

**O CUIDADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Camila Daiane Silva^a

<https://orcid.org/0000-0002-0739-4984>

Marina Soares Mota^b

<https://orcid.org/0000-0002-5717-9406>

Daniele Ferreira Acosta^c

<https://orcid.org/0000-0001-5690-1076>

Juliane Portella Ribeiro^d

<https://orcid.org/0000-0002-1882-6762>

Resumo

Este artigo tem o objetivo de apresentar a representação social dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários acerca da violência doméstica, bem como identificar suas implicações no cuidado às vítimas. Dessa forma, realizaram-se análises descritivas e qualitativas, fundamentadas na Teoria das Representações Sociais. Participaram dessa pesquisa 39 profissionais atuantes em dez Unidades de Saúde da Família, coletando-se os dados das entrevistas, por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Identificou-se que os profissionais representavam a violência doméstica como um crime que deve ser punido. Tal representação é estruturada, pois contém conceito, imagem e atitude. As implicações dessa representação nos cuidados às vítimas se referem à divulgação de informações dos direitos da mulher, da denúncia policial e da rede de apoio. Por fim, foi identificado que os profissionais confundem seus compromissos éticos de notificação compulsória com a denúncia policial, que pode ser efetuada pela vítima, familiares ou conhecidos, conse-

^a Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br

^b Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: msm.mari.gro@gmail.com

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nieleacost@gmail.com

^d Enfermeira. Phd em Enfermagem. Docente na Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Rio Grande. Ruas Visconde de Paranaguá, s/n. centro. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 96200-000. E-mail: camilad.silva@yahoo.com.br

quentemente, isso provoca a subnotificação e dificulta a compreensão da dimensão desse problema em nível nacional.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Enfermagem.

CARING FOR DOMESTIC VIOLENCE VICTIMS:
SOCIAL REPRESENTATION OF HEALTH PROFESSIONALS

Abstract

This study presents the social representation of two nursing technicians and community agents regarding domestic violence, identifying their implications in caring for these victims. To this end, descriptive and qualitative analyses were carried out based on Social Representation Theory. Data were collected by means of interviews with 39 health professionals working in ten Family Health Units, and interpreted using Bardin's Content Analysis. It identified that professional represented domestic violence as a crime that must be punished. Such is a structured representation, as it contains concept, image, and attitude. When caring for victims of domestic abuse, this representation implies offering information on women's rights, reporting the incident to the police, and offering a support network. In conclusion, professionals confuse their ethical commitment to compulsory notification with police reporting, which can be made by the victim, family or colleagues. Consequently, this leads to underreporting and hinders understanding the dimension of this issue on a national scope.

Keywords: Violence against woman. Domestic violence. Nursing.

EL CUIDADO A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:
REPRESENTACIÓN SOCIAL DE PROFESIONALES DE SALUD

Resumen

Este artículo tiene como objetivo conocer la representación de los técnicos de enfermería y agentes comunitarios acerca de la violencia doméstica, e identificar sus implicaciones en el cuidado a las víctimas. De esta manera, se realizó un estudio descriptivo y cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Participaron 39 profesionales actuantes en diez Unidades de Salud Familiar, y se recogieron los datos de entrevistas por medio del Análisis de Contenido de Bardin. Se identificó que los profesionales representaron la violencia

doméstica como crimen que debe ser castigado. Tal representación es estructurada, pues contiene concepto, imagen y actitud. Las implicaciones de esta representación en los cuidados a las víctimas se refieren a la divulgación de informaciones de los derechos de la mujer, de la denuncia policial y de la red de apoyo. Se concluye que los profesionales confunden sus compromisos éticos de notificación obligatoria con denuncia policial, que puede ser efectuada por la víctima, familiares o conocidos, lo que genera subnotificación y dificulta la comprensión de la dimensión de este problema a nivel nacional.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Violencia doméstica. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Independentemente da religião, etnia ou situação socioeconômica, o fenômeno universal da violência doméstica afeta as mulheres em diferentes faixas etárias. Nesse sentido, os dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) apontam que, mundialmente, 70% das mulheres enfrentarão alguma forma de violência ao longo de suas vidas e que, uma em cada cinco, sofrerá tentativa ou estupro¹.

No que se refere à tolerância da sociedade brasileira à violência contra as mulheres, uma pesquisa revelou que 91% da população entrevistada admite que o homem agressor deve ir para a cadeia², ou seja, deve ser punido pelo crime cometido. Em uma tentativa de coibir a violência doméstica contra a mulher, promulgou-se no Brasil, em agosto de 2006, a Lei Maria da Penha, cujo dispositivo prevê medidas como a prisão preventiva do agressor, afastamento do lar e proibição de contato ou aproximação da vítima e filhos.

Apesar do rigor dessa legislação, há outros motivos que mantêm os atos violentos restritos ao lar. Por vezes, amigos, familiares, vizinhos e a própria vítima naturalizam a violência, não a identificando.

Importantes aliadas na identificação e no combate à violência doméstica contra a mulher são as equipes que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF), sobretudo os Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cujos profissionais mantêm vínculos diretos com as famílias. Durante as visitas domiciliares, quando identificam ou são comunicados de situações violentas, compartilham com o restante da equipe, a fim de encontrar as melhores condutas terapêuticas e assistenciais³.

Pela proximidade e atuação desses profissionais com as famílias, é de relevância científica e social conhecer a representação dos profissionais da saúde sobre a temática da violência doméstica contra a mulher. Acredita-se que muitos profissionais tenham a

representação da violência, tal qual uma ação cotidiana dos casais. Essa representação, decerto, influencia no cuidado prestado às vítimas, bem como na identificação e aplicação dos aspectos éticos e legais do atendimento. Assim, considerou-se fundamentar este estudo sobre a Teoria das Representações Sociais, constituindo “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”^{4:32}. Dessa forma, optou-se por analisar: quais as representações sociais dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários e as implicações da representação no cuidado às vítimas, a fim de conhecer a representação desses profissionais sobre a violência doméstica e identificar suas implicações nos cuidados às vítimas.

MATERIAL E METODOS

Este artigo é um estudo descritivo e qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Entre as abordagens dessa teoria, utilizou-se a processual, criada por Denise Jodelet⁵, a qual propõe a reflexão sobre a realidade e suas implicações, bem como se fundamenta em processos de formação da representação social, a ancoragem e a objetivação⁶.

Este estudo foi realizado em dez unidades de saúde da família, com os profissionais de saúde, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para tanto, convidou-se, aleatoriamente, no mínimo um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, totalizando 39 profissionais. Destaca-se o consenso entre os teóricos das representações sociais de que trinta é o número mínimo para identificar, por meio de entrevistas, as representações em um grupo⁷. O critério de inclusão foi estar atuante na unidade há seis meses ou mais. Foram desconsiderados aqueles que exerciam a atividade por um período menor que seis meses e os que estavam em férias, folga ou licença.

Para a coleta dos dados, realizada de julho a novembro de 2013, elaborou-se um roteiro com questões abertas que possibilitaram apreender a percepção geral, profissional e pessoal acerca da temática violência doméstica contra a mulher. Verificaram-se as práticas de cuidado voltadas a mulheres vitimadas, bem como os aspectos éticos e legais desse atendimento, incluindo a notificação compulsória e as dificuldades em executá-la. As entrevistas foram realizadas individualmente, em uma sala de cada unidade, garantindo a privacidade. Elas apresentaram duração média de quarenta minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados foram tratados por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin⁸, que propõe a operacionalização sequencial das fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – que inclui a inferência e a interpretação. As falas foram

identificadas por TE para os Técnicos de Enfermagem e ACS para Agentes Comunitários de Saúde. Foram observados os preceitos legais da pesquisa com seres humanos, previstos na Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde sob nº 020/2013 e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 39 profissionais, 12 eram técnicos de enfermagem e 27 agentes comunitários de saúde. Totalizaram 35 mulheres e quatro homens; 16 tinham idade igual ou superior a 40 anos e 23 tinham idade inferior. Os resultados foram apresentados em duas categorias: representação da violência – aspectos conceituais, imagéticas e atitudinais – e implicações da representação da violência nos cuidados às vítimas.

REPRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS, IMAGÉTICAS E ATITUDINAIS

Os elementos constituintes de uma representação social são o conceito, imagem e atitude. Verificou-se que os profissionais dispõem de uma representação estruturada no que se refere ao conceito, uma vez que descreveram a violência como algo que vai além da agressão física:

“Violência doméstica contra a mulher para mim é desde uma violência verbal até uma violência física. A violência é de várias formas, pode ser até no olhar. Ele deixou a mulher sozinha, sem dinheiro nem pertences, foi feito um boletim de ocorrência.” (TE).

Com relação à dimensão imagética da violência doméstica contra a mulher, os profissionais se fundamentaram em sinais que permitem a sua identificação e que constituem as marcas deixadas no corpo da vítima. Além disso, a associam à imagem da violência praticada na era pré-histórica.

“Ela apareceu com hematomas e o olho roxo. Eu perguntei o que era ela se retraiu, não queria falar, não quis fazer a denúncia.” (ACS).

“O ser humano está voltando à época das cavernas onde a mulher era usada como bicho, arrastada, maltratada. Hoje em dia isso não pode acontecer porque está tudo muito evoluído.” (ACS).

No que se refere à atitude, ou seja, ao julgamento que os profissionais fazem da violência doméstica contra a mulher, identificaram-se os sentimentos de covardia e desrespeito.

“Ela disse que toda vez que o companheiro chega em casa bêbado e ela comenta algo, ela apanha. É covardia. Ela disse que não adianta fazer algo, porque continuaria apanhando, mas eu orientei ela a procurar a polícia.” (TE).

“A violência contra a mulher é um desrespeito ao ser humano.” (TE).

Além das dimensões conceitual, imagética e atitudinal, os profissionais representaram a violência doméstica contra a mulher como um crime que não pode ficar impune. Expressaram a necessidade de denúncia policial, demonstrando que providências judiciais precisam ser tomadas diante das situações de violência.

“Ele [profissional] deve chamar a polícia e fazer o boletim de ocorrência. Porque no final vai ser contabilizado também, não vai ficar impune.” (TE).

“Tem que denunciar, não tem que ter pena. Se não tomar uma atitude, não tem fim.” (ACS).

“Tem que denunciar, aquela coisa toda, como profissional de saúde não podes deixar passar.” (ACS).

O contato, pessoal ou profissional, com situações de violência doméstica leva os profissionais a perceberem a necessidade de romper com a naturalização da violência. Assim, representaram a violência doméstica contra a mulher como um crime. Essa representação tem implicações nos cuidados às vítimas.

IMPLICAÇÕES DA REPRESENTAÇÃO DA VIOLÊNCIA NOS CUIDADOS ÀS VÍTIMAS

A representação social dos profissionais acerca da violência doméstica contra a mulher implica uma prática de cuidado que requer orientações à vítima. Essas orientações permeiam a legislação protetiva, os locais para a realização da denúncia, além de acolhimento e apoio. No entanto, o medo de represálias, por parte do agressor, leva os profissionais a orientarem as vítimas a agirem anonimamente.

“Dar apoio, tentar encaminhar e ajudar aquela família ou aquela mulher, para sair da situação ou pelo menos melhorá-la de algum modo.” (ACS).

“Orientei que existe a Lei Maria da Penha, que tinha que ser ela mesma a fazer a denúncia.” (TE).

“Tentamos orientar todos os meios que ajudam a mulher, no caso a delegacia da mulher.” (ACS).

“Eu dizia: por que não denuncia? Não diz que és a mulher, [diz] que é uma vizinha e que denunciou ele. Ele nunca vai saber.” (ACS).

Ao representarem a violência doméstica contra a mulher como um crime, os profissionais mencionaram que sua prática de cuidado implica a realização da denúncia policial, sendo isso um compromisso ético e legal. No entanto, justificaram sua omissão pelo vínculo profissional que mantêm com a família e a comunidade, sobretudo pelo medo de represália do agressor ou por considerarem que essa é uma responsabilidade da vítima.

“Eu acho que legalmente tem que fazer a denúncia.” (ACS).

“Eticamente acho que agi correto, orientei, falei com ela sozinha! Só que legalmente, deveria ter denunciado, mas não pode, tem que ser a pessoa.” (TE).

“A gente deveria denunciar, mas não fazemos porque as pessoas dizem: moras aí e em briga de marido e mulher ninguém mete a colher.” (ACS).

“É mais fácil fazer uma ligação anônima. A partir do momento que eu denunciar, aquela família não vai deixar mais eu entrar dentro da casa.” (ACS).

“Se eu fizer isso [denunciar], sozinha, pode saber que no outro dia não estarei viva. Elas [assistente-social/psicóloga] vieram aqui, chamaram a polícia, mas foram embora. Eu não, eu moro aqui!” (ACS).

Embora os profissionais tenham apontado que a prática de cuidado implica a realização da denúncia policial, eles afirmaram que a vítima deve se responsabilizar pela denúncia. Entretanto, reconheceram os motivos pelos quais as vítimas mantêm o relacionamento com o agressor, não denunciando ou retirando a queixa.

“Ela tem os filhos dela para sustentar, que dependem dela e da casa. Ela dizia: -é pelos meus filhos! Eu aguento por eles!” (ACS).

A notificação compulsória da violência é um dos compromissos éticos e legais da prática de cuidado à vítima. No entanto, a maioria dos participantes a desconhece, outros a conceituam de forma equivocada e há, ainda, os que a associam apenas às doenças que requerem notificação.

“É tu colocar todos os dados do paciente em um documento e encaminhá-lo para outro local onde será contabilizado. Serve para os órgãos competentes tomarem uma atitude e para fazer um somatório e no final ser exposto.” (TE).

“Não sei o que é a notificação compulsória. Esse nome eu nunca ouvi, se ouvi não registrei.” (ACS).

“É quando alguém não quer admitir que está sofrendo violência e vem algum parente dizer que está acontecendo.” (ACS).

“Tem de quando a pessoa está doente com tuberculose.” (ACS).

Os profissionais citaram a Lei Maria da Penha como a legislação que regulamenta suas condutas, desconsiderando o Código de Ética de Enfermagem - que regulamenta a conduta dos técnicos de enfermagem - e o decreto que regulamenta a conduta dos ACS em situações de violência doméstica.

“Se existe uma legislação eu não sabia. Existe?” (TE).

“Minha conduta profissional? Tem uma lei, a Maria da Penha.” (TE).

“Eu sei que existe uma coisa tipo código de ética que impõe que tem que agir dessa forma, tem que tratar a pessoa dessa maneira.” (ACS).

“A lei das atribuições do agente comunitário, das coisas que a gente deve fazer no caso.” (ACS).

A representação como um crime implica práticas de cuidado que vão além de ações individuais, ou seja, que envolvam uma rede integrada. Assim, alguns profissionais, apoiados no papel de líderes de equipe, citaram o enfermeiro como um suporte para a prática de cuidado à vítima. Os agentes, possivelmente por trabalharem e residirem no mesmo local, perceberam a necessidade de uma prática de cuidado à vítima partilhada com a equipe de saúde da USF.

“Quando a gente vê que a coisa é séria, a gente já passa para a enfermeira, quem termina realmente o acolhimento é ela!” (TE).

“Sempre trazer para a equipe para depois tomar uma decisão, até para não correr o risco da precipitação e perder aquela cliente.” (ACS).

“O serviço feito em conjunto é bem mais elaborado do que feito sozinho. Sendo elaborado em conjunto poderá ser mais seguro.” (ACS).

Os profissionais não medem esforços para prestar cuidado à vítima. No entanto, ao esgotarem os recursos da USF, acionam outras instâncias da rede, reconhecendo a necessidade de integração dos serviços de proteção.

“No caso de agressão, por exemplo, se encaminha direto para a polícia ou para a Delegacia da Mulher. Se for um caso de não agressão física, mais psicológica, verbal, encaminha para o órgão responsável, que pode ser o NASF.” (ACS).

“Procuramos trazer para dentro da USF discutir e passar para o NASF.” (ACS).

A Delegacia da Mulher, entre os serviços de proteção, foi a mais citada. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família foi indicado como um recurso da Atenção Básica de Saúde, com o qual podem contar para o cuidado às vítimas. Isso demonstra que a violência doméstica contra a mulher é um complexo problema de saúde e os profissionais o identificam como uma necessidade a ser enfrentada por meio da articulação de uma rede de apoio multiprofissional.

DISCUSSÃO

Das práticas sociais surgem as representações sociais, que, por sua vez, podem perpetuar ou contribuir para transformar tais práticas⁶. Além disso, os elementos constituintes de uma representação social são: conceito, imagem e atitude⁹. Por fim, “as representações sociais têm suas raízes nos conceitos elaborados pelos grupos humanos como produto das interações contínuas e das visões de mundo de seus membros”^{10:413}. Uma pesquisa, realizada com agentes comunitários, apresentou que a perspectiva desses profissionais sobre a violência é constituída a partir da realidade e do contexto social em que as mulheres estão inseridas conjugadas as noções de desigualdades de gênero perpetuadas, na maioria dos casos, pelo próprio companheiro³.

Os técnicos e agentes comunitários de saúde representaram a violência doméstica contra a mulher como um crime que deve ser punido. Destaca-se que a violência contra as mulheres é, mundialmente, um dos crimes mais comuns e pouco punido¹¹. Essa representação implica uma prática de cuidado às vítimas, que oferece apoio, conversa, informação quanto aos locais para denúncia e a legislação protetiva. Isso também foi identificado em outra pesquisa que apontou a criação e manutenção do vínculo de confiança, bem como o encorajamento da vítima para falar sobre a situação¹². Outro estudo realizado com agentes comunitários verificou a importância da manutenção do vínculo, escuta e diálogo com a vítima³.

A prática de cuidado dos profissionais é orientada pelo desejo da vítima. Caso não deseje denunciar ou opte por desistir da denúncia, os profissionais consideram sua ação encerrada. Uma pesquisa, também desenvolvida com agentes comunitários, verificou o comprometimento desses profissionais na atenção às vítimas, porém, suas ações não se converteram em práticas efetivas para o enfrentamento dessa problemática³. Sugerem-se assim, ações potencializadoras da autonomia feminina, considerando a construção social de gênero³.

Os profissionais compreenderam as justificativas das vítimas para não levarem a situação de violência às instâncias judiciais, mesmo conhecendo a lei de proteção. Em muitos casos, o medo do agressor pode influenciar na manutenção da violência em segredo. A compreensão dos profissionais em relação à decisão da vítima pode estar associada ao sentimento de empatia.

Um estudo desenvolvido com profissionais de saúde revelou que os mesmos, ao sofrerem algum tipo de violência no ambiente de trabalho, não relataram a ocorrência por medo ou vergonha¹³. Da mesma forma, uma pesquisa realizada com vítimas identificou, em seus relatos, que muitas viviam com medo do agressor – de que ele pudesse matá-las ou prejudicar suas filhas¹⁴.

Os técnicos de enfermagem e agentes comunitários responsabilizaram a vítima pela realização da denúncia policial. Já em outra pesquisa, que estudou a violência contra a mulher como alvo dos cuidados em saúde, os profissionais responsabilizaram a vítima pela violência sofrida¹⁵. Destaca-se que poucas são as vítimas que procuram apoio na polícia, pois a maioria prefere manter-se calada¹⁶, já que se sentem culpadas pelo ocorrido¹¹. É preciso considerar que a vítima se encontra em um momento difícil, no qual seus sentimentos pelo parceiro são ambíguos, oscilando entre ódio, raiva e amor, o que pode influenciar na decisão.

Nesse sentido, desde 2012, a Lei Maria da Penha determina que, em casos de lesão corporal, a denúncia aos órgãos policiais e ao Ministério Público¹⁷ pode ser realizada por familiares, vizinhos, amigos ou mesmo filhos e filhas. Essa modificação é mais um reconhecimento da fragilidade e do desequilíbrio emocional desencadeado pela Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM), sendo desumano responsabilizar exclusivamente a vítima

por essa iniciativa. Para o enfrentamento de situações complexas como a violência, é essencial a corresponsabilização entre o serviço de saúde, a mulher e a sociedade.

Evidenciou-se que os participantes relataram como um compromisso ético e legal nas práticas de cuidado às vítimas, a denúncia policial e não a notificação compulsória. Essa confusão também foi identificada em um estudo com profissionais de saúde da atenção básica, que as citaram como sinônimos¹⁸.

Cabe esclarecer que a notificação compulsória consiste no registro organizado e sistemático, em formulário próprio, dos casos conhecidos, suspeitos ou comprovados de violência contra a mulher¹⁹. Para a realização desse registro, o profissional de saúde não precisa conhecer o agressor. O descumprimento das recomendações previstas para a notificação compulsória caracteriza infração da legislação de saúde pública, estando os profissionais de saúde sujeitos às penalidades relativas ao seu Código de Ética Profissional¹⁹.

Os técnicos de enfermagem e agentes comunitários reconheceram o suporte do enfermeiro para a prática de cuidado às vítimas. Esse suporte também é descrito em outro estudo, no qual os enfermeiros são os principais membros da equipe, a quem os demais recorrem para auxílio e orientação³. Contudo, independentemente do profissional de saúde que realiza o cuidado à vítima, o registro no prontuário deve conter todos os aspectos relacionados ao estado de saúde, aos procedimentos e aos cuidados prestados pois, conforme previsto na Lei Maria da Penha, os prontuários podem ser utilizados como provas complementares para esclarecimentos durante o julgamento do agressor¹⁹.

Os profissionais de saúde também reconheceram a necessidade de uma prática de cuidado realizada por uma rede integrada destacando, além do enfermeiro e a equipe da USF, a delegacia da mulher e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A responsabilidade pela prática do cuidado às vítimas não deve ser transferida de um profissional para o outro, tampouco de um serviço para outro, já que é necessário o estabelecimento de uma rede de cuidado em que todos esses serviços possam atuar coletiva e integralmente. Nesse sentido, um estudo realizado com vítimas e profissionais traz o depoimento de uma técnica de enfermagem que admite ser importante atender a vítima de maneira integrada, mas que a rede está sendo, lentamente, construída pelos profissionais da saúde²⁰.

A violência doméstica contra a mulher é um complexo problema de saúde que, cujo profissional da saúde é incapaz de resolver, em determinadas situações. Ainda que incipiente, esses profissionais reconheceram a necessidade de uma rede de atendimento à vítima, composta por profissionais de diferentes áreas, cujas atribuições possibilitem a resolutividade do caso, impedindo a impunidade desses crimes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários representaram a violência doméstica contra a mulher como um crime penalizável. Tal representação, constituída por conceito, imagem e atitude, implica práticas de cuidado às vítimas que envolvam informação, denúncia policial e a rede integrada. Destaca-se que um dos aspectos éticos e legais do cuidado à vítima é a obrigatoriedade da realização da notificação compulsória, pouco lembrada ou não conceituada pelos profissionais. Por vezes, confunde-se a notificação com a denúncia policial, a qual pode ser realizada como um ato de cidadania.

Os objetivos deste artigo foram alcançados, no entanto, tais resultados constituem uma primeira análise da representação da violência doméstica restrita a um grupo específico de profissionais. Essa limitação pode ser superada, ampliando-se o método a outras categorias profissionais e contextos socioculturais.

Os resultados deste estudo podem auxiliar as equipes de saúde nas práticas de cuidado às vítimas, bem como contribuir para o esclarecimento, junto à equipe, da diferença entre denúncia e notificação compulsória, além da responsabilidade profissional em sua elaboração. Indiretamente, pode evidenciar a importância da notificação para o dimensionamento do problema, a partir da qual gerará informações que subsidiarão novas ações e políticas públicas de saúde, bem como ratificar outras já existentes.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Camila Daiane Silva, Daniele Ferreira Acosta e Marina Soares Mota.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Camila Daiane Silva, Daniele Ferreira Acosta, Marina Soares Mota e Juliane Portella Ribeiro.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Camila Daiane Silva, Daniele Ferreira Acosta, Marina Soares Mota e Juliane Portella Ribeiro.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Camila Daiane Silva, Daniele Ferreira Acosta, Marina Soares Mota e Juliane Portella Ribeiro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Violence against women: the situation [Internet]. 2014 [citado em 2015 abr 20]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

2. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. SIPS Sistema de Indicadores de Percepção Social: tolerância social para violência contra a mulher [Internet]. 2014 [citado em 2015 abr 18]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf
3. Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):180-6.
4. Jodelet D. Representação social: uma área em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais.* Rio de Janeiro (RJ): Uerj; 2001.
5. Abrão FMS, Góis ARS, Souza MSB, Araújo RA, Cartaxo CMB, Oliveira DC. Social representations of nurses about the religiosity of caring for patients in the dying process. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(5):730-7.
6. Moscovici S. Representação social: um conceito perdido. In: Moscovici S, organizador. *A psicanálise social: um conceito perdido.* Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.
7. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social Representations of AIDS and their Quotidian Interfaces for People Living with HIV. *Rev Latinoam Enferm.* 2011;19(3):485-92.
8. Bardin L. Codificação. In: Bardin L, organizadora. *Análise de conteúdo.* São Paulo (SP): Edições70, 2011.
9. Sá CP. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.* Rio de Janeiro (RJ): Uerj, 1998.
10. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):408-16.
11. Jahromi MK, Jamali S, Koshkaki AR, Javadpour S. Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women by Their Husbands in Iran. *Glob J Health Sci.* 2016;8(5):175-83.
12. Costa MC, Lopes MJM. Elements of completeness in professional health practices to rural women victims of violence. *Rev Esc Enferm.* 2012;46(5):1088-95.
13. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(469)01-9.
14. Tiwari A, Cheung DST, Chan KL, Fong DYT, Yan ECW, Lam GLL, et al. Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. *BMC Womens Health.* 2014;14(70):01-10.

15. Kiss LB, Schraiber LB. Medical-social issues and interventions in health: violence against women in professional discourse. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(3):1943-52.
16. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PM. Prevalence instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad Sindh. *Pak J Med Sci.* 2014;30(1):122-5.
17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Supremo julga precedente ação da PGR sobre Lei Maria da Penha [Internet] 2012. [citado em 2016 dez 20]. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/3016808/supremo-julga-procedente-acao-da-pgr-sobre-lei-maria-da-penha>
18. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in) visibility of violence against women. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1805-15.
19. Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação obrigatória e outros instrumentos jurídicos de uso dos profissionais de saúde [Internet] 2010. [citado em 2016 dez 15]. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-administrativo/violencia-contra-a-mulher-notificacao-compulsoria-e-outros-instrumentos-legais-de-uso-dos-profissionais-de-saude/>
20. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. The configuration of the social network of women living in domestic violence situations. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(5):1293-304.

Recebido: 9.4.2018. Aprovado: 24.5.2022.