⁾.

Seguindo o exemplo da Figura 36, apresenta-se a definição de cada quadrante:

1º) Quadrante superior esquerdo: aparecem as palavras citadas com maior frequência e as que são prontamente evocadas, ou seja, com menor OME o que indica que também foram as primeiras palavras a serem citadas. São elementos estáveis e consensuais. Abric^(4:64) ressalta que “nem tudo que se encontra nesta casa é central, mas o núcleo central está nesta casa”.

2º) Quadrante superior direito: surgem as palavras que são citadas com maior frequência, mas não foram evocadas prontamente, denominadas Elementos Intermediários.

3º) Quadrante Inferior esquerdo: palavras evocadas com baixas frequências e prontamente evocadas, que também são denominadas Elementos Intermediários.

4º) Quadrante Inferior direito: aparecem as palavras com baixa frequência de citação e que não foram evocadas prontamente. Dizem respeito aos Elementos Periféricos da representação, que estão organizados em torno do núcleo central, são os componentes mais acessíveis e mais vivos; concretizam, defendem e regulam a representação⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

1. Vergès P, Scano S, Junique C. **Ensembles de programmes permettant l'analyse des evocations**. Aix en Provence : Université Aix en Provence

(Manual) ; 2002.

2. Vicente SS. **Atividades acadêmicas de professores da UFMT**: um estudo de representações sociais. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2006. 296 p
3. Camargo BV. EVOC: orientação para a realização do cálculo de frequência mínima. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <e-mail> 25 out. 2010.
4. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PH, Loreiro MC, organizadores. **Representações Sociais e práticas educativas**. Goiânia: Editora da UCG; 2003. p. 37-57.
5. Abric, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

APÊNDICE H – ORGANIZAÇÃO DO CORPUS PARA O PROGRAMA EVOC

O programa exige que os dados sejam formatados em um corpus no *word* ou no *excel*. Em cada linha constam as expressões de um sujeito, as expressões compostas são separadas por hífen, por exemplo: agressão-física.

Os números das colunas indicam as variáveis de corpus digitado no Word, conforme exemplo **de um corpus com 5 colunas**:

1;2;1;1;1; 1injustiça 2submissão 3autoestima-baixa

1 (número do participante); **2** (faixa etária); **1** (sexo);**1** (profissão); **1** (local de trabalho)

A seguir no Quadro 26 apresentam-se as variáveis definidas para cada grupo:

Variáveis para o grupo dos profissionais de saúde	
Faixa etária	1: ≤ 30 anos 2: ≥ 31 a 49 anos 3: ≥ 50 anos
Sexo	1: Feminino 2: Masculino
Profissão	1: Enfermeira 2: Médico (a)
Local de Trabalho	1: ESF 2: UBS
Variáveis para o grupo de mulheres	
Faixa etária	1: < 20 anos 2: 21 a 39 anos 3: 40 a 59 anos 4: ≥ 60 anos
Ocupação/ Profissão	1: Dona de casa 2: Doméstica/diarista/serviços gerais 3: Outra 4: Aposentada
Estado civil	1: Solteira 2: Casada/união estável 3: Separada 4: Viúva

Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Quadro 26 – Variáveis da análise do EVOC, para o grupo dos profissionais de saúde e para o das mulheres.

Antes de iniciar a análise com o programa *Ramgmot* realizou-se padronização das palavras e expressões evocadas, visando reduzir a dispersão dos seus conteúdos, assim, vocábulos e expressões diferentes com significados muito próximos foram padronizadas com a mesma denominação, garantindo manter o mesmo sentido final das evocações ⁽¹⁾.

Elaborou-se quadros com a padronização dos termos uniformizados, apresentados a seguir:

PADRONIZADO	TERMOS REFERIDOS
agressão	agressão, agressividade, maus-tratos, trauma, abuso
agressão-física	agressão-física, apanha, bater e mutilação
apoio	alicerce, apoio e proteção
ato-grave	ato-grave, crime e coisa-pesada
autoestima-baixa	baixa-autoestima, baixa-estima, autoestima-baixa, autoestima
prevalência	alta-prevalência, acontece, bastante, crescente
ciúmes	ciúmes, ciúme, passionalidade e traição
controle	sobrecarga-mulher, controle, manipulação, cobrada
cultura	cultura, cultural e influência do meio
dependência	dependência, dependência econômica e falta autonomia
desrespeito	desrespeito e humilhação
desvalorização	desvalorização, pomenorizada, pouco caso, sem-capacidade
educação	educação e falta-educação
emocional	envolvimento emocional
falta-resolutividade	falta resolutividade, inoperância do serviço e falta de controle social
fragilidade	fragilidade e desamparo
impotente	impotente e impotência
imprudência	imprudência e não tem limites
injustiça	injustiça, impunidade
machismo	machismo, patriarcado, músculo-ganha e força
mulher	mulher e mulheres
preconceito	discriminação e preconceito
sociedade	sociedade e social
álcool	álcool e alcoolismo

Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Quadro 27 – Dicionário com padronização das evocações dos profissionais de saúde.

PADRONIZADO	TERMOS REFERIDOS
ajuda	ajuda-social, grupo-apoio, pedir-ajuda, receber-ajuda, procurar socorro
assistente-social	assistente-social, órgão-social
casa-da-mãe	casa-da-mãe casa-de-amiga, casa-familiares
hospital	hospital, pronto-socorro, unidade-médica
justiça	advogado, fórum, justiça, juiz órgãos-da-justiça, procurar-direitos, procura-direitos, procurar-justiça, procurar-recursos
polícia	polícia, brigada-civil, brigada-militar
sem-rumo	sem-rumo, sem-opção
abrigo	abrigo, casa-abrigo, casa-apoio, casa-de-ajuda, casa maria-maria, albergue
local-seguro	local-seguro, local-amparo, local-seguro, recolhimento, proteção, lugar-seguro
terapia	terapia-familiar

Fonte: Leal, Porto Alegre, 2010.

Quadro 28 – Dicionário com padronização das evocações das mulheres.

REFERÊNCIA

- Oliveira DC, Marques SC, Gomes ATT, Teixeira MCTV. Análise das evocações: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM, organizadores. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 573-603.

APÊNDICE I – BREVE DESCRIÇÃO DO PROGRAMA ALCESTE, VARIÁVEIS DO ESTUDO E ORGANIZAÇÃO DO CORPUS

A seguir apresenta-se breve descrição do software ALCESTE, por considerar que o entendimento do seu funcionamento é imprescindível para possibilitar a análise do relatório do corpus. Seguiu-se, principalmente, as orientações de Camargo⁽¹⁾, que permitiu o acesso ao Laccos^{AA} onde foram gerados os corpus deste estudo.

O *software* ALCESTE executa quatro etapas (A, B, C e D), que são descritas seguindo a orientação de Camargo^(1: 514-530).

Etapla A o programa faz a leitura do texto e o cálculo dos dicionários, prepara o *corpus*, reconhece as UCIs, faz uma primeira segmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras considerando suas raízes e faz o cálculo da frequência das formas reduzidas.

A1: reformulação e divisão do texto em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são segmentos de tamanho similar de aproximadamente 3 linhas.

A2: faz a pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base nas formas reduzidas. Exemplo: **filh+** é a forma reduzida das palavras filho, filha, filhos, filhas.

A3: etapa que faz a criação do dicionário de formas reduzidas.

Na **Etapla B** é realizado o cálculo das matrizes de dados e a classificação das Unidades de Contexto Elementares (UCes), cujos conjuntos são repartidos em função dos seus respectivos vocabulários e de suas frequências de formas reduzidas. Utiliza o teste do qui-quadrado de associação das formas reduzidas e das UCes, para obter as classes definitivas. que constitui-se no Método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

B1: seleção das UCes e o cálculo da matriz (formas reduzidas x UCes).

B2: cálculo das matrizes de dados para Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

B3: Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A **Etapla C** fornece os resultados mais importantes, apresentando o

^{AA} Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, coordenado pelo prof. Brígido Camargo, da UFSC.

“dendograma^{BB} da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que ilustra as relações entre as classes”^(1: 215).

C1: Definição das classes.

C2: Descrição das classes.

C3: Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que representa as relações das classes num plano fatorial.

A **Etapa D** constitui-se de cálculos complementares e é um prolongamento da etapa anterior, facilitando análise dos dados gerados pela na etapa C.

D1: seleção das UCEs mais características de cada classe.

D2: pesquisa dos segmentos repetidos por classe.

D3: Classificação Hierárquica Ascendente (CHA), que é “realizada a partir de uma matriz de formas associadas a uma mesma classe x UCEs da classe associada, possibilitando fazer representações arborescentes destas relações”^(1: 216).

D4: seleção das palavras mais características das classes com um *index* de contexto de ocorrência.

D5: exportação para outros programas de sub-corpus de UCEs por classe.

Camargo^(1:516) ressalta que as operações do ALCESTE que produzem os resultados mais importantes para a interpretação de um corpus são: o dendograma da CHD (C1); a descrição das classes (C2); a seleção das UCEs mais característica de cada classe (D1) e; a classificação hierárquica ascendente (CHA)

Organização do *corpus*

Todo o *corpus* deve ser digitado com fonte Courier 10. Apresenta-se, como exemplo, a primeira linha de comando de um dos *corpus* desta pesquisa. Ressalta-se que cada linha de comando corresponde a uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), ou seja, as respostas de um participante do estudo. Seguiu-se a referência de Camargo⁽¹⁾, que descreve com detalhes as orientações para a construção de um *corpus*.

^{BB} Tipo específico de diagrama ou representação que organiza determinados fatores e variáveis.

**** *ind_01 *ida_1 *sex_1 *prof_1 *loc_1 *esp_1 *temp_1

*ind_01: participante 1

*ida_1: faixa ≤ de 39 anos

*sex_1: sexo feminino

*prof_1: enfermeira

*loc_1: trabalha no ESF

*esp_1: especialização na Área da ABS

*temp_1: trabalha na ABS no máximo há 5 anos

As variáveis para a análise deste estudo pelo programa ALCESTE.

Faixa etária	
*ida 1	≤ a 39 anos
*ida 2	≥ a 40 anos
Profissão	
*prof 1	Enfermeira
*prof 2	Médica
Local de trabalho	
*loc 1	ESF
*prof 2	UBS
Especialização	
*esp 1	Área da Atenção Básica de Saúde
*esp 2	Em outra área ou não ainda não fez especialização
Tempo de trabalho na Atenção Básica de Saúde	
*temp 1	≤ 5 anos (17 profissionais)
*temp 2	≥ 6 anos (23 profissionais)

Fonte: Leal, 2010, Porto Alegre.

Quadro 29 – Descrição das variáveis deste estudo, analisadas pelo *software* ALCESTE.

REFERÊNCIA

1. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASParedes, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM, organizadores. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/ Editora Universitária; 2005. p. 511-39

APÊNDICE J – RELATÓRIO EVOC RANGMONT: profissionais de saúde

fichier initial :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.PROF\VCM_prof_2010_final.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.PROF\VCM_prof_2010_final.Tm2

ON CREE LE FICHER :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.PROF\VCM_prof_2010_final.dis et

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.PROF\VCM_prof_2010_final.tm3

ENSEMBLE DES MOTS		RANGS					
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
agressão		: 9 :	2*	5*	2*		
	moyenne : 2.00						
agressão-física		: 7 :	3*	0*	4*		
	moyenne : 2.14						
apoio		: 3 :	1*	0*	1*	0*	1*
ato-grave		: 2 :	0*	0*	1*	0*	0*
	rangs 6 ... 15	0*	1*				
autoestima-baixa		: 2 :	0*	1*	1*		
baixa-autoestima		: 2 :	1*	1*			
ciúmes		: 5 :	3*	1*	1*		
	moyenne : 1.60						
controle		: 5 :	1*	1*	1*	2*	
	moyenne : 2.80						
covardia		: 5 :	5*				
	moyenne : 1.00						
crueldade		: 2 :	0*	0*	2*		
cultura		: 4 :	1*	2*	1*		
dependência		: 5 :	2*	2*	1*		
	moyenne : 1.80						
descontrole		: 1 :	1*				
desrespeito		: 2 :	1*	0*	1*		
desrrespeito		: 1 :	0*	1*			
destruição		: 1 :	0*	1*			
desvalorização		: 4 :	1*	1*	1*	1*	
drogas		: 3 :	0*	0*	3*		
educação		: 3 :	0*	2*	1*		

emocional	:	4	:	0*	3*	1*		
falta-resolutividade	:	3	:	0*	0*	2*	1*	
fragilidade	:	3	:	1*	2*			
humano	:	1	:	0*	0*	1*		
impotência	:	2	:	0*	2*			
imprudência	:	2	:	1*	0*	0*	1*	
injustiça	:	4	:	3*	1*			
intolerância	:	1	:	0*	0*	1*		
machismo	:	5	:	3*	2*			
marcante	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
medo	:	2	:	0*	0*	2*		
mudança-paradigma	:	1	:	0*	1*			
mulher	:	14	:	3*	3*	2*	4*	1*
				1*				
		rangs		6	...	15		
		moyenne	:	3.00				
pagar	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
preconceito	:	3	:	0*	0*	2*	1*	
prevalência	:	4	:	2*	2*			
raiva	:	2	:	2*				
respeito	:	1	:	0*	1*			
sem-amor	:	1	:	0*	0*	1*		
sem-capacidade	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
ser	:	1	:	0*	0*	1*		
sociedade	:	3	:	1*	0*	1*	0*	0*
		rangs		6	...	15		
				1*				
sofrimento	:	4	:	0*	1*	3*		
subjugar	:	2	:	1*	0*	1*		
submissão	:	8	:	2*	5*	1*		
		moyenne	:	1.88				

tem : 1 : 0* 0* 0* 1*

trauma : 1 : 0* 1*

valorização : 1 : 0* 0* 1*

vida : 1 : 0* 0* 0* 1*

álcool : 3 : 1* 2*

DISTRIBUTION TOTALE : 147 : 42* 44* 41* 13* 4*

RANGS 6 ... 15 2* 1* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 49

Nombre total de mots cites : 147

moyenne generale : 2.34

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul evocations et cumul inverse
1 *	16	16 10.9 % 147 100.0 %
2 *	10	36 24.5 % 131 89.1 %
3 *	8	60 40.8 % 111 75.5 %
4 *	6	84 57.1 % 87 59.2 %
5 *	5	109 74.1 % 63 42.9 %
7 *	1	116 78.9 % 38 25.9 %
8 *	1	124 84.4 % 31 21.1 %
9 *	1	133 90.5 % 23 15.6 %
14 *	1	147 100.0 % 14 9.5 %

Cálculo da frequência média:

Frequência mínima 3, que correspondeu a 75% das evocações e totalizou 23 palavras diferentes.

Cálculo da frequência intermediária= $111/23= 4,82$ (valor aproximado para 5).

Frequência mínima= 3

Frequência intermediária= 5

APÊNDICE L – RELATÓRIO EVOC RANGMONT: mulheres

fichier initial :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.MULHERES\Q1\VCM_mulheres_Q.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.MULHERES\Q1\VCM_mulheres_Q.Tm2

ON CREE LE FICHIER :

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.MULHERES\Q1\VCM_mulheres_Q1.dis et

I:\Doutorado_análise\ANÁLISE\EVOC.MULHERES\Q1\VCM_mulheres_Q.tm3

ENSEMBLE DES MOTS		RANGS					
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
absurdo		: 4 :	2*	1*	1*		
	moyenne : 1.75						
adolescentes		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
agir		: 4 :	0*	0*	0*	2*	2*
	moyenne : 4.50						
agressivo		: 7 :	2*	2*	1*	1*	1*
	moyenne : 2.57						
agressão		: 16 :	3*	6*	4*	2*	0*
	rangs 6 ... 15	1*					
	moyenne : 2.56						
agressão-física		: 10 :	3*	0*	3*	1*	1*
	rangs 6 ... 15	2*					
	moyenne : 3.30						
agressão-verbal		: 14 :	2*	2*	4*	3*	2*
	rangs 6 ... 15	1*					
	moyenne : 3.29						
amarrada		: 1 :	0*	1*			
ambição		: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
amor-próprio		: 1 :	0*	0*	1*		
angústia		: 5 :	1*	2*	1*	1*	
	moyenne : 2.40						
armas		: 3 :	2*	0*	0*	1*	
assassinato		: 3 :	0*	2*	0*	0*	1*
avaçada		: 1 :	1*				
baixa-qualidade-vida		: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
brigas		: 19 :	8*	2*	3*	4*	2*
	moyenne : 2.47						
burrice		: 3 :	1*	0*	0*	2*	
cadeia		: 3 :	0*	0*	1*	0*	1*
	rangs 6 ... 15	0* 1*					

capitalismo		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
choro		:	1	:	1*				
ciúme		:	4	:	1*	1*	2*		
	moyenne :		2.25						
compreensão		:	2	:	1*	0*	0*	1*	
covardia		:	11	:	3*	4*	0*	2*	1*
	rangs 6 ... 15				1*				
	moyenne :		2.73						
criança		:	9	:	1*	2*	2*	1*	3*
	moyenne :		3.33						
crime		:	7	:	2*	3*	0*	1*	1*
	moyenne :		2.43						
crueldade		:	8	:	2*	1*	2*	0*	2*
	rangs 6 ... 15				1*				
	moyenne :		3.25						
denúncia		:	1	:	1*				
depressão		:	4	:	0*	2*	1*	0*	1*
	moyenne :		3.00						
desamor		:	13	:	3*	1*	4*	2*	3*
	moyenne :		3.08						
desarmonia		:	1	:	0*	0*	1*		
desconforto		:	1	:	0*	1*			
descontrole		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
descrença		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
desemprego		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
desigualdade		:	1	:	0*	0*	0*	1*	
desilusão		:	1	:	0*	0*	1*		
desleixo		:	1	:	1*				
desonestidade		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
desrespeito		:	20	:	5*	4*	4*	2*	4*
	rangs 6 ... 15				1*				
	moyenne :		2.95						
destroí		:	1	:	0*	1*			
desunião		:	3	:	0*	2*	0*	1*	
distúrbio-mental		:	3	:	0*	2*	0*	1*	
dividir-sentimentos		:	1	:	0*	0*	0*	1*	

dor			: 13 :	5*	0*	3*	3*	2*
	moyenne :	2.77						
drogas			: 16 :	3*	6*	3*	3*	1*
	moyenne :	2.56						
dst			: 1 :	0*	0*	0*	0*	0*
	rangs	6 ... 15	1*					
dúvida			: 1 :	0*	0*	1*		
educação			: 3 :	0*	0*	0*	3*	
emprego			: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
enganar			: 1 :	0*	0*	0*	1*	
errado			: 1 :	0*	1*			
espancar			: 5 :	2*	2*	1*		
	moyenne :	1.80						
espanto			: 1 :	0*	1*			
estupro			: 15 :	4*	1*	2*	5*	3*
	moyenne :	3.13						
falta-amor-próprio			: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
falta-apoio			: 1 :	0*	0*	1*		
falta-bom-censo			: 1 :	0*	1*			
falta-confiança			: 1 :	0*	0*	1*		
falta-consideração			: 1 :	0*	0*	0*	1*	
falta-coragem			: 1 :	0*	0*	0*	1*	
falta-dinheiro			: 2 :	0*	0*	2*		
falta-diálogo			: 2 :	0*	1*	0*	1*	
falta-estabilidade			: 1 :	0*	0*	1*		
falta-moradia			: 1 :	0*	0*	0*	1*	
família			: 5 :	0*	1*	2*	0*	1*
	rangs	6 ... 15	0* 1*					
	moyenne :	4.00						
filhos			: 4 :	0*	1*	0*	1*	2*
	moyenne :	4.00						
fraqueza			: 1 :	0*	0*	0*	1*	
gastos			: 1 :	0*	0*	0*	1*	

geral		:	1	:	1*					
grave		:	1	:	1*					
horrível		:	7	:	5*	1*	0*	0*	1*	
	moyenne :		1.71							
humilhação		:	6	:	0*	2*	1*	2*	1*	
	moyenne :		3.33							
identificação		:	1	:	0*	0*	1*			
idosos		:	1	:	0*	0*	0*	0*	0*	
	rangs 6 ... 15		1*							
ignorância		:	6	:	2*	2*	2*			
	moyenne :		2.00							
impacientes		:	1	:	0*	0*	0*	1*		
indignação		:	4	:	1*	1*	2*			
	moyenne :		2.25							
injustiça		:	3	:	0*	2*	0*	0*	1*	
insegurança		:	4	:	1*	0*	2*	1*		
	moyenne :		2.75							
insônia		:	1	:	1*					
intolerância		:	1	:	0*	0*	0*	1*		
irracionalidade		:	1	:	0*	0*	1*			
lágrimas		:	1	:	0*	0*	1*			
machismo		:	9	:	0*	2*	3*	3*	1*	
	moyenne :		3.33							
maldade		:	7	:	1*	2*	2*	1*	0*	
	rangs 6 ... 15		1*							
	moyenne :		3.00							
marido		:	5	:	1*	0*	1*	1*	2*	
	moyenne :		3.60							
matar		:	5	:	2*	2*	1*			
	moyenne :		1.80							
mau-caráter		:	3	:	0*	0*	0*	1*	2*	
maus-tratos		:	10	:	1*	1*	4*	1*	3*	
	moyenne :		3.40							
medo		:	16	:	5*	5*	4*	1*	1*	
	moyenne :		2.25							
mendigos		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*	
morte		:	12	:	5*	3*	2*	1*	1*	
	moyenne :		2.17							
muita		:	1	:	0*	0*	0*	0*	0*	
	rangs 6 ... 15		1*							

rezar_deus_ajudar	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
ruim	:	7	:	4*	0*	1*	1*	1*
moyenne :		2.29						
sacrifício-filho	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
sem-caráter	:	2	:	0*	0*	1*	0*	0*
rangs 6 ... 15				1*				
sem-medo	:	1	:	0*	1*			
sem-rumo	:	2	:	0*	0*	0*	0*	1*
rangs 6 ... 15				1*				
sem-sentido	:	1	:	0*	0*	1*		
sentimento	:	1	:	0*	0*	0*	1*	
separação	:	1	:	0*	0*	1*		
sexual	:	2	:	1*	0*	0*	1*	
silêncio	:	1	:	0*	0*	1*		
sofrimento	:	6	:	0*	2*	2*	2*	
moyenne :		3.00						
terapia	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
terror	:	2	:	0*	2*			
tragédia	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
transgressão	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
tristeza	:	16	:	5*	4*	1*	1*	4*
rangs 6 ... 15				0*	0*	1*		
moyenne :		3.00						
trsiteza	:	2	:	0*	1*	1*		
trânsito	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
vergonha	:	2	:	0*	0*	1*	1*	
vícios	:	1	:	0*	0*	1*		
vingança	:	2	:	0*	1*	0*	1*	
violência	:	12	:	5*	2*	1*	1*	1*
rangs 6 ... 15				2*				
moyenne :		2.75						
violência-doméstica	:	6	:	2*	3*	1*		
moyenne :		1.83						
violência-polícia	:	1	:	0*	0*	0*	1*	

violência-trânsito	:	2	:	0*	1*	1*		
vício	:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
álcool	:	6	:	3*	1*	0*	2*	
moyenne :		2.17						
é-contra	:	1	:	0*	1*			
ódio	:	12	:	4*	1*	2*	3*	2*
moyenne :		2.83						

DISTRIBUTION TOTALE	:	545	:	122*	119*	111*	97*	75*		
RANGS 6 ... 15		17*		3*	1*	0*	0*	0*	0*	0*
0*										
RANGS 16 ... 25		0*		0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
0*										
RANGS 26 ... 30		0*		0*	0*	0*				

Nombre total de mots differents : 148
 Nombre total de mots cites : 545

moyenne generale : **2.91**

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	*	nb. mots	*	Cumul evocations et	cumul inverse
1	*	77		77 14.1 %	545 100.0 %
2	*	14		105 19.3 %	468 85.9 %
3	*	10		135 24.8 %	440 80.7 %
4	*	11		179 32.8 %	410 75.2 %
5	*	5		204 37.4 %	366 67.2 %
6	*	5		234 42.9 %	341 62.6 %
7	*	5		269 49.4 %	311 57.1 %
8	*	1		277 50.8 %	276 50.6 %
9	*	3		304 55.8 %	268 49.2 %
10	*	2		324 59.4 %	241 44.2 %
11	*	1		335 61.5 %	221 40.6 %
12	*	3		371 68.1 %	210 38.5 %
13	*	2		397 72.8 %	174 31.9 %
14	*	1		411 75.4 %	148 27.2 %
15	*	1		426 78.2 %	134 24.6 %
16	*	5		506 92.8 %	119 21.8 %
19	*	1		525 96.3 %	39 7.2 %
20	*	1		545 100.0 %	20 3.7 %

Cálculo da frequência média:

Frequência mínima 4 que correspondeu a **75,2%** das evocações e totalizou **47** palavras diferentes.

Cálculo da frequência intermediária= $410/47= 8,72$

Frequência mínima= 4

Frequência média= 8

1. **ANEXO 1** – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Marta Julia Marques Lopes

Equipe executora:

Registro do CEP: 243 **Processo N°.** 001.068568.07.0

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – Unid. Básica Lomba do Pinheiro

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.001.068568.07.0, referente ao projeto de pesquisa: “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**” tendo como pesquisador responsável Marta Julia Marques Lopes cujo objetivo é “Conhecer e confrontar as representações sociais de profissionais e usuárias nos atendimentos, na repercussão dos encaminhamentos e sua resolutividade terapêutica, nos serviços de Atenção Básica de Saúde, na região Lomba do Pinheiro/Partenon, no município de Porto Alegre”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 15/05/08

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO 2 – FIGURA-ESTÍMULO: questões 3 e 4 do questionário respondido pelas mulheres (APÊNDICE B)



Fonte: Frotté e Augusti, 1999, p. 1.

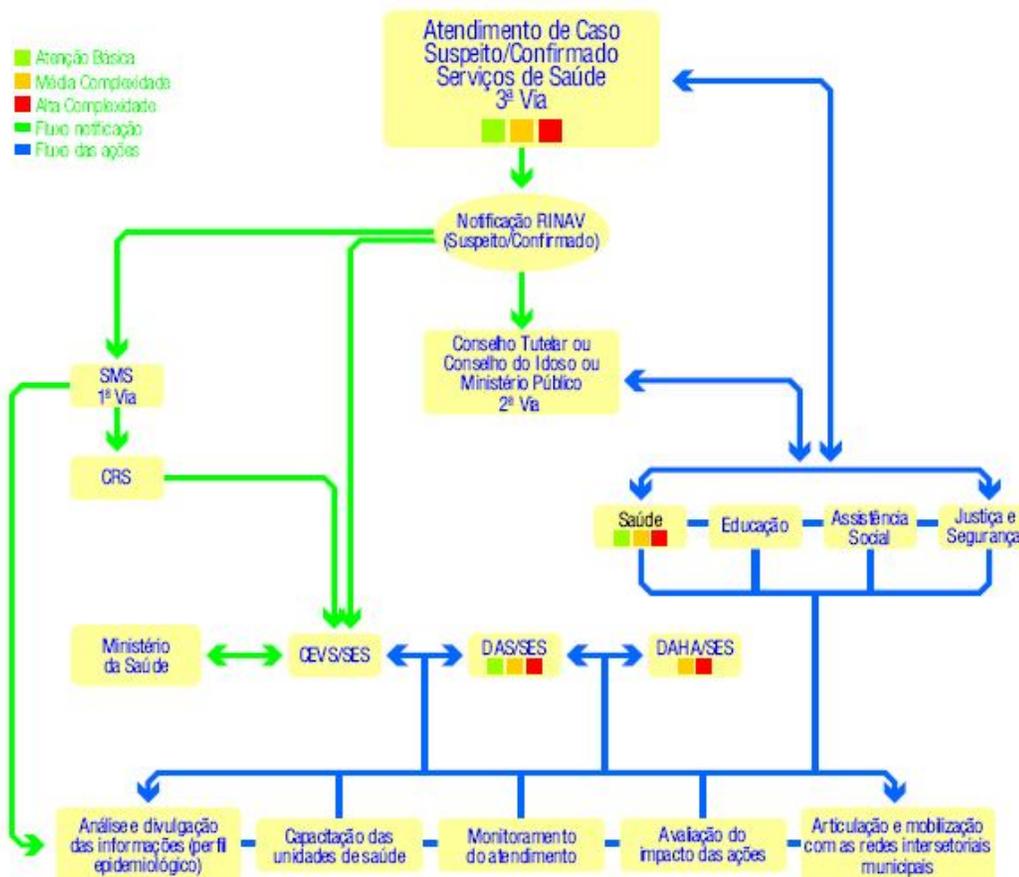
ANEXO 3 – FIGURA-ESTÍMULO: questão 5 do questionário respondido pelas mulheres (APÊNDICE B).



Fonte: Francisquetti e Mazoni [199-, p. 18].

ANEXO 4 – FLUXO DE NOTIFICAÇÃO E ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE^{CC}

Fluxo de Notificação e Atendimento a Pessoas em Situação de Violência nos Serviços de Saúde



Fonte: Rio Grande do Sul, 2009, p.9.

Legenda: UBS - Unidade Básica de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

CRS - Coordenadora Regional de Saúde

CEV - Centro Estadual de Vigilância em Saúde

DAS - Departamento de Ações em Saúde

DAHA - Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

^{CC} Estabelecido pela Norma de Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência.