



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VANDA PALMARELLA RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES SOBRE A VIOLÊNCIA DE
GÊNERO**

SALVADOR

2015

VANDA PALMARELLA RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES SOBRE A VIOLÊNCIA DE
GÊNERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz

SALVADOR

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Departamento de Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

R696 Rodrigues, Vanda Palmarella.

Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero / Vanda Palmarella Rodrigues. - Salvador, 2015.

220 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Violência contra a Mulher. 2. Família. 3. Gênero e saúde. 4. Enfermagem.
I. Diniz, Normélia Maria Freire. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 343.435-055.2

VANDA PALMARELLA RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES SOBRE A VIOLÊNCIA DE
GÊNERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 05 de março de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Normélia Maria Freire Diniz Normélia Maria Freire Diniz
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria de Fátima de Souza Santos Maria de Fátima de Souza Santos
Doutora em Psicologia e Professora da Universidade Federal de Pernambuco

Marizete Argolo Teixeira Marizete Argolo Teixeira
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Climene Laura de Camargo Climene Laura de Camargo
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Telmara Menezes Couto Telmara Menezes Couto
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Alba Benemerita Alves Vilela _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Mirian Santos Paiva _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a todos os familiares e mulheres participantes desta pesquisa, na certeza de que estarei comprometida em contribuir efetivamente para o enfrentamento da violência de gênero.

Obrigada pela confiança e pelo abraço de agradecimento ao final de cada entrevista!

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença viva e permanente em todo meu caminhar.

Às minhas filhas Lorena e Larissa, e ao meu filho Pedro Henrique, pelo amor, amizade, incentivo e compreensão de todos os momentos que permitiram mais esta conquista. Fontes inesgotáveis para minha inspiração e coragem!!! Amo vocês!!!

A Magno, companheiro incansável de todas as lutas, contribuindo decisivamente para a aprendizagem pessoal e profissional.

À minha mãe, Gilce Palmarella, pelo carinho, apoio e incentivo que contribuíram para a concretização de mais esta conquista.

Ao meu pai, Pantaleone Palmarella (*in memoriam*), pela presença viva em todos os momentos da minha vida, mesmo distante fisicamente. Te amarei eternamente!!!

À minha orientadora Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, mais que uma professora, amiga e exemplo de mãe, mulher e enfermeira. Agradeço o carinho, apoio, compreensão e a confiança depositada em mim em todo o percurso do doutorado e principalmente em ter oportunizado aprendizagem acadêmica e de vida, pela competência profissional e experiência na área de violência, propiciando enriquecimento para a minha vida pessoal e profissional.

À minha sogra e madrinha Agnela Rodrigues dos Santos, pela acolhida e carinho indispensáveis à continuidade da caminhada.

À Magnólia Rodrigues dos Santos, pelo incentivo e apoio necessários à concretização desta vitória.

À Rosália, colega e companheira das idas e vindas a Salvador, pelo incentivo na caminhada. Não se esqueça do nosso compromisso de publicar posteriormente nosso diário de bordo!!!

Às colegas do doutorado e do mestrado, pela aprendizagem e disponibilidade, em especial à Adriana Diniz, Margaret, Rita, Amália, Adriana Brait, Flávia e Andrea Lorena.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pela atenção e apoio nesta caminhada.

Ao corpo técnico administrativo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, representado por Samuel, Márcia e Dorilene, pela disponibilidade, acolhimento e atenção em todos os momentos do curso.

À Prof^a Dr^a Edméia Cardoso de Almeida Coelho, pelo exemplo de seriedade, compromisso e disponibilidade na coordenação do programa, sempre disposta a agregar mudanças necessárias ao crescimento do grupo.

À Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva, pela atenção, carinho e competência profissional, por ter oportunizado aprendizagem significativa nos componentes curriculares cursados e pelo convite que me oportunizou acompanhar durante quatro dias a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) das teses de suas orientandas juntamente com a Prof^a Dr^a Sheva Maia Nóbrega.

À Prof^a Dr^a Sheva Maia Nóbrega, pela atenção e disponibilidade em esclarecer as dúvidas sobre a AFC, juntamente com a Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva. És um exemplo de simplicidade e competência!!!

À Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira, pela atenção e cuidado, somados à aprendizagem nos componentes curriculares cursados.

À Professora Dr^a Telmara Menezes Couto, pela aprendizagem, acolhimento e exemplo de humildade, seriedade e comprometimento com a profissão nas atividades do grupo de pesquisa Violência, saúde e qualidade de vida e Estágio Docência.

À Professora Dr^a Sílvia Lúcia Ferreira, pela aprendizagem oportunizada através do compartilhamento de saberes na atividade de Tirocínio Docente.

À Professora Dr^a Ridalva Dias Martins Felzemburgh, pelo acolhimento e aprendizagem nas atividades de Estágio Docência.

À Professora Dr^a Climene Laura de Camargo, pelo acompanhamento da minha trajetória acadêmica no doutorado, por meio da avaliação dos relatórios FAPESB e pela participação nas bancas avaliativas de construção e implementação da pesquisa.

À Professora Dr^a Ana Alice Alcântara Costa (*in memoriam*), pelo incentivo na luta pelos direitos da mulher a partir dos encontros de aprendizagem significativa proporcionado pela minha participação como discente do componente curricular Gênero e Poder, no Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher (NEIM).

À Professora Dr^a Maria de Fátima de Souza Santos, pela valiosa contribuição nos exames de qualificação e defesa da tese.

À amiga Flavia Pedro dos Anjos Santos, pelo apoio e incentivo incondicional para a concretização desta vitória. Agradeço o carinho, cuidado e disponibilidade dedicados no meu período de afastamento, cumprindo parte da carga horária até a chegada da professora substituta, auxiliando-me na coleta de dados e na leitura final do projeto de pesquisa e dos artigos.

À amiga Juliana Costa Machado, pelo apoio, incentivo e disponibilidade dedicados no meu período de afastamento, cumprindo parte da carga horária até a chegada da professora substituta; substituindo-me na coordenação do Projeto de Pesquisa "Violência intrafamiliar no contexto das Unidades de Saúde da Família" e auxiliando-me no tratamento e análise dos dados advindos do TALP.

Às colegas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), pelo incentivo na realização do doutorado, em especial à Prof^a Ms Aline Vieira Simões pela coordenação do "III Encontro sobre violência intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos" e à Prof^a Dr^a Alba Benemerita Alves Vilela, pela disponibilidade em coordenar o "IV Encontro sobre violência intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos" e pela agradável companhia no evento de Representações Sociais em Recife.

À Prof^a Dr^a Marizete Argôlo Teixeira, pelo apoio e disponibilidade em discutir a pesquisa desde a sua concepção e pelo material bibliográfico que muito contribuiu para a construção desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a Nivalva Santos Andrade, pela companhia agradável e amiga durante o período das aulas e pela atenção disponibilizada na etapa da AFC.

Ao Prof^o Ms Washington da Silva Santos, pelos momentos de aprendizagem e disponibilidade durante o processamento do TALP por meio do *software Tri-Deux-Mots*.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela concessão da bolsa de doutorado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, pela autorização para a coleta das informações.

Às(aos) Agentes Comunitária(o)s de Saúde, pelo apoio e disponibilidade para a realização da coleta de dados.

Ao Prof^o Antonio Codina, pela disponibilidade em proceder à correção ortográfica e tradução dos resumos para os idiomas inglês e espanhol.

À Prof^a Maria José dos Santos, prestigiando-me com sua presença na defesa da tese, emocionando-me ao lembrar o início da caminhada na profissão de enfermeira. Eterna professora e amiga!!!

Às(aos) familiares de mulheres em situação de violência, pela oportunidade de aproximação da realidade vivenciada no seu cotidiano.

"No meio de qualquer dificuldade encontra-se a oportunidade" (ALBERT EINSTEIN).

RESUMO

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero**. 2015. 220f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais que objetivou analisar a vivência da violência de gênero entre familiares e o sistema de representação que dá sentido a essa vivência. A pesquisa foi realizada no município de Jequié - Bahia - em 10 Unidades de Saúde da Família, totalizando 11 equipes de saúde da zona urbana. Participaram da pesquisa 81 familiares de mulheres em situação de violência. A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: aplicação do teste de associação livre de palavras (TALP) para 81 familiares e entrevista semiestruturada a 19 familiares. Os dados advindos do TALP foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* e processados por meio da Análise Fatorial de Correspondência e os dados que emergiram das entrevistas foram organizados pela técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que a representação dos familiares sobre a violência de gênero encontra-se ancorada em questões culturais que configuram relações desiguais entre o homem e a mulher. A violência de gênero foi expressa pela violência física e psicológica com adoecimento e morte da mulher e adoecimento físico e psíquico dos familiares, com implicações para a saúde da(o)s filha(o)s. Nesse contexto, as representações sociais dos familiares mostraram que prevalece no imaginário social da mulher em situação de violência, dos familiares e dos profissionais, a percepção da violência restrita ao âmbito privado. Essa percepção contribui para o silêncio do vivido da violência e constrói lacunas e fragilidades nas práticas desenvolvidas pelos serviços da rede de violência. Além disso, alguns familiares consideram a violência como crime e outros buscam resolver a problemática no âmbito privado. Esperamos que este estudo contribua para mudança da formação de saúde e educação, das políticas públicas e da(o)s trabalhadora(e)s da rede de violência para implementação de ações no sentido de modificação destas representações, de maneira a rever as fragilidades no atendimento às mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Família; Gênero e Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Social representations of family members about gender violence**. 2015. 220F. Thesis (Ph.D.) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

Qualitative study, using the Social Representations' Theory, which aimed to analyze the experience of gender violence between family members and the system of representation that gives meaning to this experience. The survey was conducted in the municipality of Jequié – Bahia – in 10 Family Health Units, totaling 11 urban area health teams. Participants of the survey were 81 relatives of women in situations of violence. Data collection was performed in two stages: application of word association test (WAT) to 81 family members and semi-structured interview to 19 family members. The WAT data were processed by the *Tri-Deux-Mots* software and handled with Factorial Correspondence Analysis and the data that emerged from the interviews were organized by the Thematic Content Analysis technique. The results showed that the family members' representation of gender violence is anchored in cultural issues that shape unequal relations between men and women. Gender violence was expressed by physical and psychological violence with illness and death of women and physical and mental illness of the family members, with implications for the children's health. In this context, the family members' social representations showed that the perception of violence restricted to the private sphere prevails in the social imaginary of the women in situations of violence, their family members and professionals. This perception contributes to the silencing of the experienced violence and builds gaps and weaknesses in the practices developed by the workers of anti-violence services network. In addition, some relatives consider violence as a crime and others seek to resolve the issue privately. We hope this study will contribute to change the formation of health and education, of public policies and the workers of the anti-violence network to implement actions to change these representations in order to review the weaknesses in assistance to women.

Key words: Violence against women; family; Gender and Health; Nursing.

RESUMEN

RODRIGUES, Vanda Palmarella. **Representaciones sociales de familiares sobre la violencia de género.** 2015. 220f. Tesis (Doctorado) - *Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Bahia*, Salvador, 2015.

Investigación cualitativa, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, que objetivó analizar la experiencia de la violencia de género entre los miembros de la familia y el sistema de representación que da sentido a esta experiencia. La investigación fue realizada en el municipio de Jequié – Bahia – en 10 Unidades de Salud de la Familia, totalizando 11 equipos de salud de la zona urbana. Participaron de la investigación 81 familiares de mujeres en situación de violencia. La colecta de datos fue realizada en dos etapas: aplicación del test de asociación libre de palabras (TALP) para 81 familiares y entrevista semiestructurada a 19 familiares. Los datos advenidos del TALP fueron procesados por el *software Tri-Deux-Mots* y procesados por medio del Análisis Factorial de Correspondencia y los datos que emergieron de las entrevistas fueron organizados por la técnica de análisis de contenido temática. Los resultados evidenciaron que la representación de los familiares sobre la violencia de género se encuentra anclada en cuestiones culturales que configuran relaciones desiguales entre el hombre y la mujer. La violencia de género fue expresada por la violencia física y psicológica con padecimiento y muerte de la mujer y padecimiento físico y psíquico de los familiares, con implicaciones para la salud de la(o)s hija(o)s. En ese contexto, las representaciones sociales de los familiares mostraron que prevalece en el imaginario social de la mujer en situación de violencia, de los familiares y de los profesionales, la percepción de la violencia restringida al ámbito privado. Esa percepción contribuye para el silencio de la vivencia de la violencia y construye lagunas y fragilidades en las prácticas desarrolladas por los servicios de la red de violencia. Además, algunos familiares consideran la violencia como crimen y otros buscan resolver la problemática en el ámbito privado. Esperamos que este estudio contribuya para mudanza de la formación de salud y educación, de las políticas públicas y de la(o)s trabajadora(e)s de la red de violencia para la implementación de acciones en el sentido de modificación de estas representaciones, de manera a rever las fragilidades en el atendimento a mujeres.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; Familia; Género y Salud; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren; Whitehead (1991).....	30
Figura 2 – Análise fatorial de correspondência das representações sociais de familiares sobre a violência de gênero, Jequié, 2014.....	83
Figura 3 – Diagrama ilustrativo da construção dos artigos.....	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Relação das USF, do número de ESF com respectivos números de famílias cadastradas e população total, do PSF de Jequié-BA, 2014.....	72
TABELA 2 – Características sociodemográficas dos 81 familiares de mulheres em situação de gênero, que participaram do TALP e da entrevista, Jequié, 2014.....	74
TABELA 3 – Características econômicas dos 81 familiares de mulheres em situação de gênero, que participaram do TALP e da entrevista, Jequié, 2014.....	76

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia
HGPV	Hospital Geral Prado Valadares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IML	Instituto Médico Legal
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
ONU	Organização das Nações Unidas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pronto Atendimento
MP3	Player Music 3
NEIM	Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PIB	Produto Interno Bruto
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIC	Segundo Informações Coletadas
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidades de Saúde da Família
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência Praticada por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REFLETINDO SOBRE O ESTADO DA ARTE	28
2.1 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA E SEUS DETERMINANTES.....	28
2.2 MOVIMENTOS FEMINISTAS E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	36
2.3 POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO....	47
2.4 A FAMÍLIA E O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	53
3 REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	63
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	70
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	70
4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	71
4.3 COLABORADORA(E)S DA PESQUISA.....	73
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	77
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	79
4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	80
5 RESULTADO - ARTIGOS	88
5.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES.....	88
5.2 VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE FAMILIARES.....	116
5.3 RELAÇÕES FAMILIARES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	138
5.4 ESTRATÉGIAS DE FAMILIARES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	159
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
REFERÊNCIAS	188

APÊNDICES	205
APÊNDICE A - Folha de rosto para o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)....	206
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	207
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	208
ANEXOS	211
ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA/ Plataforma Brasil	212
ANEXO B – Autorização para coleta de dados pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié	215
ANEXO C – Relatório de frequência das palavras evocadas	216
ANEXO D - Análise Fatorial de Correspondência	218

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa trata de questões relativas à socialização de familiares e aos processos de construção simbólica, cultural e institucional inerentes ao contexto da violência de gênero, considerando de um lado as relações de poder estabelecidas entre o homem e a mulher construídos e mantidos na sociedade e, de outro lado, os novos arranjos familiares que surgem na sociedade contemporânea traduzidos em novas necessidades de saúde para a família, os serviços de saúde, o Estado e a sociedade em geral.

Segundo Rocha-Coutinho (2006), as famílias podem ser definidas como unidades de relações sociais e de reprodução biológica e ideológica, uma vez que propiciam a transmissão e o questionamento de hábitos, costumes, valores e padrões de comportamento. Como espaço de convivência constituem-se no lugar das trocas afetivas, de informações e decisões coletivas inerentes aos interesses comuns, a exemplo do lazer e do consumo. Além disso, o meio social que as circundam, o tempo histórico determinado e a ideologia da sociedade na qual se encontram, podem constituir-se como pontos de referência para a construção de identidades sociais.

Paradoxalmente, a violência de gênero ocorre no espaço das relações familiares, considerado do ponto de vista social, como local privilegiado para a proteção, o amor e a solidariedade entre seus membros (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007).

Para Rabello e Caldas Junior (2007), as agressões à mulher no espaço doméstico são legitimadas por uma ordem patriarcal de organização familiar que considera como natural a dominação masculina.

Ressaltamos que a aproximação com a temática está relacionada à atuação no ensino, na pesquisa e na extensão que resultou em publicações sobre violência intrafamiliar, com motivação para realizar um estudo que permita a compreensão da relação da família no contexto da violência de gênero.

Desse modo, o interesse em realizar pesquisas sobre violência decorreu das demandas dos estágios do componente curricular Estágio Curricular Supervisionado I, oferecido pelo Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié, no âmbito das Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Jequié - Bahia. Durante a supervisão do estágio, foram identificadas inúmeras situações de vulnerabilidade e de violência no âmbito das famílias cadastradas na área de abrangência das USF onde o estágio é realizado.

Evidenciamos a dificuldade de a(o)s profissionais de saúde destas USF lidarem com as situações de violência intrafamiliar, considerando a falta de conhecimento técnico específico para esta situação e algumas dificuldades encontradas na articulação intersetorial exigida para implementar as estratégias de intervenção.

Essas vivências despertaram inquietações e a necessidade de desenvolver uma pesquisa-ação, a partir de agosto de 2009, intitulada: “Violência intrafamiliar no contexto das Unidades de Saúde da Família”, que teve financiamento interno da UESB, contou com uma bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB), no período de 2009 a 2010 e uma bolsista de Iniciação Científica Júnior pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no período de 2010 a 2011.

Esta pesquisa buscou subsidiar a atuação das equipes da (ESF), mediante as situações de violência intrafamiliar identificadas, das estratégias de intervenção desenvolvidas e das facilidades e dificuldades vivenciadas pelas referidas equipes no desenvolvimento destas estratégias. Expôs especificamente a violência contra a mulher, a violência física, psicológica, moral e patrimonial, com influência direta do uso de álcool e outras drogas, além do contexto social desestruturado, inerentes ao âmbito familiar.

Outro achado desta pesquisa se referiu às dificuldades que as equipes da ESF encontraram em relação ao retorno das denúncias e encaminhamentos realizados aos órgãos de assistência às mulheres em situação de violência o que nos motivou a promover em 2010 o “I Encontro sobre Violência intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos”, na UESB/Campus de Jequié, evento de extensão esporádica, como uma ação do referido projeto de pesquisa.

O evento teve a participação de profissionais dos órgãos da rede de atenção que lidam com a violência intrafamiliar no município de Jequié, tais como: o Conselho Tutelar, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), a Promotoria Pública, o Centro de Referência em Saúde Sexual e o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), na perspectiva de socializar as ações e os fluxogramas de atendimento destes órgãos às equipes da ESF do município de Jequié, contemplando a(o)s profissionais participantes da pesquisa.

Neste evento, também nos inquietamos com a fala da maioria da(o)s palestrantes sobre a expressividade da violência contra a mulher no referido município, o que nos motivou a conhecer outras interfaces desta realidade, tendo como centro não apenas a mulher, mas incluindo a família porque, em nossa opinião, a visibilidade da vivência

cotidiana de violência de gênero pelos familiares nos aproximará da realidade, apresentando os diversos ângulos deste universo e as novas configurações advindas deste contexto.

Constatamos a partir das pesquisas realizadas em bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) através do descritor ‘violência contra a mulher’ um aumento da produção teórica sobre a violência doméstica contra a mulher. Contudo, a maioria dos estudos nos últimos 10 anos sobre representações sociais focalizou-se nas representações sociais da mulher, do homem ou da(o)s profissionais de saúde, além de abordarem as consequências psicossociais para a mulher.

Não encontramos nenhum estudo que abordasse as representações sociais de familiares sobre a violência de gênero. Nesse processo de buscas, apenas o estudo de revisão apresentado por Diniz, Santos e Lopes (2007) teve uma aproximação com o estudo realizado e discutiu a relação entre representações sociais e de violência no espaço das relações familiares, tomando como base as teses e dissertações da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Federal de Pernambuco. Todavia, esta compreensão partiu de representações da mulher em situação de violência ou de profissionais de saúde, não diretamente de familiares.

Ressaltamos ainda que poucos estudos abordaram como os familiares das mulheres em situação de violência de gênero participam da rede de apoio no enfrentamento da violência e não se fundamentaram na Teoria das Representações Sociais (TRS) (DUTRA et al., 2013; MENEGHEL et al., 2011).

As buscas a partir do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) com a utilização do descritor ‘violência contra a mulher’ evidenciaram que as teses e dissertações produzidas no período de 2008 a 2014, apresentaram escassez de produção acadêmica em relação às representações de familiares sobre a violência doméstica contra a mulher. Em geral, os estudos que abordaram a violência de gênero fizeram um recorte na tipificação da violência, no comprometimento para a saúde, nos serviços de saúde, na assistência jurídica, e não enfatizaram a violência de gênero a partir das representações de familiares, mais especificamente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nessa perspectiva, evidenciamos uma lacuna do conhecimento devido à ausência de estudos que discutiram a violência de gênero enfatizando os familiares que convivem

direta ou indiretamente na situação de violência, o que poderá subsidiar a elaboração de estratégias de enfrentamento do fenômeno de maneira mais consubstanciada e direcionada às necessidades vivenciadas pela(o)s mesma(o)s.

O estudo das representações de familiares sobre a violência de gênero demanda a necessidade de uma abrangência deste cuidado na ESF, percebendo a maneira como estes membros familiares representam cotidianamente a violência, traduzida em atitudes e comportamentos. Isto poderá agregar nuances significativas para a compreensão da problemática e a adequação do cuidado à saúde.

Por sua vez, o entendimento da diversidade de conhecimento é imprescindível para compreendermos as dinâmicas de funcionamento da sociedade e das pessoas envolvidas nas diversas formações sociais, o que exige considerarmos as características inerentes a cada pessoa na forma de ver e pensar o mundo. Nesse contexto, a família constituída em sua gênese por seres sociais, propicia que estes possam produzir e reproduzir conhecimento de cunho científico ou produzido no cotidiano pela apreensão representacional das pessoas e dos objetos (PAIVA et al., 2012).

Buscamos uma aproximação com esta realidade mais especificamente, da maneira como familiares que convivem com mulheres em situação de violência de gênero se situam na sociedade e como os valores que são compartilhados no contexto social passam a fazer parte da vida familiar cotidiana, seja de maneira individualizada na vivência da violência, seja a partir das representações que criam nas relações cotidianas e suas formas de ressignificação.

Reportando-nos ao contexto da violência, no cenário brasileiro nas últimas décadas houve um crescimento significativo, representando a terceira causa de morte na população geral. A violência urbana foi a principal responsável pela morte da(o)s brasileira(o)s de 1 até 39 anos de idade. No histórico de 30 anos, o Brasil passou de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 para 26,2 em 2010, configurando um aumento real de 124% no período ou 2,7% ao ano. Nesse mesmo período, próximo de 800 mil pessoas morreram por disparos de algum tipo de arma de fogo. Em relação aos acidentes de trânsito, no período de 2000 a 2010, o número de mortes passou de 28.995 para 40.989 nas vias públicas, o que representou um aumento de 41,4% em 10 anos (BRASIL, 2008; WAISELFISZ, 2011; WAISELFISZ, 2013; WAISELFISZ, 2012b).

Além dos determinantes sociais, o uso indevido de álcool, as drogas ilícitas e a disponibilidade de arma de fogo têm sido associados à ocorrência de parte da violência no Brasil (REICHENHEIM, et al., 2011).

Dados internacionais de 84 países do mundo apontaram o Brasil ocupando o 7º lugar em relação às taxas de homicídio feminino. No período de 1980 a 2010 foram assassinadas no país mais de 92 mil mulheres. 43,7 mil só na última década, representando um aumento de 230%, com destaque para um leve decréscimo em 2007 que correspondeu ao primeiro ano de vigência efetiva da Lei nº 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. No entanto, os homicídios voltaram a crescer rapidamente até o ano 2010, sendo que 41% dos casos aconteceram na residência (WAISELFISZ, 2012a).

No Brasil, a violência apresentou-se como a sexta maior causa por internações hospitalares e pela alta prevalência da violência doméstica em 2007, requerendo altos custos individuais e coletivos (REICHENHEIM et al., 2011).

Um relatório produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde em 12 países da América Latina e no Caribe destacou que grande percentagem de mulheres que nunca se casaram ou que viviam em união estável relatou ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo (BOTT et al., 2012).

Os dados em números absolutos de violência doméstica e sexual referentes ao período de 2009 a 2012, contemplando as mulheres e os homens, totalizaram 366.426 atendimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 240.989 mulheres e 125.153 homens, mostrando que a mulher continua sendo a pessoa mais atingida pela violência doméstica e sexual, com idade de 20 a 59 anos, ocorrendo na residência, sendo o cônjuge o principal agressor. Estes dados, por estarem diretamente relacionados à esfera privada, propiciam que a violência doméstica e sexual seja camuflada no interior dos lares de milhões de brasileira(o)s, portanto, não sendo dimensionadas em sua real magnitude e gravidade (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2008).

Na Bahia, foram registradas 15.100 notificações no contexto do SUS, para ambos os sexos, no período de 2009 a 2012. No que concerne à violência contra a mulher, foram notificados 9.318 atendimentos, tendo como principal agressor o cônjuge (BRASIL, 2012b).

Por sua vez, no município de Jequié no interior da Bahia, foram notificados apenas cinco casos de violência doméstica contra a mulher no ano de 2009, 11 em 2010, 11 em 2011 e em 2012 foram feitas 39 notificações, demonstrando que os serviços ainda não estão notificando os casos de violência (BAHIA, 2012).

Nesse contexto, a violência de gênero ganha uma dimensão preocupante, pois os dados evidenciam tanto em nível internacional quanto em nível nacional, que o principal agressor é o parceiro íntimo, constituindo assim a violência na relação conjugal,

culturalmente aceita e construída historicamente com base no patriarcado, evidenciando as desigualdades de gênero.

As consequências da violência de gênero, mais especificamente a violência entre parceiros íntimos, são traduzidas em problemas de saúde, desde arranhões até o óbito (REICHENHEIM et al., 2011).

Um estudo realizado por Diniz et al. (2011) sugere uma associação entre a vivência de violência doméstica e aborto praticado ao constatar que 88% das mulheres entrevistadas vivenciaram a violência doméstica em algum momento de suas vidas. Destas, 47% sofreram violência na gestação atual e 67% realizaram o aborto em virtude desta vivência, com adoecimento da mulher.

Estes dados nos levam a refletir sobre a implicação da violência de gênero para a saúde da mulher e requer envolvimento de toda a sociedade e órgãos governamentais no enfrentamento desse fenômeno.

A violência doméstica e familiar contra a mulher é definida pela Lei Maria da Penha, como: toda ação ou omissão baseada no gênero que ocasiona a morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, podendo ocorrer no âmbito da unidade doméstica, ou seja, no espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas no âmbito da família. Cabe salientar que família pode ser compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; e em qualquer relação íntima de afeto, independentemente de coabitação (BRASIL, 2011b).

Saffioti (2009) traz a compreensão das categorias analíticas gênero e patriarcado, uma vez que propicia entender os elementos que impulsionam e perpetuam essa relação, considerando as dinâmicas de poder inerentes à mesma.

Nesse estudo, optamos por utilizar a terminologia violência de gênero ao corroborarmos com Bandeira (2014) e afirmar que a violência de gênero é permeada pela hegemonia do poder masculino inerente às relações entre mulheres e homens, pela subalternidade feminina, baseada na hierarquia de gênero, pelas imagens que reproduzem os papéis sociais que definem o ser mulher e o ser homem, pela invisibilidade das violências nas relações familiares e sociais e pelas dissimetrias que determinam as normas e regras sociais em relação aos comportamentos de mulheres e homens.

Ademais, as relações existentes entre os cônjuges são regidas por papéis sociais: para a mulher o de ser mãe, esposa, dona de casa e para o homem o de ser pai, marido e

chefe de família, construídos ideologicamente como cultura, nos quais estão implícitas as desigualdades de gênero, fortemente introjetadas e naturalizadas no imaginário social, constituindo-se como um dos fatores de opressão para as mulheres (GUEDES et al., 2007).

Nesse direcionamento, o presente trabalho tem como **questão do estudo**: como familiares de mulheres em situação de violência representam socialmente a violência de gênero? E como **objeto de estudo**, as representações sociais de familiares de mulheres em situação de violência sobre a violência de gênero.

Corroboramos com Sifuentes e Oliveira (2010) ao ressaltarem que temos de estar atentos às culturas e às diferentes relações e tensões que nelas se estabelecem, observando as singularidades sociais e subjetivas no nível das representações e das interações dialógicas. Pois, consideramos que gênero e poder são construídos socialmente e se circunscrevem dentro dos contextos culturais, conseqüentemente as diferentes culturas apresentam processos relativamente distintos de construção desses conceitos e de vivência de seus significados.

Nessa perspectiva, entendemos que os familiares constroem um conjunto de ideias sobre a violência de gênero, a partir da sua cultura e suas vivências familiares, que representa a maneira como agem em determinados contextos, seja pela iniciativa pessoal ou auxiliando a mulher no enfrentamento da violência.

O estudo traz como **tese** que as representações sociais que familiares de mulheres em situação de violência elaboram sobre a violência de gênero são construídas e aceitas culturalmente, são influenciadas pelas iniquidades em saúde e direcionam a forma como esses familiares enfrentam a violência.

Nessa perspectiva, o estudo apresenta como **objetivo geral** analisar a vivência da violência de gênero entre familiares e o sistema de representação que dá sentido a essa vivência. Para tanto, propomos como **objetivos específicos**: analisar o conteúdo das representações sociais sobre a violência de gênero elaboradas por familiares de mulheres em situação de violência; analisar a expressão da violência de gênero; analisar as relações familiares no contexto da violência de gênero e analisar as estratégias de enfrentamento dos familiares diante da violência de gênero.

Destacamos a importância deste estudo ao propiciar uma compreensão mais aprofundada da dinâmica familiar que envolve as relações na violência de gênero, ao visualizar como os familiares contribuem para o enfrentamento da violência pela mulher.

Poderá contribuir ainda para o embasamento de ações de ensino, pesquisa e extensão de cursos da área de saúde, entre estes o Curso de Graduação em Enfermagem, no

desenvolvimento de ações educativas e de formação em saúde que subsidiem a prática profissional para o enfrentamento da violência de gênero no âmbito da ESF, na perspectiva de superação das desigualdades de gênero estabelecidas socialmente, da necessidade de contemplar a família nas ações desenvolvidas para a mulher em situação de violência e as políticas públicas, em especial a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

2 REFLETINDO SOBRE O ESTADO DA ARTE

2.1 CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA E SEUS DETERMINANTES

A classificação da violência que acompanha o relatório sobre violência e saúde da OMS define as seguintes tipologias: violência autoinfligida dirigida da pessoa contra si mesma, violência interpessoal e violência coletiva. A violência autoinfligida se refere aos comportamentos suicidas e aos autoabusos; a violência interpessoal é classificada nos âmbitos intrafamiliar e comunitário e a violência coletiva corresponde aos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos e do Estado (OMS, 2002).

A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa mas não unicamente, e inclui as várias formas de agressão contra as crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos no domicílio. Caracteriza-se pelas variadas formas de violência entre pessoas, como agressão física e sexual, abuso psicológico, negligência, abandono, maus-tratos, entre outras. Pode ser praticada por um(a) ou mais autor(a)s com laços familiares, conjugais ou de parentesco, ou que tenha vínculo afetivo em condições de relação de poder (OMS, 2002; BRASIL, 2008).

Essa relação de poder pode ser física, etária, social, psíquica, hierárquica e/ou de gênero com pessoas de ambos os sexos, em qualquer idade ou fase da vida e engloba qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros, consistindo um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade e atinge continuamente as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos e as pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

A alta prevalência da violência intrafamiliar constitui um sério problema de saúde, um grave obstáculo para o desenvolvimento social e econômico e uma flagrante violação dos direitos humanos (BRASIL, 2001).

Alguns fatores precipitadores da violência podem ser facilmente identificados. Outros estão profundamente enraizados no arcabouço cultural e econômico da vida humana, e ao mesmo tempo em que estudos sinalizam que fatores biológicos e outros fatores individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais comum que interajam com fatores familiares, comunitários e culturais para, assim, criar uma situação propícia às manifestações da violência (OMS, 2002).

Nessa perspectiva, a violência possui múltiplos fatores, complexos e correlacionados com determinantes sociais e econômicos como o desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura, como o machismo, o racismo e a homofobia (BRASIL, 2008).

Na sociedade contemporânea, as estruturas sociais, os processos políticos perversos e as políticas de governo sem equidade geram inequidades que correspondem à injustiça social, pois são advindas de desigualdades relacionadas com renda, educação e classe social. Desse modo, algumas dessas desigualdades, constituem iniquidades ao gerarem indignação e mobilização social, posto que além de injustas, são iníquas e, portanto, moralmente inaceitáveis, a exemplo de um óbito infantil por desnutrição, uma negação de cuidado por razões mercantilistas ou uma mutilação decorrente de violência racial ou de gênero (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014).

As iniquidades em saúde são consideradas como produto de grandes desigualdades sociais entre os diversos estratos sociais e econômicos da população. São produzidas pelos determinantes sociais em saúde (DSS), entendidos como fatores socioculturais, econômicos, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde, bem como de seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008).

Assim, as iniquidades em saúde devem ser consideradas nas discussões que envolvem a violência, pois podem gerar conflitos sociais que culminarão na manifestação da violência no âmbito doméstico em suas multifacetadas.

Buss e Pellegrini Filho (2006) ressaltaram que os estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde têm como desafio hierarquizar as determinações entre os fatores sociais, econômicos, políticos e as suas mediações sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, uma vez que a relação de determinação não pode ser considerada apenas como uma simples relação direta de causa e efeito.

Para estes autores, em termos conceituais e metodológicos, surge outro desafio relacionado à distinção entre os determinantes de saúde das pessoas e os de grupos e populações, pois alguns fatores, apesar de serem importantes para explicar as diferenças no estado de saúde em nível individual, não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas.

O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) lançado em 2008 propõe a melhoria das condições de vida dos grupos vulneráveis, o conhecimento e acompanhamento das tendências das iniquidades em saúde e

o enfrentamento da desigual distribuição de poder, dinheiro e recursos para a atenção à saúde (FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) foi adotado pela CNDSS para apresentar as relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, conforme explicitado a seguir tomando como base o Relatório da referida comissão (CNDSS, 2008).



Figura 1. Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren; Whitehead (1991)

Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes sociais de saúde (CNDSS, 2008).

Os DSS dispostos em diferentes camadas no modelo de Dahlgren e Whitehead a partir de sua abrangência situam os determinantes individuais na camada mais próxima e os macrodeterminantes na camada distal. Esquemáticamente, na figura as pessoas estão localizadas na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos exercendo influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

O comportamento e os estilos de vida individuais aparecem na camada imediatamente externa situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, visto que os comportamentos dependem não apenas das decisões das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, acesso a alimentos saudáveis e a espaços de lazer, entre outros.

A influência das redes comunitárias e de apoio é destacada na camada seguinte, cuja maior ou menor riqueza anuncia a coesão social de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.

Os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho estão representados no próximo nível, como a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambiente e serviços essenciais, à saúde e à educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde.

Os macrodeterminantes estão situados no último nível, possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também o processo de globalização.

Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas segundo seu nível de abrangência, uma das limitações apontadas por Buss e Pellegrini Filho (2006) se refere ao fato de que o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades.

É, sobretudo, importante assinalarmos que no contexto da violência de gênero precisamos considerar os DSS a partir de uma análise detalhada das relações e mediações entre estes e as iniquidades produzidas nesse contexto.

No setor saúde, reportando-nos à violência intrafamiliar, a(o)s profissionais de saúde podem identificar previamente a existência de fatores de risco, condições particulares individuais, familiares e coletivas que aumentam o risco de ocorrência do problema nos grupos familiares, em geral, famílias com vários problemas estruturais, sociais, culturais, com evidência de conflitos cotidianos que geram quadros de violência.

Os fatores de risco da família para a violência intrafamiliar, em geral, estão relacionados aos contextos familiares baseados numa distribuição desigual de autoridade e poder, de acordo com os papéis de gênero, sociais ou sexuais e idades; relações centradas em papéis e funções rigidamente definidos; nível de tensão permanente, que se manifesta por meio da dificuldade de diálogo e descontrole da agressividade; situação de crise, perdas evidenciadas após separação do casal, desemprego, morte, migração e outros; presença de um modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas seja por maus-tratos, abuso na infância ou abandono; maior incidência de abuso de drogas; história de antecedentes criminais ou uso de armas, entre outros (BRASIL, 2001).

Ainda em relação ao setor saúde, destacamos que os estudos sobre violência são mapeados em relação à perspectiva de agregar referências de gênero, raça/etnia e ciclos de vida, bem como em relação aos domínios específicos de vulnerabilidades inerentes aos marcos tradicionais da desigualdade social, como a pobreza, a estruturação da família ou os grupos etários (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

O conceito de vulnerabilidade se aplica aos desafios contemporâneos da saúde, e neste caso específico ao da violência, considerando que este tem origem na necessidade de agir, ou seja, intervir sobre o problema; propõe-se a constituir saberes mediadores entre diferentes áreas do conhecimento, entre a teoria e a ação; tem seu interesse central na busca de sínteses que consistem na capacidade de identificar a singularidade de certos eventos para

agir sobre eles; busca a compreensão e interpretação, em virtude de a violência tratar-se de problema de saúde vinculado a comportamentos humanos, aspectos sociais, culturais e subjetivos, além de vislumbrar a politicidade, a intersubjetividade e a construção de respostas frente ao fenômeno da violência (AYRES, 2010).

Além da questão da vulnerabilidade de grupos sociais específicos - como crianças, adolescentes, mulheres e idosos - advindas das peculiaridades inerentes a estes grupos evidenciadas pela submissão, relações de poder e gênero, estes ainda estão expostos às condições de exclusão social a exemplo do desemprego, uso de álcool e outras drogas, entre outras, que podem gerar desestrutura e violência no contexto familiar.

Concordamos com Deslandes e Barcinski (2010) ao afirmarem que é imperativo a compreensão por parte da(o)s profissionais que atendem pessoas em situação de violência de que as famílias em situação de vulnerabilidade social, envolvidas na dinâmica de produzir e sofrer violências, apresentam potencialidades protetivas, educativas e socializadoras inerentes às mesmas, o que requer um entendimento do contexto social, cultural e econômico mais abrangente, dentro do qual as famílias se transformam em vítimas e perpetradoras de violências.

Ainda segundo as autoras, em termos de atendimento prestado às famílias com dinâmicas de violência, o primeiro passo deve ser problematizar a relação estabelecida entre a(o)s profissionais e as pessoas por ela(e)s atendidos. Para tanto, a(o) profissional deve entender que a sua ação não deve restringir-se apenas à identificação do autor da agressão e da pessoa que sofre a agressão ou do tratamento individual de cada uma das partes envolvidas na situação de violência intrafamiliar.

Pensar em violência intrafamiliar nos remete à análise que, anterior a ela, ou com ela, o Estado é omissor nas questões de proteção e assistência às famílias para que estas tenham as condições necessárias de zelar pelos direitos fundamentais de seus integrantes (ALGERI; SOUZA, 2006).

No contexto da violência intrafamiliar na perspectiva de localizar a mulher de maneira individualizada, o movimento feminista internacional foi impulsionado nos anos 1970 a criar a terminologia violência contra a mulher, demonstrando ainda que tal violência não se restringe à família, agregando outras situações como o estupro por estranhos, os assédios sexuais no trabalho, a prostituição forçada, entre outras, o que aponta a violência como uma violação dos direitos da pessoa (SCHRAIBER et al., 2005).

Por conseguinte, a violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, e as desigualdades socioeconômicas, políticas,

estruturais entre mulheres e homens. A diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina comuns às sociedades e culturas patriarcais são fatores que traduzem impacto, não somente no âmbito individual, mas implicam perdas para a segurança da comunidade e dos direitos humanos (BRASIL, 2005).

Dando continuidade à classificação criada pelo Relatório da OMS, a violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social entre conhecidos e desconhecidos, expressa pela violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que acontece em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (OMS, 2002).

Minayo (2006) acrescenta, ainda à classificação da OMS, a violência estrutural, referindo-se aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. A autora evidencia também que a maioria das manifestações de violência tem sua base na violência estrutural sendo difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetuando-se nos micro e macroprocessos sócio-históricos, repetindo-se e naturalizando-se na cultura, responsável por privilégios e formas de dominação.

Scott-Samuel (2009) enfatiza que a violência estrutural difere da violência interpessoal em relação à opressão e ao sofrimento causado pelas relações estruturais, tais como as relações civis, sociais e econômicas inerentes à política pública.

A violência estrutural como conceito ajuda a explicar as interações entre as práticas violentas experimentada por pessoas em diferentes ambientes sociais, principalmente através de explicações marxistas de exploração e de marginalização das(os) trabalhadoras(es), que vão incluindo a aceitação ou reprodução de maneira naturalizada na sociedade (MUNEVAR-MUNEVAR; MENA-ORTIZ, 2009).

Nos anos 1980, a denominação *violência doméstica* emerge no campo da saúde e os estudos começaram a sinalizar “a importância dos conflitos familiares como contexto de violência, mas a ideia de família violenta dá lugar à violência que é praticada no ambiente doméstico” (SCHRAIBER et al., 2005, p. 30).

Cabe ainda ressaltar, conforme afirma Guerra (2008), que apesar de a violência doméstica apresentar uma relação com a violência estrutural, pois ocorre entre classes sociais influenciadas pelo modo de produção das sociedades desiguais, esta apresenta outros determinantes, que não são apenas os estruturais, em virtude da sua natureza interpessoal, de aspecto intersubjetivo podendo, portanto, manifestar-se em qualquer classe social.

A violência doméstica contra a mulher é demarcada por questões de gênero que estruturam a sociedade historicamente a partir das imagens idealizadas da mulher e do homem, dos papéis identitários que tanto a mulher quanto o homem devem assumir na sociedade. Isso estabelece relações de dominação-exploração do homem sobre a mulher, relações de poder assimétricas e hierárquicas, naturalizadas e materializadas na sociedade e muitas vezes respaldam e justificam as atitudes violentas do homem sobre a mulher que, em geral, tende a aceitar e submeter-se a estas situações, com repercussões negativas sobre a sua saúde, sem uma visão crítica e reflexiva sobre a necessidade de empoderar-se para atuar como cidadã e protagonista da sua própria história.

Para Sagot (2008), o empoderamento e a garantia da cidadania para as mulheres são processos intimamente interconectados. Inicialmente, o empoderamento se relaciona com a mudança nas relações de poder em favor das mulheres que têm pouco controle sobre suas condições de vida e implica o direito a ter o controle sobre os recursos financeiros, físicos, intelectuais, entre outros e sobre o próprio ser, e o direito de ter controle e participação nos processos políticos e ideológicos, ou seja, na produção de conhecimento, na construção de valores, na tomada de decisão, entre outros.

Sobre a cidadania, a autora enfatiza que esta pode ser definida como o direito crescente a ter direitos universais e particulares e, nessa perspectiva, a violência contra a mulher envolve uma negação dos direitos de cidadania para as mulheres, o que as coloca em situação de falta de empoderamento e poder social suscitando a necessidade de mudança nas relações de poder em nível individual e coletivo para sua erradicação.

A expressão *violência de gênero* começou a ser utilizada nos anos 1990, no intuito de destacar que se a violência ocorre no âmbito doméstico inerente aos conflitos familiares, quando dirigida à mulher nessas circunstâncias domésticas, é proveniente dos conflitos de gênero e da forma violenta de conviver com estes conflitos. Nesse sentido, a violência doméstica como violência de gênero demonstra a radicalização das desigualdades estabelecidas na relação entre a mulher e o homem (SCHRAIBER et al., 2005).

O uso do termo violência de gênero decorre de uma compreensão mais ampla dos processos que desencadeiam a violência, considerando que a construção sócio-histórica e cultural do ser mulher e do ser homem dita normas e valores que organizam as relações entre mulheres e homens, bem como sobre as relações destes entre si (DINIZ, 2011).

A violência de gênero representa de forma radical as diferenças e desigualdades entre mulheres e homens, o que exige a visualização da violência contra a mulher em todos os ângulos, dos interpessoais ou éticos aos políticos, uma violação dos direitos humanos, do

direito da mulher como pessoa, como um ser constituinte do universo social, ou seja, uma questão de gênero no seio da sociedade perpetrada pela desigualdade entre mulheres e homens como sujeitos sociais, revelando-se como uma questão social bastante complexa ao infringir a ética da igualdade entre as pessoas (SCHRAIBER et al., 2005).

A crença sobre as identidades de gênero arraigada na sociedade em geral, reflete a assimetria de poder entre o casal e naturaliza o domínio do homem sobre a esposa e o papel social que esta assume de casar, cuidar da casa e dos filhos. Essa construção desigual de gênero favorece a construção da violência na relação conjugal e possibilita a compreensão em algumas situações da permanência da mulher nas situações que desencadeiam a violência conjugal (GOMES et al., 2012).

Para Diniz (2011), a conduta violenta no contexto da conjugalidade deve ser entendida como uma combinação complexa entre fatores históricos, culturais, sociais, institucionais, interacionais e pessoais e o entrelaçamento entre esses e outros fatores constrói e mantém a dinâmica conjugal violenta.

A autora refere ainda que, entre os fatores socioculturais, a construção de gênero ganha uma importância fundamental ao afetar a construção da identidade de mulheres e homens e influenciar na organização do contrato e na dinâmica conjugal e entre os fatores interacionais evidencia a construção do vínculo afetivo, a convivência com o ciclo de violência e as especificidades da negação da violência.

Uma intervenção na conjugalidade violenta deve abordar aspectos que contemplem as características do casal, papéis de gênero, história da família de origem dos cônjuges, relacionamento conjugal, ciclo da violência, níveis de conflito e estratégias de resolução dos mesmos, contexto em que vive o casal, rede de apoio social e relacionamento entre o casal e a(o)s filha(o)s (FALCKE; WAGNER, 2011).

2.2 MOVIMENTOS FEMINISTAS E VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Entre os anos 60 e 70 do século passado, período em que foi cunhado o início dos movimentos feministas, as discussões iniciais sobre as desigualdades entre os sexos, suscitavam reivindicações que partiam do pressuposto da subordinação da mulher como um fenômeno universal, desconsiderando as diferenças culturais, de classe, etnia e geração e, conseqüentemente, as necessidades e demandas de diferentes mulheres inseridas em diferentes contextos sociais, o que deslocava a mulher tanto de suas relações pessoais quanto de suas relações sociais mais amplas (GALINKIN; SANTOS; ZAULI-FELLOWS, 2010).

Assim, o conceito de gênero passou a ser utilizado pelas teóricas feministas na década de 1970, sob uma nova perspectiva introduzindo classe social, etnia e raça como categorias de discussões e análises de gênero, desnaturalizando e dessencializando a categoria mulher (GALINKIN; SANTOS; ZAULI-FELLOWS, 2010).

Heilborn (2003) afirmou que gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo, sendo o sexo configurado como a caracterização anatomo-fisiológica de mulheres e homens e como a atividade sexual propriamente dita. Nesse sentido, o conceito de gênero busca distinguir a dimensão biológica da dimensão social, considerando a influência da cultura ao delinear a qualidade de ser mulher e de ser homem.

Nessa direção, as mulheres são socializadas para desenvolver comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores e os homens são estimulados a desenvolver condutas agressivas, perigosas, que revelem força e coragem (SAFFIOTI, 2004).

Scott (1995, p.86) definiu gênero como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Essas relações de poder explicitam a submissão feminina na sociedade, especificamente na relação conjugal pela forte presença do patriarcado.

Saffioti (2009) propõe a construção de gênero sob a ótica do patriarcado, articulando gênero e patriarcado como duas categorias de análise que se complementam na sociedade moderna, designando-as de ‘ordem patriarcal de gênero’.

Para a autora, além de empoderar a categoria mulher, o conhecimento de sua história permite a apreensão do caráter histórico do patriarcado, da dimensão histórica da dominação-exploração masculina, para que se compreenda e se dimensione adequadamente

o patriarcado e se tratarmos esta realidade em termos exclusivamente do conceito de gênero neutralizamos a exploração-dominância masculina.

O conceito de gênero diz respeito às imagens do feminino e do masculino historicamente construídas e carrega uma dose apreciável de ideologia patriarcal, ao dar cobertura a uma estrutura de poder que situa as mulheres em posições inferiores aos homens em todas as áreas da convivência humana (SAFFIOTI, 2009).

Enquanto as diferenças sexuais são físicas, as diferenças de gênero são socialmente construídas e nesse sentido, cada cultura tem imagens prevaletentes do que homens e mulheres devem ser, do que significa ser homem e ser mulher, sobressaindo-se à construção cultural do gênero ao verificar que ser homem ou ser mulher nem sempre supõe os mesmos atributos em diferentes sociedades ou em diferentes épocas (STREY et al., 2013).

A dimensão histórica das relações entre mulheres e homens na sociedade brasileira tem ampla vinculação com o presente, posto que a construção e a reconstrução contínua de significados culturais sobre as questões de gênero e sexualidade ocorrem no âmbito de sistemas de significação mais amplos, que se articulam às estruturas hierárquicas de poder enraizadas entre os distintos grupos sociais presentes em determinado contexto sociocultural, mas não cristalizadas na história (MADUREIRA, 2010).

O estudo de Munevar-Munevar e Mena-Ortiz (2009) apresenta contribuições importantes ao referir que a abordagem de gênero inicialmente busca explicar como uma situação particular afeta diferentemente cada mulher mediante a idade, etnia/raça, classe ou capacidade e aborda também como se legitima a construção da feminilidade no corpo de uma mulher ou de um homem. Além disso, contextualiza que essas construções são mediadas pelo poder, relações assimétricas e de desigualdade entre mulheres e homens.

Scott-Samuel (2009) destacou em seu estudo que uma forma relativamente específica das relações de gênero que se mantém dominante no contexto global é a hegemonia da masculinidade que se caracteriza por consenso geral, pelos atributos negativos que contemplam a resistência, agressividade excessiva, supressão das emoções e pelos atributos positivos que se referem à força, proteção, determinação, coragem, além do individualismo, da competitividade, racionalidade e praticidade com desdobramentos nas relações econômicas das sociedades neoliberais.

No entanto, o autor refere que a aceitação mundial da socialização das características negativas da masculinidade hegemônica desde a infância, ou seja, a socialização do patriarcado e da masculinidade hegemônica resulta em desigualdades de

poder entre as pessoas, grupos sociais, raciais, de gênero e instituições e na violência estrutural, onde estas desigualdades são produzidas e mantidas.

No contexto atual, ainda observamos que muitas mulheres são vistas pelos homens, e muitas ainda se veem, como integrantes do patriarcado tradicional, oportunizando que seus direitos individuais e subjetivos sejam parcialmente concedidos e reconhecidos, além da posição de inferioridade conferida nos diversos discursos sociais, o que requer a criação de meios para a reformulação das representações sociais vigentes que modelam as identidades individuais da mulher e do homem e estabelecem a desigualdade de valor entre as pessoas, levando a visão de que as mulheres são extensão das posses e da honra dos homens (BANDEIRA; ALMEIDA, 2006).

Em geral, as mulheres e os homens são ensinados a ver-se e a relacionar-se com base em visões binárias de inferior-superior, passiva-ativo, emocional-racional, submissa-dominador, comprometendo a possibilidade de mudança e na medida em que essas polaridades permanecerem vivas no imaginário pessoal, relacional e social, lidaremos com os paradoxos do afeto e da convivência (DINIZ, 2013).

A partir da realização de estudos sobre as relações familiares, o papel tradicional da mulher na família e a condição feminina na sociedade, no final da década de 60 do século XX, a violência doméstica começou a ganhar visibilidade como um problema social e da saúde e tornou-se uma categoria política de reivindicação feminista, contemplando as questões de gênero, de idade, classe social, raça/etnia, religião e escolaridade. Assim, as mulheres começaram a questionar os papéis que lhes eram atribuídos pela condição de serem mulheres, na sua maioria desqualificadores, opressivos, sem *status* e responsáveis pelo seu enclausuramento no âmbito doméstico. Essa organização política de mulheres passou a exigir a igualdade de direitos entre mulheres e homens consolidando-se a partir dos anos 70 através do Movimento de Mulheres (GOMES et al., 2007).

As organizações de mulheres têm trabalhado sobre a redefinição da violência entrelaçada na estrutura social, operando em diferentes esferas sociais juntamente com estratégias para identificar, analisar, avaliar e erradicar a violência considerando as relações de gênero, as relações geracionais, as relações de poder explícitas e implícitas na dinâmica cotidiana, uma vez que as desigualdades de gênero preservam a subordinação feminina (MUNEVAR-MUNEVAR; MENA-ORTIZ, 2009).

Na década de 1970, várias feministas utilizaram um conceito de patriarcado cuja significação visava denunciar a dominação masculina e analisar as relações homem-mulher resultantes de um mesmo processo de dominação-exploração sob a perspectiva marxista no

contexto da sociedade capitalista. Nesse sentido, as relações hierárquicas capacitam a categoria constituída por homens a estabelecer e a manter o controle sobre as mulheres, o que evidencia a disputa pelo poder, que comporta, necessariamente, controle e medo (SAFFIOTTI, 2009).

Mackinnon (1995) destacou que tanto o marxismo quanto o feminismo são teorias que embasam as relações de poder no contexto do capitalismo. Por um lado, os marxistas criticaram a teoria feminista, denominando-a de burguesa na teoria e na prática, ao trabalhar em favor da classe dominante, outra crítica deveu-se ao fato de que analisar a sociedade através do sexo é esquecer a primazia da divisão de classes, referindo que as exigências do feminismo poderiam satisfazer-se plenamente dentro do capitalismo. Assim, os argumentos da luta feminista para acessar igualdade de oportunidades independentemente do sexo são considerados liberais e individualistas.

Por outro lado, ainda segundo a autora, as feministas acusaram o marxismo de definir uma visão masculina na teoria e na prática e que analisar a sociedade exclusivamente em termos de classe é esquecer experiências sociais peculiares de cada sexo, obscurecendo a unidade das mulheres. Além disso, levantaram a bandeira de que os movimentos das classes trabalhadoras e a esquerda não valorizaram o trabalho e as preocupações das mulheres.

Entendemos que a defesa de um proletária(o) branca(o), inglesa(ês), vinculada(o) à fábrica, com padrão androcêntrico, não permite que o marxismo contemple as questões de gênero que permeiam as relações estabelecidas entre a mulher e o homem. No entanto, apesar de priorizar a categoria classe social e não pensar a questão da mulher a partir de um recorte de gênero e de raça, por exemplo, visualizando apenas a exploração no campo do trabalho, não podemos desmerecer as suas contribuições no sentido de impulsionar uma análise crítica sobre a sociedade capitalista.

Uma das contribuições do feminismo é a análise do contexto em que ocorrem os fatos, repensando que a situação das mulheres como sujeitos perpassa raça, etnia, geração e não apenas classe social, considerando que estas categorias de análise interferem significativamente em determinadas reações e ações da sociedade, vislumbrando os interesses pessoais, econômicos, ideológicos, políticos, culturais, religiosos, entre outros e que apesar dos avanços, muitas mulheres ainda estão não apenas em situação de exploração no campo do trabalho, mas também em situação de opressão no trabalho e na família, o que configura relações de subordinação/dominação entre a mulher e o homem.

Para Lerner (1990), a opressão e a exploração econômica estão baseadas em dar um valor de mercadoria à sexualidade e na apropriação por parte dos homens da mão de obra da mulher e seu poder reprodutivo, como na aquisição direta de recursos e pessoas.

O enfoque do poder dos homens, a autoridade ou dominação sobre as mulheres é elemento comum em todas as definições de patriarcado e o que se assume por detrás da discussão do patriarcado é a permanência da opressão das mulheres ao longo da história. Além disso, as razões para uma sociedade ser classificada como patriarcal referem-se de maneira geral, à inserção social da mulher que define salários menores que os dos homens, menos possibilidade de avanços na carreira profissional, assumem postos inferiores de trabalho, dupla jornada, são violentadas fisicamente, assediadas sexualmente no trabalho, domínio dos homens nas instituições políticas, nos partidos políticos e nos sindicatos, entre outros (DAHLERUP, 1987).

A análise do contexto das relações sociais estabelecidas entre as mulheres e os homens deve fazer alusão à crítica da filosofia contratualista na perspectiva feminista de Pateman (1993). Para esta autora, as teorias clássicas sobre o contrato social se difundiram entre os séculos XVI e XVIII como forma de explicar a origem legítima dos governos e, conseqüentemente definir as obrigações políticas dos governados. Nessa direção, a interpretação do contrato original designa o contrato social como aquele em que os homens no estado natural substituíram as inseguranças da liberdade civil e equitativa com proteção do Estado para obter as vantagens da ordem social.

A autora destaca de um lado, o contrato social em que a ordem patriarcal define a criação do direito político dos homens sobre as mulheres e, de outro lado, como pano de fundo evidencia o contrato sexual que estabelece a dominação dos homens sobre as mulheres, no sentido do poder e acesso que os homens exercem sobre os corpos das mulheres.

Bourdieu (2012) enfatiza que a relação sexual se mostra como uma relação social de dominação construída pelo princípio de divisão entre o masculino, ativo, e o feminino, passivo, que define a criação, a organização, a expressão e a direção do desejo. Para o autor, “o desejo masculino como desejo de posse, como dominação erotizada, e o desejo feminino como desejo da dominação masculina, como subordinação erotizada, ou mesmo, em última instância, como reconhecimento erotizado da dominação” (BOURDIEU, 2012, p.31).

O sexismo se sustenta a partir da exploração sexual feminina, do desemprego, entre outras situações de opressão e Costa (1998) ressaltou que a primeira divisão do trabalho por

sexos criou a base material para oprimir a mulher ao impor sua dependência ao homem, reafirmando mais uma vez as conotações assumidas pelo patriarcado.

Para Patemam (1993), os motivos da omissão do contrato sexual pelos teóricos políticos estão relacionados ao fato de que o contrato social é uma história de liberdade e o contrato sexual uma história de opressão. Outro aspecto levantado é que o patriarcado geralmente é interpretado literalmente como regime paterno; desse modo, a história do contrato social constitui a esfera pública da liberdade civil destinada ao homem e a esfera privada feminina considerada natural. No entanto, as esferas públicas e privadas são contrárias, mas uma adquire significado a partir da outra, e o sentido de liberdade civil da vida pública é ressaltado quando ele é contraposto à sujeição natural que caracteriza o domínio privado.

Ressaltamos ainda a lógica masculina deste pensamento que exclui as mulheres, omite o contrato sexual e leva a mulher a renunciar a sua liberdade sexual em troca da garantia de sustento e proteção do homem. Esta lógica permanece no contexto atual na estruturação das relações sociais e naturalização da violência na sociedade moderna.

A dominação masculina reúne todas as condições de seu pleno exercício partilhadas universalmente pelas percepções, pensamentos e ações da sociedade, concedendo ao homem a primazia universal afirmada na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social, que confere aos homens a melhor parte (BOURDIEU, 2012).

Por sua vez, as próprias mulheres aplicam à realidade vivenciada, bem como às relações de poder em que se veem envolvidas, esquemas de pensamento produzidos pela incorporação dessas relações de poder expressas nas oposições fundantes da ordem simbólica, apresentando atos de reconhecimento, adesão e crença de que não tem que se pensar e se afirmar a violência simbólica sofrida (BOURDIEU, 2012).

Ainda para o autor,

[...] a violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la ou para se pensar, ou melhor para pensar sua relação com ele, fazendo esta relação ser vista como natural ou quando os esquemas utilizados para se ver e se avaliar, ou aos dominantes (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro etc.), resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto [...] (BOURDIEU, 2012, p.47).

Essa violência simbólica, nem sempre é percebida nas relações entre a mulher e o homem configurando relações de poder desiguais, que permitem que a mulher aceite a submissão ao homem, bem como a dominação do homem sobre a mesma, por entender que essa determinação já está instituída na sociedade, o que a nosso ver com o passar do tempo parece gerar violência.

Por isso, concordamos com Fávero (2010) ao defender que há um patriarcado moderno vigente, contratual, estruturando a sociedade civil capitalista que apesar de ter alterado sua configuração, manteve as premissas do pensamento patriarcal tradicional, ao perpetuar o poder do pai na família, como origem e modelo de todas as relações de poder e autoridade.

O patriarcado pressupõe a tutela masculina sobre a vida das mulheres, incompatível com a ideia de liberdade e de igualdade entre mulheres e homens. Configura uma contradição nas relações de gênero, uma vez que a subordinação da mulher na relação conjugal legitimada no contrato sexual imprime assimetria e enfoque paternalista à relação, sujeitando a mulher a consentimentos que impedem sua liberdade e autonomia de ser humano igual na diferença entre os sexos, mesmo quando não se expressam por meio de violência física e/ou psicológica (GUEDES; FONSECA, 2011).

Dietz (2001) destacou que a concepção de cidadania liberal está fundamentada nos princípios da racionalidade, liberdade e igualdade. O conceito de que toda pessoa é portadora de direitos formais reforça os princípios de liberdade individual e igualdade formal, estabelece a distinção entre público e privado na perspectiva de defender a autonomia do âmbito privado com relação ao público, como também mantém as mulheres à parte da vida pública.

Aboim (2012) refere que, na economia liberal, o público se refere ao espaço coletivo de cidadania e sociabilidade; restringe-se ao aspecto político, incluindo ou não a esfera civil e o Estado, e o privado consiste no espaço individual de intimidade e desigualdade, adquirindo a conotação com o mercado, família/espaço doméstico de intimidade.

Em relação à violência doméstica, Saffioti (2009) adverte para o alto grau de complexidade que apresenta a questão e que, apesar de as mulheres reivindicarem, legitimamente, um espaço no qual desfrutem do direito à privacidade, o domicílio não constitui o *locus* privilegiado para usufruir deste direito, ao constituir-se no *locus* privilegiado da violência doméstica.

Ainda prevalece a ideia de que o domicílio se constitui como espaço privado e por isso não deveria haver interferência do Estado. Assim, em algumas situações o homem aproveita-se deste pensamento para exercer a autoridade e o poder sobre a mulher, configurando a ocorrência da violência.

Diniz (2011) refere que na construção da conjugalidade, a categoria gênero se constitui como um princípio organizativo que media as condições concretas das vidas das pessoas, ao moldar o funcionamento das instituições sociais e da vida privada, permear a distribuição de poder e privilégio na sociedade, além de influenciar a construção da identidade de mulheres e homens.

A construção social da identidade feminina é a principal responsável pela garantia do equilíbrio e da manutenção da família nuclear ideologizada socialmente ao preparar as mulheres para o casamento e a maternidade desde a infância. Essa visão ainda é veiculada pelas diversas instituições sociais, o que justifica em algumas situações a permanência da mulher na relação conjugal onde ocorre a violência, ou o retorno a ela, para garantir a estrutura da família nuclear, o equilíbrio emocional da(o)s filha(o)s, bem como a realização feminina através do casamento (GUEDES et al., 2007).

No contexto atual, algumas mulheres ainda se sentem na obrigação de responder a todas as demandas inerentes ao âmbito familiar, sendo que devem conciliar as atividades domésticas de ser dona de casa, mãe e esposa, com as atividades profissionais e acadêmicas, influenciadas pela persistência de representações sociais dicotomizadas em relação ao papel social que a mulher e o homem devem assumir na família e na sociedade.

Guedes et al. (2007) evidenciaram que a violência conjugal é consequência de um mecanismo ideológico que visa à manutenção e reprodução do poder masculino e de sua hegemonia como consequências diretas da instituição do casamento, revelando-se como um fator 'natural' e comum no casamento, decorrente do poder outorgado socialmente aos homens, sendo que esta naturalização é também incorporada pelas mulheres, sendo banalizada e reduzida a uma consequência física que tem cura e é passageira sobre a qual nada se pode fazer.

Esta naturalização da violência de gênero na sociedade descaracteriza o sentido ético e político que deve ser considerado para a superação da hegemonia masculina.

Dietz (2001) refere que a prática política da cidadania não deve ser abandonada pela prática social da maternidade e que a meta do feminismo deve ser politizar consciências e não maternizar as mesmas, uma vez que a consciência política feminista deve usar a

potencialidade das mulheres como cidadãs e sua realidade histórica como um poder coletivo e democrático e não a partir de vigorosas demandas da maternidade.

A defesa da maternagem constitui um retrocesso para o movimento feminista, pois, ao centralizar o cuidado na criança, passa a valorizar o papel da mulher como educadora e reprodutora. Evidenciamos, portanto, que este cuidado, não deve ser limitado à responsabilidade da mulher, mas compete também a participação do homem, da família, da sociedade e do Estado.

Historicamente, as mulheres estiveram do outro lado do exercício do poder, do lado da condição de subalternidade, considerando que não puderam decidir sobre suas vidas, não se construíram como sujeitos, não exerceram ou exercem o poder nem o acumulam, mas o reproduzem para aqueles que de fato o têm controlado sempre. Quando têm acesso às pequenas parcelas de poder ou aos pequenos poderes que lhes dão a oportunidade de romper com a supremacia masculina, são poderes tremendamente desiguais (COSTA, 1998).

Sambade (2008) afirma que na atualidade das sociedades democráticas a violência contra a mulher significa um estado crítico no relativo sistema de dominação masculina referindo-se à crise da masculinidade em dois sentidos. O primeiro diz respeito aos princípios da sociedade democrática, pois quando a violência de gênero acontece atualmente nestas sociedades, cujos valores foram estruturados pelo coletivo masculino, os homens entram em conflito ao assumirem um discurso e serem incapazes de atuar coerentemente com o mesmo, gerando contradições através de suas condutas, perpetuando deste modo a desigualdade de gênero.

O segundo se refere ao fato do respeito das próprias práticas de discriminação e coação, considerando que as novas estratégias de repressão se caracterizam pela sua sutileza e complexidade, a exemplo da violência psicológica que é menos chamativa, mas apresenta uma ação constante e destrutiva e a violência física que desvela o rosto desnudo do poder nas circunstâncias em que os homens se veem incapazes de se submeterem às mulheres e incapazes de assumir esta realidade (SAMBADÉ, 2008).

Dessa maneira, conforme nos afirma o autor, a violência de gênero tem manifestado a crise existencial que atinge aos homens no sistema patriarcal, decorrente da insegurança, dependência e falta de adaptação ao novo marco de valores e à própria violência de gênero, que tem contribuído para aumentar o suicídio masculino nos países ocidentais nos últimos trinta anos.

Dantas e Mello (2008) enfatizaram que no campo das discussões sobre violência são levantados vários argumentos com propostas simplistas como a punição ao homem na

condição de agressor, especialmente na forma de privação da liberdade. Assim, os homens estão colocados no contexto da violência em diferentes lugares, inclusive muitas vezes como produto-alvo de padrões de subjetividade orientados por modelos de gênero e de relações hierárquicas de poder que definem a dominação masculina sobre as mulheres.

Para estes autores o mesmo sistema de poder que autoriza os homens a agirem de modo agressivo e fazer valer os seus direitos sobre as mulheres em nome da honra é o mesmo sistema de poder que os coloca em situação de vulnerabilidade ao estabelecer apenas a punição como medida corretiva aos atos violentos.

Mouffe (1993) ressalta que várias correntes teóricas, principalmente as feministas, criticaram a ideia de uma natureza humana universal que buscava consolidar a universalidade do pensamento político e da construção da cidadania, considerando que esta universalidade invisibilizou às mulheres e a todos os demais setores excluídos do modelo hegemônico androcêntrico.

Nesse sentido, para a autora, a visão de feministas comprometidas com um projeto político democrático, cuja aspiração seja lutar contra as formas de subordinação que existem em muitas relações sociais, não só contra aquelas vinculadas ao gênero, a partir de uma interpretação que nos permite entender como é construído o sujeito através de seus diferentes discursos, é com certeza mais adequada que uma interpretação reducionista da identidade da mulher seja esta de classe, raça ou gênero.

Young (1996) propõe um sistema de governo republicano e democrático que forneça mecanismos para a representação e reconhecimento efetivo das distintas vozes e perspectivas diferentes dos seus grupos constituintes que estão em situação de desvantagem ou opressão.

Para a autora, essa representação de grupo implica contar com mecanismos institucionais e recursos públicos a partir da auto-organização dos membros do grupo para que obtenham um empoderamento coletivo e uma compreensão reflexiva de seus interesses e uma experiência coletiva no contexto da sociedade; expressem uma análise de grupo de como eles afetam as propostas de políticas sociais, devem mostrar suas perspectivas e poder de veto frente às políticas específicas que afetam diretamente o grupo. Este princípio requer uma representação específica apenas para grupos oprimidos ou em situação de desvantagem na perspectiva de minar a opressão.

Ressaltamos a importância de rompimento com as perspectivas androcêntricas que estruturam a sociedade a partir da luta permanente do coletivo de mulheres e da sociedade em geral contra a desvalorização da mulher na sociedade, contra as desigualdades

estabelecidas nas relações sociais entre mulheres e homens, além de evitar o silenciamento das vozes de mulheres mediante a vivência de opressão, no sentido de uma transformação em nível coletivo. Para tanto, no contexto da violência de gênero devemos implementar políticas públicas que propiciem todas as condições estruturais na sociedade para o empoderamento da mulher no intuito de enfrentar a violência e buscar a concretização da igualdade de direitos.

Evidenciamos a necessidade de espaços que permitam que as vozes silenciadas de mulheres em situação de violência de gênero expressem todas as implicações inerentes ao contexto da violência e que a decisão do enfrentamento da violência seja consciente a partir da contextualização da ordem patriarcal de gênero, sob uma visão crítico-analítica.

Assim, a prevenção da violência de gênero e a redução da mortalidade de mulheres por agressões deve contemplar, além da superação da condição desigual da mulher na sociedade, a implementação de políticas afirmativas, como cotas para mulheres em cargos eletivos, cargos públicos e empresas, bem como elevar a renda das mulheres e implementar outras políticas voltadas à redução das desigualdades de gênero (GARCIA; FREITAS; HOLFEMANN, 2013).

2.3 POLÍTICAS E AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Desde a década de 1970, a violência contra a mulher foi destacada pelas Nações Unidas através de várias Conferências da Mulher realizadas no México em 1975, em Copenhague em 1980, e em Nairobi em 1985. Estes eventos internacionais destacaram que a violência contra a mulher constitui-se em ofensa à dignidade humana e solicitaram aos Estados-Partes da Organização das Nações Unidas (ONU) a assumirem compromissos voltados para dar visibilidade a essa dramática situação, atuando para a sua eliminação. Outro aspecto importante se refere ao fato de as duas primeiras conferências terem subsidiado a elaboração e a aprovação da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1979 (BARSTED, 2006).

No ano de 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena, foi aprovada a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres pela Assembleia Geral das Nações Unidas, constituindo-se um marco na doutrina jurídica internacional e, em 1994, subsidiou a elaboração da Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres pela Organização dos Estados Americanos (OEA), também conhecida como Convenção de Belém do Pará, único instrumento internacional dirigido contra a violência de gênero, assinada neste mesmo ano pelo Brasil (BARSTED, 2006).

Foram realizadas ainda a Conferência de População e Desenvolvimento no Cairo em 1994, a IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, no ano de 1995, transmitindo a preocupação em suas declarações e planos de ação com a segurança das mulheres e a inclusão de políticas voltadas para a problemática da violência contra a mulher (BARSTED, 2006).

O movimento feminista no Brasil começou a ter repercussão no final da década de 1960 e conforme nos afirma Sardenberg e Costa (1994) se consolidou a partir do questionamento das hierarquias estabelecidas nas relações de gênero, ou seja, nas relações sociais entre mulheres e homens com seus desdobramentos sociais, políticos, econômicos e jurídicos. Tem como doutrina o feminismo que prioriza a igualdade entre os sexos e a redefinição do papel da mulher na sociedade, permeada por uma consciência de gênero feminista, fortalecendo-se quando algumas mulheres começaram a reivindicar seus interesses e os direitos que lhes eram negados em relação aos homens, principalmente pela sua subordinação ao sexo.

No contexto brasileiro, algumas políticas e ações vêm sendo implementadas em nível nacional, estadual e municipal no sentido de prevenir e amparar a mulher em situação de violência. A maioria é decorrente das demandas apresentadas pelo movimento de mulheres e conforme nos afirmam Godinho e Costa (2006) este movimento teve um papel fundamental no combate e prevenção da violência de gênero através da intervenção do Estado que com políticas públicas específicas e a partir do início de 1980 começou a dar visibilidade à questão, reivindicando que a violência sexista fosse reconhecida como um problema social e político.

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, delineavam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares, com severas críticas do movimento feminista pelo caráter reducionista dos programas desenvolvidos que revelavam as desigualdades nas relações sociais estabelecidas entre mulheres e homens traduzidas também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina (BRASIL, 2004a). Nesse período, a violência de gênero não era contemplada, demonstrando a fragilidade dessas políticas.

A pressão exercida pelo movimento feminista, nos anos 1980, frente ao descaso do sistema policial e de justiça no tratamento da violência contra a mulher culminou na iniciativa brasileira pioneira da criação da DEAM com o propósito de construir um ordenamento de valores diferenciados para a escuta e o olhar distintos em relação ao parâmetro masculino de compreensão sobre a violência, com delegadas e agentes policiais do sexo feminino no seu quadro funcional, de maneira a favorecer as denúncias, contrapondo-se às delegacias comuns que apresentavam uma estrutura física e funcional desfavorável à denúncia pela mulher, o que representa um ganho político para a conscientização das mulheres contra a opressão masculina e o exercício da cidadania (BANDEIRA, 2014).

Nessa perspectiva, em 1985, foram criadas as primeiras DEAM no âmbito da Segurança Pública, com o intuito de criar uma instância específica para acolher as denúncias de violência por parte das mulheres e que o Estado reconhecesse a violência contra as mulheres como um problema social que exige, para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito como também da saúde em consequência das sequelas que

produz e não uma questão a ser abordada como um problema da esfera privada ou das relações interpessoais (VILLELA; LAGO, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Também engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, predominando a abordagem à saúde reprodutiva das mulheres (BRASIL, 2004a).

Nesse direcionamento, ocorre a Convenção Interamericana de Belém do Pará, em 1994, movimento que foi ratificado pelo Brasil à guisa de prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Essa Convenção entendia que a violência contra a mulher abrangia todo e qualquer evento de natureza física, sexual e psicológica, podendo ocorrer tanto no âmbito intrafamiliar ou em qualquer relação interpessoal, incluindo-se, entre outras formas, estupro, maus-tratos e abuso sexual (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994).

O ano de 1994 foi instituído pela ONU como o Ano Internacional da Família e no Brasil o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) como marco brasileiro oficializando a família como foco do cuidado à saúde, na perspectiva de superar o modelo assistencial médico hegemônico vigente caracterizado pela racionalidade técnico-instrumental e desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através do trabalho das equipes de saúde e na comunidade no âmbito da atenção básica (RODRIGUES; ZIONI, 2010).

O formato inicial da Saúde da Família como Programa dá lugar a uma nova concepção e intencionalidade do Ministério da Saúde ao propor o *status* de estratégia e política estruturante dos sistemas de saúde municipais, a partir de uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, incorporando os princípios e diretrizes do SUS (MAIA; RODRIGUES; MAIA, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica em seus fundamentos e diretrizes determina que devam ser estabelecidos os mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo que o serviço de saúde deve estar organizado para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva para resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, mesmo que demande a oferta de outros serviços da rede de atenção. Deste modo, o acolhimento, a vinculação, a responsabilização e a

resolutividade são fundamentais para efetivar a atenção básica como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2011).

Assim, as ações devem ser desenvolvidas levando em consideração a complexidade dos problemas, requerendo ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos para cada caso, com ações intersetoriais para atender às necessidades de saúde das famílias em todas as suas dimensões, entre estas a violência doméstica.

Já em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres, visando fortalecer as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero através do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência contra Mulheres, além de viabilizar discussões nas Conferências Municipais e Estaduais em contexto nacional para subsidiar a realização da Conferência Nacional de Política para as Mulheres, entre outras ações. Essas instâncias e documentos legais buscam ampliar as políticas públicas para a mulher com ações integradas, implantando e fortalecendo a rede de atendimento (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a, BRASIL, 2011a).

Outro avanço conquistado em 2003 foi à instituição da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 que estabeleceu a notificação compulsória da violência doméstica para os casos atendidos em serviços de assistência à saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2008), objetivando maior inserção social e corresponsabilidade com a notificação da violência.

Apenas em 2004 com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, esta abordagem restrita à saúde reprodutiva é ampliada na perspectiva do cuidado integral à mulher, contemplando todos os ciclos de vida da mulher e os aspectos de gênero, raça/etnia e diversidade, incluindo em seu plano de ação 2004-2007 a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde implantou em 2006 a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com base em dois componentes da ação de vigilância: vigilância contínua, visando descrever o perfil dos atendimentos por violência doméstica, sexual e outras formas de violência notificadas em unidades de referência através da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, e vigilância sentinela por inquérito, com base em informações inerentes à Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência. Em ambos os componentes, a notificação é de caráter compulsório e contínuo para as situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (BRASIL, 2009).

Ainda em 2006, foi instituída a Lei Maria da Penha ou Lei nº 11.340, enunciando em seu capítulo II, Artigo 7º, as condutas que delineiam as formas de violência doméstica e

familiar contra a mulher, destacando na violência física condutas que ofendam sua integridade ou saúde corporal; na violência psicológica, que lhe causem dano emocional e diminuição da autoestima; na violência sexual, que constringam a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; na violência patrimonial, que configurem retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, documentos pessoais, entre outros; e na violência moral, que configurem calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2011b).

A Lei Maria da Penha estabelece uma política integral e articulada de prevenção e assistência às mulheres em situação de violência de gênero, o que requer a criação e/ou articulação da rede de serviços de atendimento entre os atores envolvidos, contemplada pela parceria entre todos os serviços governamentais e não governamentais que prestam assistência às mulheres em situação de violência. Entre esses estão os centros de referência, as casas abrigo, as unidades básicas de saúde e os hospitais, o Instituto Médico Legal (IML), os serviços de assistência jurídica e psicológica, a defensoria pública, a Delegacia da Mulher e o Poder Judiciário, os serviços de assistência social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros (BRASIL, 2010b).

Decorre do que acabamos de enumerar que a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar deverá ser prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstas na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) no SUS, Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas, além de contemplar as políticas públicas de proteção e de urgência/emergência (BRASIL, 2011b).

Em 2006, a Política de Promoção da Saúde define que o Pacto em Defesa da Vida deve ser implementado nas três esferas governamentais e dentre as ações específicas propostas, destacamos a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz (BRASIL, 2006).

Apesar dessas iniciativas de implantação e implementação de políticas públicas, grande parte das mulheres em situação de violência de gênero enfrenta sérias dificuldades no acesso e na assistência aos serviços da rede de atenção, tendo seus direitos violados.

Para Godinho e Costa (2006), a construção de políticas públicas estruturais para o enfrentamento da violência contra a mulher deve abarcar três dimensões: a primeira delas se refere à construção de uma rede de serviços, que perpassa pela articulação de ações capazes de responder à demanda de atendimento da mulher que se mobiliza na busca de atendimento

e implica a existência de serviços como delegacias especializadas, assistência social, psicológica e jurídica, saúde, segurança, entre outros.

A segunda dimensão está relacionada ao investimento em políticas de prevenção que englobam desde ações ostensivas que visem fortalecer a resistência das mulheres e diminuir novas situações de violência até políticas educativas e culturais de desnaturalização da violência sexista. E a terceira dimensão consiste em alterações no marco legal e jurídico, além de mudanças na ação do judiciário, com a finalidade de combater a impunidade dos agressores, reduzir o desgaste e constrangimento imposto às mulheres em vivência de violência e acelerar os procedimentos legais, entre outros (GODINHO; COSTA, 2006).

É fundamental destacarmos que a intervenção nos casos de violência de gênero é multiprofissional, deve enfatizar a interdisciplinaridade e buscar o diálogo entre as diversas instituições.

A rede intersetorial propõe a articulação objetiva estabelecida entre as ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes com canais bem definidos de comunicação entre os serviços que a compõem (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Para Santos (2008), “rede” não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações. Considera que a configuração da rede requer a adoção de elementos que deem sentido ao entrelaçamento de ações e processos estabelecidos entre estes, como a garantia de institucionalidade, organicidade e governança à rede, de maneira a potencializar seus recursos e meios, com reconhecimento de suas dependências e interdependências, sem centralização das decisões.

Conforme nos afirmam Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010), no enfrentamento da violência contra a mulher a(o)s profissionais da assistência enfrentam inúmeras dificuldades na identificação, no acolhimento, na assistência e no encaminhamento das situações de violência. Alguns dos obstáculos para uma melhor identificação e assistência às mulheres em situação de violência estão relacionados à falta de capacitação desta(e)s profissionais, à dinâmica complexa e ambígua das relações conjugais violentas e ao não reconhecimento das agressões como violência de gênero e violação de direitos.

Nesse sentido, os órgãos e instituições que lidam com o fenômeno devem estar preparados para orientar e dar suporte às pessoas em situação de violência, ajudando-as a compreender, analisar e tomar as decisões pertinentes à problemática. Esse suporte deve agregar-se à rede de serviços especializados das áreas de saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade envolvendo as associações de moradores, os grupos de mulheres, os grupos religiosos, entre outros.

2.4 A FAMÍLIA E O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A palavra família tem origem no latim *famulus* significando o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou setor, sendo que para os antigos romanos, a família extensa tinha como centro a figura do *pater familias* e a esposa, a(o)s filha(o)s, a(o)s serva(o)s livres e a(o)s escrava(o)s eram considerados fâmulos de um patriarca, com grande importância na sociedade brasileira durante o período colonial (ROCHA-COUTINHO, 2006).

A monogamia de origem grega consistiu a primeira forma de família que não se baseava em condições naturais, mas em interesses econômicos, mais especificamente do triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comum primitiva, com origem nos casamentos de conveniência fruto do amor sexual individual, com o qual nada tinha em comum. A monogamia nesse contexto surge sob a forma de escravização de um sexo pelo outro (ENGELS, 1981).

No início da colonização brasileira praticamente inexistia a família baseada em uma união legalizada, pois os portugueses visavam apenas o enriquecimento com o pau-brasil e outros produtos para viver melhor com suas esposas na Europa; por isso, mantinham relações irregulares com as índias e, posteriormente, com as escravas africanas (ROCHA-COUTINHO, 2006).

A partir da concessão das sesmarias e do início do cultivo da terra surge no Brasil, a família de organização patriarcal, formando grupos autônomos de produção, administração, justiça e autodefesa, tendo como autoridade máxima o *pater familias* que detinha o poder não só sobre escravos, empregados e agregados, mas também sobre a(o)s filha(o)s e a esposa e cujos interesses econômicos dominavam todos os tipos de relações na família patriarcal, inclusive as relações afetivas. Dessa maneira, as famílias eram numerosas, permeando as relações por valores como honra, tradição e obediência como grandes legados que perpetuavam entre as gerações, com respeito e obediência aos mais velhos (ROCHA-COUTINHO, 2006).

O pai designado como chefe de uma família, portanto uma pessoa moral, traduz o exercício de seu poder simbólico, permitindo que os filhos somente tenham acesso ao patrimônio familiar com a sua morte, ou seja, o filho passa a ser o herdeiro, assumindo o mesmo *status* e a filha segue o mesmo destino da mãe (ROUDINESCO, 2003).

O modelo da família tradicional foi marcado por normas e expectativas patriarcais apresentando características que definiam uma divisão clara de papéis entre mulheres e

homens, idealizado socialmente como normal para o relacionamento, adequado à natureza da mulher e do homem e, além disso, capaz de atender às necessidades de procriação e a manutenção da ordem social (DINIZ, 2011).

No que concerne o patriarcado, ressaltamos o exposto por Parker (1991, p.59):

A tradição patriarcal foi um dos pilares da sociedade brasileira colonial e a moralidade sexual dualística permeava e efetivamente dividia todos os aspectos da vida cotidiana, delineando os espaços contrastantes do homem e da mulher, atribuindo noções de comportamento adequado para um e para outro. As atividades do homem eram dirigidas para o mundo social mais amplo da economia, política e interações sociais, além do âmbito da família, enquanto os de sua mulher e filhas eram rigidamente restritos e limitados ao mundo doméstico da própria família. Assim, enquanto a casa funcionava como fortaleza e prisão para sua mulher e filhas, o engenho, e cada vez mais a cidade, a praça, e a rua se tornavam o território dos homens, o domínio do patriarca. Seu mundo era de ação e se opunha radicalmente à relativamente inativa ou, melhor dizendo, mais guardada e limitada sociedade das suas mulheres.

Dessa maneira, historicamente ao homem era reservado o espaço público e à mulher o espaço privado configurando na sociedade brasileira desde essa época questões hierárquicas e desiguais nos papéis e nas relações sociais estabelecidas entre a mulher e o homem.

Durante muitas décadas, a família conjugal moderna tradicional constituiu o modelo dominante no Brasil, vigorando até recentemente o antigo modelo de trabalho baseado no modelo masculino, no qual os homens se dedicavam integralmente ao trabalho, provendo financeiramente sua família, sem maiores responsabilidades no mundo doméstico e contavam com uma esposa que era responsável pelo cuidado integral da casa e da família (ROCHA-COUTINHO, 2013).

A partir de 1960, a família contemporânea ocidental passou por inúmeras transformações, superando o modelo ideal de família proposto na década de 1950 por Talcott Parsons, quando o casal era legalmente constituído, formada pelo pai, mãe e filha(o)s, tendo o pai a função de provedor, a mãe de dona de casa e de responsável pela educação da(o)s filha(o)s (PEIXOTO, 2007).

A autora ressalta ainda que este modelo começou a declinar em virtude de transformações nas relações de gênero e da necessidade emergente de um novo equilíbrio entre a autonomia individual e o pertencimento familiar, constatadas a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, com funções duplas relacionadas à atividade profissional e a

responsabilidade com a família. Foi também atrelado ao controle da fecundidade por meio da contracepção, ao aumento no número de divórcios, de uniões livres e de recomposições familiares, que contribuíram para uma diversidade de formas de vida familiar impulsionando que os casamentos, as uniões consensuais e os nascimentos passassem a acontecer tardiamente.

A Constituição Federal de 1988 entre outras disposições, no seu Capítulo VII no Art. 226, destacou que “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado” (BRASIL, 2000, p. 125). Além disso, em seu parágrafo quinto definiu que “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (BRASIL, 2000, p.125)” e no parágrafo oitavo evidenciou que “o Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 2000, p.125)”.

As conquistas sobre a questão familiar ocorridas na Constituição Federal de 1988 decorreram das lutas feministas junto aos legisladores constituintes e das forças aglutinadas sob a bandeira da promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. Assim, a família ganhou uma nova definição constitucional, na perspectiva de torná-la mais inclusiva e sem preconceitos, de viabilizar a igualdade de direitos e deveres entre mulheres e homens na sociedade conjugal, de consagrar o divórcio, de afirmar que o planejamento familiar deve partir da livre decisão do casal, além da necessidade da criação de mecanismos que pudessem coibir a violência no interior da família (COSTA, 2000).

Durante o século XX, ocorreu um duplo movimento no contexto da família, pois por um lado seus membros acreditavam na proteção da sua individualidade e por outro lado a intervenção do Estado interferia na vida privada ao controlar, apoiar e regular as relações dos membros familiares (SINGLY, 2007).

A história de vida de toda família é construída em etapas sucessivas e a convivência familiar é um processo dinâmico, dirigido pelas ações e interações ocorridas entre os membros familiares, criando um mundo privado, em conexão com o mundo externo e um dos elementos que devem ser levados em conta nessa convivência é a relação de poder estabelecida entre seus membros, configurada como algo privado, de direito da própria família, estabelecendo regras e limites no espaço doméstico (ALTHOFF, 2002).

Para a autora, o poder pode constituir-se como uma relação de autoridade ou como uma capacidade de influenciar e liderar, manifestada por meio de relações hierárquicas estabelecidas entre pai, mãe e filha(o)s e entre o casal, ou esta relação de poder pode ser vista a partir de quem proporciona as condições para a sobrevivência da outra pessoa.

Assim, o conceito de família atrela-se a um grupo social concreto e empiricamente delimitado influenciado pelos discursos sociais e as construções ideológicas vigentes no meio cultural em que esse grupo se encontra inserido (ROCHA-COUTINHO, 2006).

Trad (2010) ressalta que as transformações na família não se restringiram ao âmbito da estrutura, considerando que os papéis e as relações familiares também foram modificados tornando-se menos hierarquizados e mais flexíveis, o que não quer dizer ausência de conflitos e disputas de poder. A autoridade paterna e o lugar de provedor destinado ao homem são afetados pelas conquistas femininas, entre estas, a progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho, propiciando alterações na divisão sexual do trabalho e nas relações de autoridade e poder na família, concernente às relações de gênero e gerações na sociedade contemporânea.

Apesar de algumas mudanças terem repercutido significativamente na vida e nos arranjos familiares no final do século XX, a exemplo do impacto das crises sociais e econômicas, das repercussões e exigências de adaptação ao mundo globalizado contribuindo para criar um novo cenário sociocultural, com alterações na organização do trabalho e na atividade produtiva, nos processos de educação e comunicação, nos valores e na socialização das novas gerações, de modo geral, o modelo de família nuclear e conjugal ainda persiste como um ideal a ser alcançado, em virtude da influência do Estado, de algumas instituições e da sociedade (RODRIGUES; ZIONI, 2010).

O enfraquecimento da instituição familiar foi abordado por alguns teóricos como decorrentes da baixa taxa de fecundidade, do aumento da esperança de vida, caracterizando a longevidade da população idosa, do declínio da instituição do casamento e da aceitação social do divórcio. Contudo, o que vem sendo observado é o surgimento de novos modelos familiares derivados desses fenômenos sociais e as transformações nas relações de gênero expressas pelo maior controle da natalidade, pela intensa inserção da mulher no mercado de trabalho e pelas mudanças ocorridas no âmbito da sexualidade, entre outros (PEIXOTO, 2007).

As expectativas contemporâneas para o casamento ao longo da segunda metade do século XX sofreram profundas transformações, pois até a primeira metade do século mulheres e homens casavam para ter filha(o)s e constituir família e o casamento significava a única forma da prática do sexo para a mulher. No entanto, estas necessidades se ampliaram, considerando não apenas o desejo de ter filha(o)s, mas o encontro com a felicidade, a realização pessoal, a satisfação sexual, o companheirismo e uma divisão mais igualitária de papéis e tarefas no cotidiano conjugal (DINIZ, 2011). Nessa perspectiva, a

autora afirma que um dos fatores desencadeantes de comportamentos violentos está relacionado às mudanças nos papéis da mulher e do homem e na família e na sociedade.

Em paralelo à diminuição no tamanho das famílias nas últimas décadas, houve um crescimento de uniões conjugais sem vínculos legais, de famílias reconstituídas, de arranjos monoparentais, caracterizados pela presença do pai ou da mãe com filha(o). Todavia, as famílias nucleares, isto é, o casal com ou sem filhos continua predominante (RODRIGUES; ZIONI, 2010).

De maneira geral, os dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao ano de 2010 apontaram que têm ocorrido mudanças no interior da família brasileira quanto a sua forma de organização e níveis de reprodução, o que aponta para uma diversidade maior em relação aos tipos de famílias. Os arranjos familiares são menos tradicionais, com crescimento do número de uniões consensuais e de famílias reconstituídas nas quais a(o)s filha(o)s podem ser apenas de um dos cônjuges, além do aumento dos divórcios (IBGE, 2012).

O recenseamento realizado nas unidades domésticas em 2010 mostrou que, em relação às configurações familiares contemporâneas, 6,9 milhões de pessoas viviam sozinhas (12,1%), quase 50 milhões eram ocupadas por duas ou mais pessoas com parentesco (87,2%), com diferentes configurações, totalizando 54,3 milhões de famílias. Foi constatado ainda um aumento do percentual de casais sem filhos (com ou sem parentes) no período de 2000 a 2010, que passou de 14,9% para 20,2% do total de famílias influenciados pelas mudanças na estrutura familiar, maior participação da mulher no mercado de trabalho, baixas taxas de fecundidade e o envelhecimento populacional (IBGE, 2012).

Outro achado importante destacado neste mesmo censo demográfico de 2010, referente ao período de 2000 a 2010, se refere ao crescimento expressivo sobre o reconhecimento da mulher como responsável pela família, mesmo naquelas que contavam com a presença de cônjuge, podendo ser explicados pela mudança de valores culturais em relação ao papel social da mulher, o ingresso maciço da mulher no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade em nível superior combinados com a redução da fecundidade e adiamento da maternidade.

Independentemente destas novas configurações, concordamos com Figueiredo et al. (2007) ao afirmar que a família apresenta necessidades básicas que são comuns às demais, porém estas podem ser sentidas e vividas de maneiras bastante particulares, o que pode gerar ou não crises familiares a serem desencadeadas constantemente, construindo uma rede de afetos e desafetos que mantém a vida ou a morte. Nesse intuito, a assistência à família como

unidade de cuidado à saúde requer o conhecimento de como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços que propiciam o partilhamento de responsabilidades.

Levy (2013) destaca que as transformações sofridas pela família na contemporaneidade e a substituição do poder paterno por uma autoridade compartilhada são questões que vêm sendo bastante discutidas.

Para a autora, algumas destas mudanças ocorreram a partir dos progressos da medicina no sentido de desconectar procriação e sexualidade, não sendo mais necessário associar a filiação à realidade biológica; do espaço conquistado pela noção de pluriparentalidade em decorrência do aumento do número de divórcios provocando uma disjunção entre a conjugalidade e a parentalidade e, da heteronormatividade que deixou na atualidade de ser regra geral em virtude do abalo na rígida correspondência entre sexo e gênero, apesar do longo período em que homens e mulheres tiveram seus lugares e funções bem definidos.

Conforme nos afirma a autora, quando o biológico e o conjugal deixam de ser parâmetros fundamentais para definir a parentalidade, requer-se uma reconfiguração que contemple as novas situações, a exemplo das procriações assistidas e das famílias homoafetivas.

Mediante essas considerações, conforme afirma Gomes (2013), assistimos em paralelo, por um lado a uma nova organização conjugal e familiar decorrente da igualdade de gênero, própria da contemporaneidade, e por outro lado à manutenção do modelo tradicional.

Tanto a mulher quanto o homem levam para a relação conjugal os hábitos, os valores, os costumes e uma herança afetivo-emocional inerente às suas famílias de origem. A construção da conjugalidade envolve para o funcionamento da relação a inclusão de dimensões que contemplam a sexualidade, uma forma de demonstrar afeto que seja aceitável em público e no âmbito privado, a comunicação, as estratégias de negociação de diferenças e de resolução de conflito, a administração do tempo, a organização da vida a dois, a divisão de tarefas entre o par conjugal, o lugar do trabalho e do lazer na vida conjugal, objetivos e expectativas do casal, o grau de individualidade e liberdade de cada um, ter ou não ter filha(o)s, a criação dos filha(o)s, a relação com as famílias de origem, entre outros (DINIZ, 2011).

Para a autora, a criança aprende sobre o ser mulher e o ser homem no cotidiano da vida familiar e, nesse contexto, ao longo do ciclo vital posições mais rígidas ou mais

flexíveis dentro do sistema sexo-gênero vão sendo assimiladas, permitindo que a mulher e o homem levem esse aprendizado para a construção e vivência da conjugalidade.

A família reproduz o processo de transformação sócio-histórico, cultural e psicológico ocorrido na sociedade ocidental nesse último século, e torna-se um cenário de um movimento paradoxal. Pois, por um lado é o centro perpetuador da tradição e por outro lado é responsável em gerar o novo, em termos de ordem simbólica, formadora de identidade e alteridade, que define funções e papéis de gênero ao longo da história (GOMES, 2013).

O conceito de família está atrelado a um grupo social concreto e empiricamente delimitado transversalizando os discursos sociais e construções ideológicas vigentes no meio cultural em que esse grupo se insere, o que exige dos estudos focados na família considerar o plano das práticas sociais efetivas e as construções discursivas e ideológicas, com suas representações e valores (ROCHA-COUTINHO, 2006).

Para Gomes (2013), na pluralidade dos arranjos familiares atuais, o modelo tecnológico acoplado às relações humanas introduziu as noções de rapidez e descartabilidade, substituindo as certezas advindas do antigo e tradicional pela dúvida diante do novo e desconhecido. As mudanças decorrentes do advento da pílula até a inseminação artificial vêm propiciando uma liberação paulatina e uma tendência a dissociações entre sexo e constituição familiar, entre conjugalidade e parentalidade, o que possibilita até a procriação sem sexo e sem a presença masculina. Contudo, apesar destas transformações e considerando a diversidade das configurações familiares contemporâneas, ainda é condição inerente ao desenvolvimento humano a necessidade de vinculação afetiva e de pertencimento a um grupo, independentemente de sua natureza.

No contexto da ESF, é comum um tipo de arranjo familiar estruturado a partir de mães solteiras adolescentes que têm filha(o)s e moram com seus pais, sem o companheiro, famílias inteiras em situação de vulnerabilidade social, várias famílias que compartilham o mesmo espaço e pessoas de diferentes gerações que vivem juntas, o que requer que a equipe de saúde busque compreender claramente a diversidade da estruturação dessas famílias, dimensionando o cuidado sem preconceitos e estereótipos (FRÁGUAS; ALMEIDA; SOARES, 2012).

As autoras destacam ainda que a enfermeira deve estar consciente dessa pluralidade de arranjos familiares, buscando entender as especificidades de cada um no funcionamento da dinâmica familiar e em algumas situações antes de definir a intervenção terapêutica deve

inicialmente dimensionar a variabilidade cultural da família que pode gerar comportamentos que culminarão em conflitos para a família.

A resolução de conflitos, o controle e a imposição do poder e da vontade de uma pessoa sobre outra através de atos violentos é inadequada, uma vez que a liberação da tensão acumulada no relacionamento não resolve a questão central que ocasionou essa tensão. Nesse direcionamento, os parâmetros sociais de gênero que reforçam e mantêm os papéis e estereótipos ordenadores de comportamentos de mulheres e de homens no contexto de uma lógica patriarcal ainda presente nos dias atuais tendem a pautar e justificar o uso da violência (DINIZ, 2011).

Pensar sobre a violência de gênero requer refletir sobre as relações assimétricas e hierarquizadas entre mulher e homem, entretanto, é necessário ponderar sobre as concepções de família que estão subjacentes a essa relação (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007).

Assim, a família não deve ser entendida apenas como um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos ou de dependência, mas como uma unidade que agrega pessoas de sexo, idade e posição social diferentes, com uma dinâmica própria, vivendo cotidianamente relações de poder cristalizadas na distribuição de direitos e deveres próprios de cada pessoa, portanto, não pode ser entendida como simples soma de pessoas que a compõem (ROCHA-COUTINHO, 2006).

Nesse direcionamento, na abordagem sobre família precisamos considerá-la como um grupo solidário, de aliança e de reciprocidade que procura abrigar todos os seus membros, e, ao mesmo tempo como uma malha de poder na qual são realizadas constantes subordinações na construção da vida social cotidiana, ou seja, uma relação de reciprocidade e de hierarquia que depende da própria envergadura e complexidade das relações sociais mais amplas de cada sociedade na qual as famílias estão inseridas (SCOTT, 2011).

Ressaltamos ainda que para Elsen (2002) o cuidado familiar se concretiza nas ações e interações presentes na vida de cada grupo familiar, visando oportunizar a inserção social favorável e que pode ser reconhecido por vários atributos, a saber: **presença** pelas ações, interações e interpretações através das quais a família demonstra solidariedade entre seus membros; **promoção da vida e bem-estar** que se realiza ao propiciar condições adequadas de vida, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades de cada um e do grupo; **proteção** a partir da efetivação de medidas para garantir a segurança física, emocional e social do grupo familiar; **inclusão**, busca a inserção de cada um de seus membros no grupo familiar e na comunidade em que vive; **orientação para a vida** apontando o que é

considerado correto, aceitável, esperado, bom, ou não desejável e perigoso para a pessoa ou grupo familiar.

Dessa forma, no contexto da violência de gênero ao promover o cuidado, os familiares atuam como integrantes da rede de apoio à mulher fortalecendo-a no enfrentamento da violência.

Pesquisa mostrou que a decisão de romper o silêncio e denunciar leva a mulher, normalmente, a relatar inicialmente a violência vivida a pessoas próximas, familiares, amigos ou colegas de trabalho, apesar de nem sempre encontrar o apoio esperado, principalmente quando as concepções de gênero e família são muito tradicionais. Contudo, mesmo com limitações, familiares e amigos oferecem um espaço de proteção e podem ser, junto com outros serviços comunitários, o principal suporte para resistir às violências (MENEGHEL et al., 2011).

A análise das redes sociais das mulheres em situação de violência identificou uma rede sócio-humana restrita representada pelos familiares e amigos e um acesso tardio e difícil à rede socioinstitucional, representada pelos serviços assistenciais. Observou-se também que a superação da situação de violência não necessariamente se dá pela separação do casal, mas pelo recebimento de apoios por meio dos quais a mulher passa a compreender os mecanismos envolvidos na violência, construindo estratégias para enfrentá-la no dia-a-dia e adquirindo maior controle sobre sua vida (DUTRA et al., 2013).

Por isso, a equipe da ESF necessita ser capacitada para atuar nas situações de violência de gênero na perspectiva de agregar à sua prática as questões de gênero, visando o empoderamento da mulher no enfrentamento da violência, o que requer articulação com os demais serviços assistenciais que integram a rede, além de incluir a família nas ações de prevenção e combate à violência contra a mulher, bem como as políticas públicas de saúde, educação, desenvolvimento social, geração de rendas, entre outras.

Para Andrade et al. (2012), a atenção primária à saúde, ao ser caracterizada como um espaço de promoção da saúde, tem sob sua responsabilidade questões como a violência de gênero, e a(o)s profissionais de saúde devem refletir e articular estratégias para seu enfrentamento, a partir de um trabalho articulado com os diversos setores da sociedade.

Além disso, a(o)s profissionais de saúde devem repensar sua prática de assistência, demandando um suporte institucional traduzido em capacitação profissional e compromisso com o desenvolvimento das políticas propostas, no intuito de propiciar espaços de abertura para o diálogo e a construção de relações mais simétricas entre a(o)s profissionais de saúde e

as mulheres que procuram os serviços de saúde, a partir do rompimento de posturas autoritárias e prescritivas (ANDRADE et al., 2012).

Por iguais razões, devemos agregar os familiares da mulher em situação de violência nessas relações, no sentido de uma aproximação ao seu contexto de vida e o entendimento das relações familiares que permeiam os atos violentos.

Para tanto, a(o) profissional de saúde deve investir em novos princípios de racionalidade que não se limitem apenas ao aspecto técnico, mas possibilitem o acesso ao espaço das representações, dos significados, de novas possibilidades interpessoais e de reconhecimento do mundo, abrangendo a capacidade de observar e de ouvir, de reelaboração de conceitos, descrições e taxonomias, advindas dos discursos e dos gestos (OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, a família deve ser entendida a partir da sua complexidade e discrepância de interesses, necessidades e sentimentos, o que nos leva a apreendê-la considerando não apenas as suas funções econômicas, ideológicas, reprodutivas e sociais, mas todas as suas contradições internas (ROCHA-COUTINHO, 2006).

Convém evidenciar que a enfermeira na atenção básica deve buscar no sentimento de pertença, ou seja, no estar junto com a família, nortear suas ações de cuidado profissional, considerando que o cuidado à família contempla dimensões de relações estabelecidas nos espaços socioculturais e físico-ambientais e que estes espaços são influenciados pela simbologia dos significados construídos no seio da família histórica e culturalmente, interferindo positivamente, ou não, nos cuidados do processo de viver com mais saúde, seja em nível individual, seja em nível coletivo (ERDTMANN; ROGÉRIO; GALLI, 2011).

A enfermeira, como cuidadora da família, deve interagir entre seus membros possibilitando um melhor entendimento das famílias, bem como da compreensão dos significados que as famílias desenvolvem através de como vivem e convivem (ALTHOFF, 2002).

Dado o exposto, os variados modos de saber-fazer da Enfermagem se configuram como aspectos potencializadores para a promoção da saúde e representam a possibilidade de ver e sentir as diferentes necessidades de saúde, a partir do estabelecimento de relações democráticas que suscitem a solidariedade e o respeito às diferenças e construam estratégias que se aproximem da vida das pessoas. Inclusive, a enfermeira pode agregar pessoas aos serviços em que atua e com outros serviços e setores no intuito de demandar esforços para enfrentar problemas complexos como a violência doméstica (AMADOR; SILVA, 2012).

3 REFERENCIAL TEÓRICO: A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Conforme adverte Sá (1998), conduzir uma pesquisa com base na TRS exigirá uma ocupação explícita de uma modalidade de saber gerada por meio da comunicação da vida cotidiana, com a intenção prática de orientação de comportamentos inerentes às situações sociais concretas.

Neste estudo, a TRS foi eleita como eixo teórico para a sua condução por entendermos que esta possibilitou uma apropriação do objeto de estudo, no intuito de melhor compreendê-lo, fundamentando-se na grande teoria proposta por Serge Moscovici (2012) e uma aproximação com a abordagem processual trabalhada por Jodelet (2001).

Considerando que a vivência da violência doméstica envolve um universo complexo, contraditório e com diferentes nuances, em decorrência do contexto e dos fatores que interagem na sua expressividade, compreender o fenômeno na perspectiva do aporte teórico das representações sociais possibilitou maior aproximação da realidade no sentido de explorar as condições históricas e socioculturais e seus desdobramentos singulares, ao valorizar a pessoa com sua identidade.

Na perspectiva da TRS, afirmar que o fenômeno da violência doméstica é cultural corresponde a concebê-la como um objeto social que suscita representações diversas, intervindo na construção de uma dada realidade social. Assim, ao tomarmos a atividade simbólica e representacional como constitutiva da prática social, precisamos reconhecer o papel essencial que exercem as representações sobre as práticas sociais, sejam essas violentas ou não, o que exige a pertinência de estudar as representações sociais da violência como um sistema complexo, no qual interagem um conjunto de representações e práticas (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007).

Essa compreensão subsidia o cuidado em saúde à mulher em situação de violência doméstica e a seus familiares coadunando-se com Oliveira (2011) ao destacar que urge a necessidade de pensar o cuidado em saúde como uma tecnologia de trabalho com identidade específica, que ao interagir com os saberes advindos de outros campos científicos e profissionais e com os saberes construídos pela(o)s usuária(o)s, é transformado, moldado, reconstruído, tendo por base as representações sociais constituídas nos diferentes grupos em interação.

As ciências sociais têm recorrido cada vez mais às representações sociais ou coletivas para abordar os variados aspectos de seus objetos, o que consiste no retorno aos pensadores pioneiros como Marx, Durkheim e Mauss que isolaram as representações como fenômenos centrais. Esse retorno por iniciativa de Serge Moscovici através do trabalho publicado em 1961, intitulado: “*La psychanalyse, son image et son public*” permitiu o uso explícito e racionalizado, considerando que as representações possibilitam acessar às dimensões simbólicas, culturais e práticas dos fenômenos sociais (JODELET, 2009).

Em 1947, foi Durkheim quem pela primeira vez utilizou o termo “representações coletivas” como uma maneira de ideação social oposta à representação individual, de maneira estática e comparável às categorias meramente lógicas e invariantes do espírito, sem discutir os aspectos cognitivos da representação e sua representação pelos grupos sociais. Moscovici em 1961 retoma o ponto de vista de Durkheim sobre a sociedade, agregando novas especificações ao mostrar que é possível construir um conhecimento válido pelo senso comum, estudando ou apreendendo o conhecimento a partir da dimensão psicossociológica (MACHADO, 2011).

Moscovici (2012) enfatiza a distinção entre o uso do termo *social* em vez de *coletivo*, ressaltando que as representações coletivas, no sentido clássico, se constituem em um instrumento de explanação sobre uma classe geral de ideias e crenças inerentes à ciência, mito, religião, por exemplo, uma vez que esses fenômenos precisam ser descritos e explicados. Todavia, é necessário considerar que pela sua especificidade estão relacionados com um modo particular de compreensão e de comunicação responsável em criar tanto a realidade quanto o senso comum.

A partir da década de 1980, foram iniciados os primeiros estudos orientados pela TRS no campo da saúde no Brasil, coincidindo com dois movimentos, por um lado a difusão da teoria e por outro lado, a adoção de novos paradigmas teóricos e metodológicos que orientavam as pesquisas de alguns campos da saúde, a exemplo da Enfermagem. No entanto, só a partir da década de 1990 é que teve início a veiculação das primeiras produções científicas embasadas na TRS, considerando o forte predomínio até 1984 da abordagem quantitativa orientada pelo positivismo nas pesquisas em saúde (OLIVEIRA, 2011).

Para Jodelet (1998), a TRS se propõe a estudar globalmente os processos do pensamento social, pois quando as representações são elaboradas estas se transformam em produtos que operam na vida social, seja no plano intelectual, seja no plano prático, como realidades pré-formadas, como quadros de interpretação do real, como referência para a ação e como sistemas de acolhimento de novas realidades.

Os estudos sobre violência doméstica e a TRS se propõem a apreender o pensamento social construído historicamente em uma dada sociedade, podendo contribuir para a compreensão do fenômeno, ao investigar os sentidos atribuídos pelos sujeitos em relação às relações interpessoais e ao ato de violência, além de buscar compreender como os modelos de pensamento direcionam as condutas e constroem as práticas nessa sociedade (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007).

Para Jodelet (2001), as representações sociais consistem numa forma de conhecimento elaborada e partilhada socialmente, objetivando contribuir na construção de uma realidade comum a um grupo social, além de permitir a interpretação dessa realidade social.

Nos estudos sobre a violência, a TRS permitirá a análise de processos afetivos e cognitivos referentes à dinâmica psíquica e de processos das relações entre os grupos e processos ideológicos inerentes à dinâmica social, a exemplo dos processos identitários que estão em jogo na construção da violência, os conflitos entre os grupos, a legitimação da desigualdade social e dos processos de exclusão social e os mecanismos de defesa que são utilizados (SANTOS, 2009).

Moscovici (2012) destacou que as representações possuem duas funções. Primeiramente, elas transformam em convenções, os objetos, as pessoas ou os acontecimentos encontrados, categorizando e definindo-os como um modelo, a ser aceito e partilhado por um grupo de pessoas e, dessa maneira, as convenções possibilitam o conhecimento dessas representações podendo sofrer influências da linguagem ou cultura.

Em segundo lugar, as representações são prescritivas, na medida em que se impõem sobre as pessoas com uma força irresistível e decorrem de uma combinação de uma estrutura existente antes do pensamento e de uma tradição decretando o que deve ser pensado e o que impulsiona as representações a serem repensadas, recitadas e rerepresentadas.

O autor destacou a natureza da mudança inerente às representações ao possibilitar que estas representações sejam criadas, interna e mentalmente, visto que são capazes de influenciar o comportamento de uma pessoa que faz parte de uma coletividade. Assim, o processo coletivo determina o pensamento individual transformando-se para as pessoas em objetos materiais, por se constituírem como produto de suas ações e comunicações.

Em relação ao estudo proposto, evidenciamos que as representações sociais vigentes sobre a mulher e o homem são construídas histórica e socialmente embasadas no patriarcado e incluem todo tipo de opressão sobre a mulher, atingindo-a de maneiras distintas através de atitudes que demonstrem superioridade, coerção e poder e culminam em

atos violentos. Por conseguinte, a família tende a reproduzir as questões de gênero na dinâmica da violência.

Moscovici (2012) referiu que as representações não são criadas isoladamente por apenas uma pessoa, além disso, após serem criadas, vão adquirindo vida própria, circulando, se encontrando, se atraindo e se repelindo, o que oportuniza o nascimento de novas representações, assim como as velhas representações morrem. Daí decorre a necessidade de começar com aquela, ou aquelas, das quais ela nasceu para compreender e explicar uma representação.

A construção do objeto de pesquisa com base na TRS consiste no processo decisório de transformar conceitualmente um fenômeno do universo consensual em um problema do universo reificado e, a partir daí, requer a seleção dos recursos teóricos e metodológicos a serem adotados para solucionar o problema (SÁ, 1998).

Portanto, no contexto das representações sociais deve ser realizada a distinção entre o universo consensual e o universo reificado. No universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, oportunizando que todas elas possam falar representando o grupo. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes e seus membros são desiguais. Somente a competência adquirida a partir do embasamento da ciência determina sua participação mediante seu mérito (MOSCOVICI, 2012).

Nessa perspectiva, “a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (MOSCOVICI, 2012, p.54). Nesse contexto, a dinâmica das relações constitui uma dinâmica de familiarização, na qual os objetos, pessoas e acontecimentos passam a ser percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas, tendo como resultado a memória que prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade (MOSCOVICI, 2012).

Baseando-se na perspectiva psicossociológica, as representações sociais possuem três dimensões relacionadas à formação do conteúdo da representação e ao contexto social em que o sujeito está inserido: **atitude** que consiste na tomada de posição sobre um objeto, expressando uma resposta organizada e latente, ou seja encoberta; **informação** que decorre do conhecimento que o sujeito possui sobre o objeto social, contemplando os aspectos qualitativo e quantitativo; e **campo da representação** definido como uma estrutura responsável pela organização, estruturação e hierarquização dos elementos da informação que são apreendidos e reelaborados pelos sujeitos. Assim, a análise dessas dimensões

possibilita a descrição das linhas sociais de separação dos grupos, a partir da comparação do conteúdo das representações (SANTOS, 2005).

No estudo, como propomos trabalhar na perspectiva da abordagem psicossocial, este campo representacional estrutura a atitude da(o)s participantes e a informação que esta(e)s têm sobre a violência de gênero, possibilitando-nos definir a partir da sua inserção social definido pelo vínculo familiar, idade, escolaridade e religião, como os conteúdos das representações podem ser comparados entre os diferentes grupos que se estabelecem nesse contexto.

As representações são criadas por dois mecanismos: o primeiro se refere à ancoragem que consiste no processo de transformar algo estranho e perturbador, intrigante, num sistema particular de categorias, comparando-o com um paradigma de uma categoria que nosso pensamento julga ser apropriada, visando colocá-las em um contexto familiar a partir de uma classificação. E o segundo mecanismo é a objetivação que busca transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferindo-o do pensamento para algo que existe no mundo físico. A objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade (MOSCOVICI, 2012).

A opção de analisar o fenômeno da violência sob a ótica das representações busca descartar definições abstratas, o que remete à relatividade do conceito que está relacionado com a multiplicidade de valores orientadores de conduta, somado ao fato de que as representações não são independentes do campo social no qual são construídas. Nesse sentido, será percebida uma variação a partir do momento em que as pessoas nomeiem aquilo que consideram violência a partir das representações que fazem do fenômeno, variando da mesma forma segundo a natureza da sociedade na qual o fenômeno está sendo definido (PORTO, 2009).

Para a autora, a inserção social das pessoas readquire relevância, pois as representações sociais são passíveis de distinções, em função dos diversos pertencimentos socioculturais e econômicos, onde estão inseridas as pessoas e os grupos.

Uma das principais vantagens da TRS foi explicitada por Oliveira e Werba (2013, p. 107), como:

[...] sua capacidade de mostrar uma realidade, um fenômeno que existe, do qual muitas vezes não nos damos conta, mas que possui grande poder mobilizador e explicativo, tornando-o necessário, por isso, estudá-lo para que se possa compreender e identificar como ela atua na motivação das pessoas ao fazer determinado tipo de escolha como ter algumas ações, por exemplo, pois na maioria das vezes a prática de determinadas ações

decorre de razões afetivas, simbólicas, míticas, religiosas, racionais ou cognitivas. A teoria das representações sociais chama a atenção a essa realidade e tenta mostrar a importância de se conhecer essas representações para se compreender o comportamento das pessoas [...].

Entendemos que ao oportunizar espaço para os familiares de mulheres em situação de violência de gênero apresentarem suas representações em relação à violência no espaço doméstico, buscamos uma aproximação da realidade, a partir da compreensão de questões sociais, culturais, históricas e ideológicas que permeiam este universo, além das repercussões da violência para a saúde da mulher e para a dinâmica familiar, bem como o comportamento apresentado a partir dessa convivência. Assim, precisamos considerar o contexto social que permeia e influencia as relações sociais, para delinear uma prática de cuidado mais direcionada à realidade vivenciada.

Nesse sentido, a apreensão das representações dos familiares sobre a violência de gênero poderá nortear a elaboração de políticas públicas pela gestão municipal em saúde, bem como redirecionar a prática da(o)s trabalhadora(e)s da ESF no enfrentamento da violência de gênero, na perspectiva de alcançar a integralidade do cuidado ao permitir uma aproximação do seu contexto social.

As abordagens complementares à grande teoria são contempladas na vertente comum da perspectiva de Moscovici e não se constituem como alternativas a esta, mas se propõem à complementação, através das contribuições de Denise Jodelet, Willem Doise e Jean-Claude Abric (SÁ, 1998).

Jodelet enfatiza os discursos das pessoas e grupos que propiciam a manutenção das representações, dos comportamentos e das práticas sociais nas quais estas são manifestadas; a perspectiva teórica de Doise trata mais diretamente das condições onde são produzidas e circuladas as representações sociais, considerando a posição ou inserção social dos indivíduos e grupos como determinante principal de suas representações; e a perspectiva de Abric foi a única que se formalizou como uma teoria, denominada de teoria do núcleo central (SÁ, 1998).

Por fim, quatro funções da representação social se destacam ao reconhecermos que esta reúne conceitos articulados, originados nas práticas sociais e diversidades dos grupos com o intuito de dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas destes grupos (SANTOS, 2005), a seguir explicitadas a partir do exposto pela autora:

Função de saber: a representação social permite a explicação, compreensão e sentido à realidade social. Reportando-nos ao contexto do estudo, as representações sociais construídas pelos familiares, permitiram que a violência de gênero no contexto das relações familiares fossem explicadas, compreendidas, tornando-a familiar no âmbito do senso comum.

Função de orientação: a representação social guia as condutas, orientando as práticas sociais ao preceder o desenvolvimento da ação. Contudo, ao mesmo tempo em que ela é gerada nas práticas sociais, recebe influência dos condicionamentos inerentes à evolução dessas práticas em determinada sociedade.

No estudo, esta função é observada ao entendermos que as representações sociais são responsáveis em direcionar o comportamento dos familiares na convivência com a situação de violência, seja desenvolvendo ações de enfrentamento, seja auxiliando a mulher e até mesmo orientando o que deve ser feito mediante o vivido da violência de gênero.

Função identitária: no compartilhamento de uma representação social pode ocorrer a definição e diferenciação entre um grupo e outro, o que possibilita uma identidade do grupo e, conseqüentemente a diferenciação entre os grupos. Além disso, ao compartilhar uma representação com determinado grupo o sujeito passa ao grupo de pertença.

No estudo, destacamos que os familiares evangélicos traduziram representações que demarcam a sua identidade grupal a partir do seu vínculo e identidade social com a religião protestante.

Função justificadora: as representações sociais servem para justificar as condutas e os comportamentos frente à determinada realidade.

Assim, destacamos que os comportamentos dos familiares são justificados considerando as representações que estes têm sobre a família, construídas a partir das relações sócio-históricas, dos aspectos cognitivos, afetivos e culturais que envolvem este contexto.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico a TRS que utilizou gênero como categoria analítica.

Segundo Gaskell (2000, p.68), “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão”.

A pesquisa qualitativa possibilita apreender o universo dos significados, percepções, sentimentos, valores e atitudes dos sujeitos sociais, além de permitir compreender um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2010).

Desta maneira, ao optarmos pela abordagem qualitativa, nos preocupamos em compreender os aspectos que permeiam e configuram a violência de gênero, na perspectiva de aprofundar o conhecimento da realidade para além das suas aparências, considerando as representações de familiares de mulheres em situação de violência que convivem na situação de violência.

Nesse sentido, para Denzin e Lincoln (2006) o(a) pesquisador(a) ao empregar a abordagem qualitativa pode ser visto(a) como um(a) *bricoleur*, ou seja, como um(a) confeccionador(a) de colchas, que costura, edita e reúne pedaços da realidade, além de contemplar uma experiência interpretativa inerente a um processo que gera e traz uma unidade psicológica e emocional. Assim, esse aspecto interpretativo ao envolver essa unidade emocional constitui um avanço da pesquisa qualitativa ao permitir uma explicação mais aproximada da realidade subjetiva.

Ainda para estas autoras, a competência da pesquisa qualitativa está relacionada ao mundo da experiência vivida, onde se entrecruzam a crença individual, a ação e a cultura. Nesse modelo, não existe preocupação com o discurso e o método como práticas interpretativas materiais, uma vez que estes constituem a representação e a descrição.

4.2 LOCAIS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa teve como campo o município de Jequié, localizado na região Sudoeste do Estado da Bahia, a 360 km da cidade de Salvador, ligado à capital do Estado pela BR 116 e ao Sul do Estado pela BR 330 e BR 101, com uma extensão territorial de 3.227,343 km² e população de 151.895 habitantes, com 78.283 mulheres e 73.612 homens. Para 2014, a população estimada é de 161.150 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) no ano de 2010 foi de 0,665 (IBGE, 2014).

As atividades econômicas do município de Jequié são distribuídas entre agricultura, pecuária, comércio e indústria, apresentando Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes de R\$ 12.114, 90 e Índice de Gini que calcula a desigualdade de renda de 0,49 (IBGE, 2014).

Reportando-nos ao contexto histórico, vale ressaltar que Jequié se desenvolveu a partir de movimentada feira que atraía comerciantes de todos os cantos da região, no final do século XIX, originando-se da sesmaria do capitão-mor João Gonçalves da Costa, que sediava a Fazenda Borda da Mata, posteriormente vendida a José de Sá Bittencourt. Após a sua morte, em 1789, a fazenda foi dividida em vários lotes entre os seus herdeiros; dentre desses lotes, um foi denominado Jequié e o outro Barra de Jequié. Em pouco tempo, Jequié tornou-se distrito de Maracás, e dela se desmembrou, tendo como primeiro intendente (prefeito) Urbano Gondim (JEQUIÉ, 2014).

A partir de 1910 tornou-se cidade, transformando-se em um dos maiores e mais ricos municípios baianos. Pequenas embarcações desciam transportando hortifrutigranjeiros e outros produtos de subsistência pelo curso navegável do Rio das Contas e no povoado, os mascates iam de porta em porta vendendo artigos trazidos de cidades maiores, com destaque para a organização da feira livre da cidade (JEQUIÉ, 2014).

Ressaltamos que o nascimento da cidade está relacionado ao ambiente rural e à diferenciação de classes, coadunando com o exposto por Ohara e Concone (2010) de que a família brasileira resultou de transplantação e adaptação da família portuguesa ao ambiente colonial nacional, com um modelo de características patriarcais e tendências conservadoras instalando-se nas regiões de implantação das grandes unidades agrárias de produção, engenhos de açúcar e grandes fazendas.

Atualmente, o município de Jequié possui 85 estabelecimentos de saúde, conforme dados do IBGE (2014). A gestão municipal de saúde se estrutura a partir da atenção básica e, no contexto atual, estão em funcionamento 19 Unidades de Saúde da Família (USF),

contemplando 17 USF na zona urbana, destas nove USF possuem equipes duplas e oito USF possuem equipe única, e duas USF na zona rural, ambas de equipe única, totalizando 25 equipes da ESF, conforme tabela a seguir.

TABELA 1 - Relação das USF, do número de ESF com respectivos números de famílias cadastradas e população total, do PSF de Jequié-BA, 2014.

Nome da Unidade	Nº de ESF	Nº de Famílias cadastradas	População total	Localização
USF Amando Ribeiro Borges	02	1.213	4.712	Zona Urbana
USF Antônio Carlos Martins	01	938	3.543	Zona Urbana
USF Aurélio Sciarretta	02	1.495	5.510	Zona Urbana
USF Gilson Pinheiro	01	918	3.608	Zona Urbana
USF Giserlando Biondi	02	1.641	6.199	Zona Urbana
USF Hosanah Michelli Tolomei	01	654	2.122	Zona Urbana
USF Ildefonso Guedes de Araújo	01	1.047	3.799	Zona Urbana
USF Isa Cléria Borges	02	1.754	6.592	Zona Urbana
USF Isabel Andrade	01	984	3.381	Zona Rural
USF João Caricchio Filho	01	122	186	Zona Urbana
USF José Maximiliano H. Sandoval	02	1.421	5.042	Zona Urbana
USF Milton Rabelo	02	1.752	6.460	Zona Urbana
USF Odorico Mota da Silveira	01	1.477	5.676	Zona Urbana
USF Padre Hilário Terrosi	02	1.372	4.252	Zona Urbana
USF Rubens Xavier	02	2.008	7.299	Zona Urbana
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	01	930	3.095	Zona Urbana
USF Tânia Diniz C. Leite de Britto	01	863	3.146	Zona Urbana
USF Virgílio de Paula Tourinho Neto	02	787	2.495	Zona Urbana
USF Waldomiro Borges de Souza	01	820	2.711	Zona Rural

Fonte: Informações obtidas no Núcleo de Informação em Saúde da SMS de Jequié, em Novembro de 2014.

Para a realização do estudo, foram adotados alguns critérios de inclusão no intuito de definir as USF que fariam parte do estudo, a saber: equipe mínima completa, conforme os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo de um ano de experiência; USF onde funcionam equipes duplas e únicas da ESF, da zona urbana.

A aproximação ao cenário da pesquisa ocorreu inicialmente por meio de visita à USF e apresentação da proposta da pesquisa à(s) enfermeira(s) coordenadora(s), de maneira que a(s) mesma(s) pudesse(m) agendar reunião prévia com a(o) ACS mediante disponibilidade da equipe visando explicar a pesquisa e que a(o) ACS pudesse sinalizar os familiares de mulheres em situação de violência com agendamento posterior para acompanhamento da pesquisadora na coleta, mediante a sua disponibilidade. Destacamos que em duas USF o

contato prévio com a enfermeira foi realizado via telefone e que apenas em uma reunião houve a participação da enfermeira.

Dessa forma, a coleta ocorreu nos seguintes locais: USF com equipes duplas (USF Amando Ribeiro Borges - equipe II, USF Virgílio de Paula Tourinho Neto - equipe II, USF Pe Hilário Terrosi - equipe I, USF Aurelio Sciarreta - equipe I e II, USF Milton Rabelo - equipe II, USF José Maximiliano Henriquez Sandoval - equipe II); USF com equipes únicas (USF João Caricchio Filho, USF Gilson Pinheiro, USF Antônio Carlos Martins, USF Hosanah Michelle Tolomei). Desse modo, foram seis USF com equipes duplas, contemplando sete equipes da ESF e quatro USF com equipes únicas, totalizando 11 equipes da ESF.

4.3 COLABORADORA(E)S DA PESQUISA

A(o)s colaboradora(e)s da pesquisa foram familiares de mulheres em situação de violência de gênero, entre esta(e)s, pai, mãe, filha(o)s, irmã(o)s, tia(o), sogra(o), nora, genro, cunhada(o)s, prima(o)s.

Foram escolhidas as famílias cadastradas nas USF de equipes duplas e únicas da zona urbana, considerando que os membros familiares poderiam conviver com a mulher em situação de violência de gênero no mesmo domicílio ou em domicílio próprio, seja diretamente ou não, incluindo as pessoas agregadas.

No que se refere à amostra, aplicamos o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) para 81 familiares de mulheres em situação de violência de gênero e entrevistamos a(o)s 19 familiares que tinham interesse e disponibilidade para participar da pesquisa. Para tanto, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: familiares de mulheres em situação de violência de gênero que residiam no mesmo domicílio da mulher ou em domicílio próprio, cadastrada(o)s na USF selecionada para o estudo, maiores de 18 anos e que tivessem a capacidade de manter a comunicação verbal.

Em relação aos critérios de exclusão, foram excluída(o)s os colaboradora(e)s que estavam com alguma condição de saúde que impediu a sua participação na pesquisa, a exemplo de hospitalização. Na seleção, a(o)s ACS sinalizaram que dois familiares não poderiam participar da coleta de dados, pois estavam hospitalizados.

Após a indicação da(o)s colaboradora(e)s, 11 familiares preferiram que a coleta fosse realizada na USF, para garantir a privacidade e para os demais a coleta de dados foi realizada no domicílio, totalizando 70 participantes.

TABELA 2 – Características sociodemográficas dos 81 familiares de mulheres em situação de violência de gênero, que participaram do TALP e da entrevista, Jequié, 2014.

Características	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Vínculo Familiar - 1º grau				
Mãe	20	27,40	-	-
Pai	-	-	1	12,50
Irmã	17	23,30	-	-
Filha(o)	13	17,80	3	37,50
Vínculo Familiar - 2º grau				
Cunhada(o)	8	10,95	1	12,50
Sobrinha(o)	4	5,48	1	12,50
Tia	3	4,10	-	-
Sogra	1	1,40	-	-
Prima(o)	5	6,84	2	25,00
Nora	2	2,73	-	-
Idade				
18 a 39 anos	44	60,27	7	87,50
40 a 73 anos	29	39,72	1	12,50
Escolaridade				
Não alfabetizada(o)	8	10,96	-	-
Ensino Fundamental Incompleto	19	26,02	3	37,50
Ensino Fundamental Completo	5	6,85	-	-
Ensino Médio Incompleto	8	10,96	-	-
Ensino Médio Completo	21	28,77	4	50,00
Ensino Superior Incompleto	8	10,96	1	12,50
Ensino Superior Completo	4	5,48	-	-
Raça/Cor				
Preta	9	12,33	-	-
Parda	47	64,38	6	75
Branca	16	21,92	2	25
Indígena	1	1,37	-	-
Situação conjugal				
Solteira(o)	27	36,99	3	37,50
Casada(o)	27	36,99	4	50,00
União consensual	10	13,70	1	12,50
Viúva	5	6,85	-	-
Desquitada	1	1,36	-	-
Divorciada	3	4,11	-	-
Religião				
Católica	25	34,25	4	50,00
Evangélica	34	46,57	2	25,00
Acredita em Deus, mas não tem religião	12	16,44	2	25,00
Outras	2	2,74	-	-
Total	73	100	8	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As características demográficas retratam que a maioria dos familiares é do sexo feminino 73 (90,12%) e apenas 8 (9,88%) do sexo masculino, mostrando que a mulher está mais disponível para a interlocução com a equipe da ESF.

A maioria tinha vínculo familiar de primeiro grau, com destaque para as mães: 20 (27,40%). Das mulheres, 44 (60,27%) encontravam-se na faixa etária entre 18 e 39 anos e 29 (39,72%) tinham idade de 40 a 73 anos. Em relação à raça, 56 (76,71%) se autodeclararam negras, e em relação à educação, 29 (39,73%) cursaram o ensino médio. No que se refere à situação conjugal, 37 (50,69%) viviam em união estável e em relação à religião, 34 (46,57%) eram evangélicas.

Dos homens, 7 (87,50%) se encontravam na faixa etária entre 18 e 39 anos, 6 (75,00%) se autodeclararam negros e 4 (50,00%) cursaram o ensino médio. No que se refere à situação conjugal, 5 (50,00%) viviam em união estável, 2 (25,00%) e 2 (25,00%) eram evangélicos e acreditavam em Deus, mas não tinham religião, respectivamente.

TABELA 3 – Características econômicas dos 81 familiares de mulheres em situação de violência de gênero, que participaram do TALP e da entrevista, Jequié, 2014.

Características econômicas	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
Ocupação/Profissão				
Do lar	27	36,98	-	-
Aposentada	3	4,11	-	-
Pensionista	1	1,37	-	-
ACS	7	9,59	1	12,50
Saladeira	1	1,37	-	-
Autônoma(o)	1	1,37	1	12,50
Desempregada	3	4,11	-	-
Ajudante de biscoito caseiro	1	1,37	-	-
Promotora de vendas	1	1,37	-	-
Empregada doméstica	3	4,11	-	-
Comerciária(o)	4	5,48	2	25,00
Assistente de motorista	-	-	1	12,50
Estudante	6	8,22	-	-
Professora	2	2,74	-	-
Balconista	2	2,74	-	-
Secretária	5	6,85	-	-
Assistente Administrativa	1	1,37	-	-
Merendeira	1	1,37	-	-
Motorista	-	-	1	12,50
Representante	1	1,37	-	-
Serviços Gerais	1	1,37	-	-
Supervisor	-	-	1	12,50
Operária	2	2,74	1	12,50
Renda Familiar				
Sem Renda Fixa	18	24,66	-	-
Até 1 Salário Mínimo	30	41,09	3	37,50
De 1 a 3 Salários Mínimos	22	30,14	4	50,00
De 3 a 5 Salários Mínimos	3	4,11	1	12,50
Bolsa Família				
Sim	17	23,29	-	-
Não	56	76,71	8	100,00
Total	73	100	8	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Sobre a renda familiar, 30 (41,09%) das mulheres percebiam até um salário mínimo e 56 (76,71%) não eram contempladas com bolsa família. Contudo, 17 (23,29%) recebiam o benefício, o que nos leva a inferir que esse benefício percebido pelo familiar poderá contribuir como ajuda para que a mulher não dependa exclusivamente do homem e enfrente a situação de violência. Entendemos ainda que a saída da violência não depende exclusivamente de ajuda financeira, mas também da consciência da mulher que não quer

mais vivenciar a situação de violência.

Em relação à ocupação, 27 (36,98%) participantes se autodenominaram do lar, o que mostra que a mulher ainda se encontra restrita ao espaço privado do domicílio e quando adentra no espaço público não é bem remunerada.

Já entre os homens, 4 (50,00%) percebiam uma renda familiar de um a três salários mínimos e nenhum recebia bolsa família. Em relação à ocupação, todos trabalhavam e 2 (25,00%) eram comerciários. Estes dados mostram a inserção do homem no espaço público e com melhor remuneração em relação à mulher.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo cumpriu as exigências éticas definidas na Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a).

Após a realização do Exame de Qualificação I, procedemos aos ajustes e submetemos o projeto de pesquisa à tramitação na Plataforma Brasil para análise e monitoramento do Sistema Comitê de Ética em Pesquisa e Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Encaminhamos ofício através da orientadora da pesquisa, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da (PPGENF), UFBA, solicitando anuência ao Secretário Municipal de Saúde de Jequié/BA para realização da pesquisa nas USF já referidas anteriormente.

Após parecer favorável do CEP sob o protocolo n. 456.776/2013, CAEE 23641513.8.0000.5531, entregamos a cópia na Secretaria Municipal de Saúde e após o encaminhamento de uma comunicação interna pelo coordenador da Atenção Básica a todas as USF, realizamos uma visita às unidades, de maneira a explicitar detalhadamente a proposta do estudo e agendar o primeiro encontro para realização da coleta de dados. Solicitamos ainda o acompanhamento pel(a)o Agente Comunitária(o) de Saúde (ACS) para apresentação à família.

Esta pesquisa tomou como base os princípios científicos que a justificam, no intuito de responder ao questionamento proposto, a partir da fundamentação em evidências científicas e na impossibilidade de alcançar o conhecimento pretendido por outros meios, propomos uma aproximação com a(o)s colaboradora(e)s através da nossa vinculação com as USF a partir da atuação como supervisora de Estágio Curricular Supervisionado I em grande

parte das USF da zona urbana e a nossa apresentação à família pela(o) ACS responsável pela microárea, considerando que os benefícios esperados pudessem prevalecer sobre os riscos e/ou desconfortos previstos. Nesse direcionamento, a abordagem qualitativa foi considerada como a mais adequada para as respostas a serem encontradas a partir dos objetivos propostos.

No que se refere aos benefícios, esperamos que o estudo propicie maior compreensão sobre o objeto de estudo, contribuindo para o enfrentamento da violência de gênero.

A participação do(a) colaborador(a) na pesquisa não apresentou riscos físicos, mas em alguns momentos causou desconforto ao falar sobre questões pessoais de sua família, sendo que a(o) participante não foi obrigada(o) a responder as perguntas, principalmente quando considerava ser uma informação muito íntima ou desconfortante ao entender que não devia falar. Para evitar ou minimizar possíveis efeitos ou condições adversas, nos comprometemos a realizar a entrevista em no máximo uma hora, em ambiente reservado e confortável, providenciar uma água ou interromper a entrevista caso o(a) colaborador(a) preferisse.

No caso de algum problema relacionado à participação do(a) colaborador(a) na pesquisa, este(a) teve direito à assistência gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

Durante o primeiro encontro, a(o)s colaboradora(e)s da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, ficando uma com a(o)s colaboradora(e)s e a outra com a pesquisadora que a guardará por cinco anos em segurança. Seguindo as recomendações do CNS, o TCLE continha uma linguagem clara, dados de identificação dos responsáveis pela pesquisa, objetivos, justificativa, local onde a pesquisa seria realizada, os possíveis riscos e os prováveis benefícios; destacando ainda a garantia do sigilo quanto à identidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização da(o)s colaboradora(e)s e o anonimato da(o)s mesma(o)s. No TCLE foram ainda descritos os contatos da pesquisadora para as situações em que a(o)s colaboradora(e)s desistissem da pesquisa em quaisquer de suas fases.

Foi solicitada permissão para gravação das entrevistas, reprodução e divulgação das informações coletadas. Para a garantia do anonimato, utilizamos como caracterização a numeração da família pela ordem crescente de realização da entrevista, a partir do algarismo

arábico 1, seguida do vínculo familiar com a mulher em situação de violência, a exemplo de (Família 1, irmã) e assim sucessivamente.

Buscamos assegurar que os dados obtidos fossem utilizados unicamente para o intuito proposto, não sendo utilizados para outra finalidade que resultem em prejuízos de qualquer ordem para a(o)s colaboradora(e)s da pesquisa durante cinco anos. Contudo, foi solicitada autorização no TCLE para que o banco de dados pudesse ser utilizado posteriormente após esse período para divulgação em revistas científicas e eventos científicos, sendo autorizado por toda(o)s a(o)s participantes.

Ainda atendendo aos preceitos éticos, foram assegurados a(o)s colaboradora(e)s da pesquisa o cuidado integral e a orientação para problemas originários da sua participação neste projeto. Assim, não entrevistamos a(o)s colaboradora(e)s da pesquisa que estavam com algum problema de saúde, ou na presença do agressor ou de qualquer outra pessoa de seu vínculo familiar, sendo que 70 entrevistas foram realizadas no domicílio e 11 na USF, por indicação da(o) participante.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a setembro de 2014, em duas etapas: inicialmente foi aplicada a técnica da evocação livre, através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (APÊNDICE A) para 81 familiares, com cinco estímulos indutores: família, ser mulher, ser homem, violência doméstica e violência doméstica contra a mulher. A escolha desses estímulos teve o intuito de compreender as relações de poder estabelecidas entre a mulher e o homem no contexto da família, traduzidas em representações que se relacionam com a violência.

Após a realização do TALP, procedemos à realização de 19 entrevistas semiestruturadas considerando o interesse, disponibilidade da(o) participante, bem como a saturação empírica dos dados.

A apropriação do teste de evocação aplicado como técnica de coleta de dados nas pesquisas científicas foi motivada inicialmente pela possibilidade de apreender as projeções mentais de forma descontraída e espontânea, desvelando os conteúdos implícitos ou latentes que pudessem ser mascarados a partir das produções discursivas e pelo fato da obtenção do conteúdo semântico de maneira rápida e objetiva, além de reduzir as dificuldades e os limites das expressões discursivas convencionais (OLIVEIRA et al., 2005).

Reportando-nos ao campo das representações sociais, a autora ressalta que a técnica de evocação livre consiste em solicitar que a(o)s colaboradora(e)s produzam todas as palavras ou expressões imaginadas a partir de um ou mais termos indutores, ou ainda em solicitar um número determinado de palavras, e em seguida, hierarquizar estas palavras, colocando na ordem de mais para menos importante.

Conforme nos afirma Gaskell (2000), toda pesquisa com entrevista se constitui em processo social, ou seja, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio principal de troca de ideias e de significados, permitindo que várias realidades e percepções sejam exploradas e desenvolvidas.

A entrevista semiestruturada exige a elaboração prévia de um roteiro preliminar de perguntas com questionamentos básicos com base nas questões e teorias que norteiam o estudo, de maneira a suscitar um amplo campo de questionamentos que surgem no transcurso da entrevista, possibilitando que a entrevistadora agregue novas perguntas ao roteiro com a finalidade de aprofundar e esclarecer aspectos considerados relevantes aos objetivos propostos (FIGUEIREDO, 2008; MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998).

A entrevista foi realizada com o auxílio de um roteiro (APÊNDICE B), constando de duas partes: a primeira referente à caracterização da(o) participante e de dados sociodemográficos e a segunda constituída de uma questão norteadora com relação à vivência da violência doméstica na família, oportunizando a expressão livre da(o) entrevistada(o), com duração média de 40 minutos.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

No estudo, os dados advindos do TALP foram processados estatisticamente através do *software Tri-Deux-Mots* versão 2.2 Cibois de 1995 e analisados com base na Análise Fatorial de Correspondência (AFC), na perspectiva de auxiliar a apreensão dos processos cognitivos inerentes às representações sociais de familiares de mulheres em situação de violência.

Oliveira e Amâncio (2005) enfatizaram que o principal objetivo da análise fatorial consiste em representar um conjunto de variáveis através de um menor número de fatores, também chamados de variáveis hipotéticas no intuito de garantir a maior covariação das variáveis observadas e a combinação linear das variáveis resultantes dos fatores, permitindo dar sentido às combinações que forem obtidas, bem como às variáveis que as constituem.

Após evocação dos familiares, as palavras foram organizadas em cinco dicionários para cada estímulo respectivamente, incluindo todas as evocações agrupadas considerando a frequência de repetição e a similaridade semântica, no qual foi criado um símbolo com até cinco letras que representasse o campo semântico das palavras agrupadas.

Posteriormente, foi construído um banco de dados, constando as variáveis e todas as palavras evocadas, representadas para cada familiar, ou seja, para os 81 familiares que responderam ao TALP. Primeiramente foram colocadas as variáveis fixas que caracterizavam o familiar e permitiam o conhecimento das representações destes familiares a partir do vínculo familiar, idade, religião e escolaridade.

Para a variável fixa *vínculo familiar*, o número um representava os familiares de primeiro grau incluindo pai, mãe, filha(o), irmã(o) e o número dois para os familiares de segundo grau abrangendo tia(o), prima(o), sobrinha(o), cunhada(o), sogra(o), nora e genro.

Para a segunda variável fixa *idade*, foram utilizados os seguintes intervalos: número um para os familiares que tinham idade de 18 a 39 anos, número dois para os familiares que compreendiam a idade de 40 a 73 anos.

Em relação a terceira variável fixa *religião*, foi considerada a seguinte numeração: número um para os familiares católico(a)s, número dois para os familiares evangélicos e número três para outras religiões que contemplava os familiares que acreditavam em Deus, mas não tinham religião e aqueles que frequentavam outras religiões.

No que se refere a quarta variável fixa *escolaridade*, foram adotados os seguintes critérios: número um contemplando os familiares que não eram alfabetizados e os familiares que cursaram até o ensino fundamental e número dois para os familiares que cursaram o ensino médio e aqueles que cursaram o ensino superior.

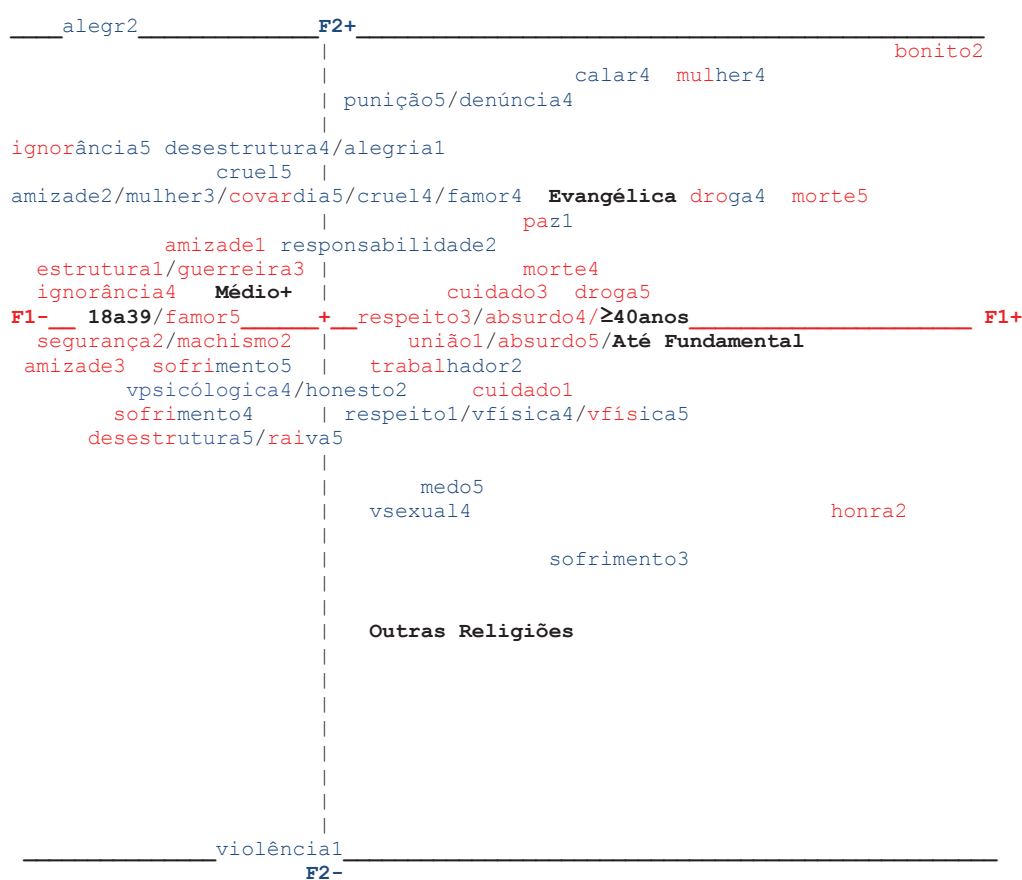
O banco foi organizado em colunas e linhas. As variáveis fixas foram apresentadas em colunas com a inserção de quatro números que correspondiam às variáveis de cada entrevistado e nas linhas foram inseridos os símbolos de cada palavra evocada nos cinco estímulos, finalizando com um asterisco e assim sucessivamente como no exemplo: 1212amor1 respe1 autor1 hones1 hones1 respe2 carat2 hones2 respo2 hones2 respe3 hones3 mulhe3 hones3 amor3 vfisi4 vfisi4 vpsic4 vpsic4 vpsic4 vsexu5 vfisi5 vfisi5 vpsic5 vpsic5*

Este exemplo mostra que esta(e) participante tem vínculo familiar de primeiro grau, representada pelo número 1, tem idade de 40 a 73 anos representada pelo número 2, é da religião católica representada pelo número 1, com escolaridade que compreende o ensino médio e o ensino superior representada pelo número 2, seguida do símbolo criado para as palavras evocadas com a mesma semelhança, acrescido do número do estímulo.

Realizadas estas considerações, os dados deste banco foram submetidos ao processo de AFC, por meio da utilização do *software Tri-Deux-Mots* versão 2.2. A análise e o tratamento dos dados consideraram as respostas que apresentavam frequência igual ou superior a quatro vezes evocações de cada estímulo indutor.

O processo de análise das informações decorrentes do TALP representou graficamente a atração e a oposição entre as variáveis fixas (vínculo familiar, idade, religião e escolaridade) e as variáveis de opinião (palavras evocadas pelos familiares), distribuídas sobre os eixos ou fatores (F1 e F2), conforme a figura 2. Esta representação gráfica do plano fatorial de correspondência retrata como se estruturam as representações sociais de familiares sobre família, ser homem, ser mulher, violência doméstica e violência doméstica contra a mulher.

Figura 2 – Análise fatorial de correspondência das representações sociais de familiares sobre a violência doméstica contra a mulher, Jequié, 2014.



Legenda:

Plano Fatorial	Estímulos Indutores
Fator 1 (F1) = [eixo horizontal – esquerda (negativo) e direita (positivo)].	1 - Família
Fator 2 (F2) = [eixo vertical – superior (positivo) e inferior (negativo)].	2 - Ser Homem
F1(+) Familiares de 40 anos e mais, não alfabetizadas até o ensino fundamental	3 - Ser Mulher
F1(-) Familiares de 18 a 39 anos, com ensino médio ao ensino superior	4-Violência Doméstica
F2(+) Familiares de religião evangélica	5-Violência Doméstica contra a Mulher
F2(-) Familiares que acreditam em Deus, mas não tem religião e de outras religiões.	
Variáveis fixas: vínculo familiar, idade, religião, escolaridade.	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

As palavras representadas no gráfico na cor preta em negrito correspondem às variáveis fixas que demonstraram significância mediante o banco de dados processado, localizada no gráfico considerando o fator de maior contribuição de cada variável, ou seja, maior significância ao fator 1 e maior significância ao fator 2.

As outras palavras apresentadas no gráfico correspondem às representações dos familiares sobre cada estímulo indutor e sua cor foi definida em vermelho ou azul a partir

dos valores relacionados à contribuição do fator (CPF). Dessa maneira, as palavras que tiveram maior índice de CPF para o fator 1 foram pintadas na cor vermelha e as palavras que possuíam maior índice de CPF para o fator 2 foram coloridas na cor azul. As palavras que apresentavam valores de CPF bem próximos, foram pintadas em duas cores (vermelho e azul), o que corresponde a sua contribuição tanto para o fator 1 quanto para o fator 2. A interpretação dos resultados advindos da AFC é apresentada e discutida no primeiro artigo buscando uma articulação com as representações apreendidas das entrevistas.

Para as entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido e propiciar uma comunicação significativa ao alcance dos objetivos propostos (BARDIN, 2011).

Assim, “as diferentes fases da análise de conteúdo são organizadas em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” (BARDIN, 2011, p.125).

A pré-análise constituiu-se na fase inicial que configurou a organização propriamente dita, onde realizamos a leitura flutuante estabelecendo o primeiro contato com as entrevistas transcritas na íntegra, de maneira a conhecer o texto captando as impressões e orientações inerentes ao mesmo, contemplando o *corpus* composto por 19 entrevistas, a partir do objeto e dos objetivos propostos (BARDIN, 2011).

Na exploração do material, procedemos a leituras exaustivas realizando operações de codificação das unidades de registro, considerando a ordem semântica das frases e parágrafos, na perspectiva de descobrir os núcleos de sentido advindos do material empírico cuja presença, ou frequência de aparição tinham significado mediante o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

Para tanto, ainda conforme as orientações de Bardin (2011), realizamos operações de recorte do texto em unidades de registro, construímos o inventário em que agrupamos as frases ou parágrafos que apresentassem unidades de significação pelas representações dos familiares, por representarem um conteúdo temático. Posteriormente, codificamos as unidades de significado para facilitar a contagem.

Em seguida, classificamos e agregamos os dados escolhendo os temas, as subcategorias e categorias empíricas, explicitadas a seguir no quadro 1.

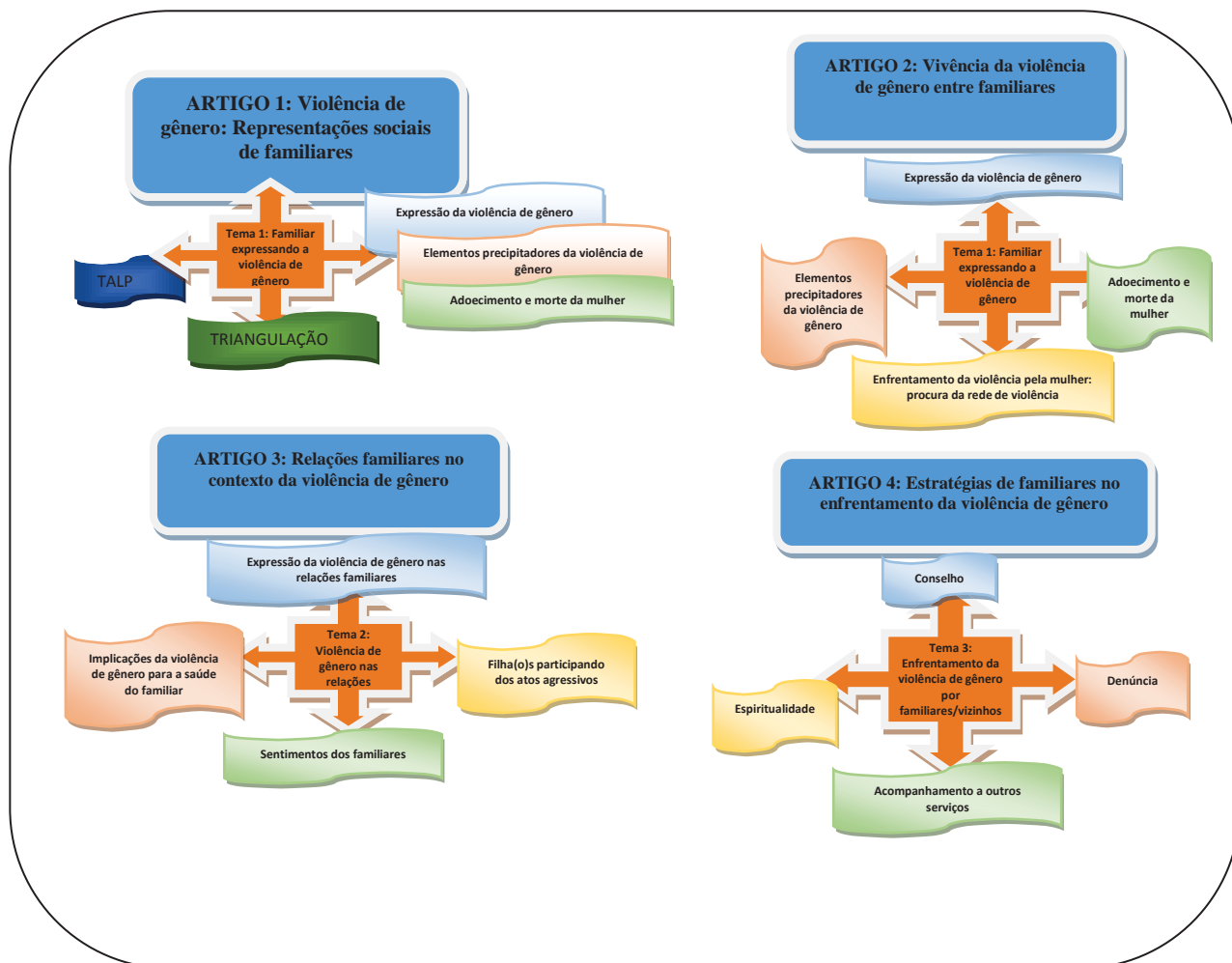
Quadro 1: Distribuição dos temas, categorias e subcategorias.

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Familiar expressando a vivência da violência de gênero	Expressão da violência de gênero	Violência física
		Violência psicológica
	Elementos precipitadores da violência de gênero	Ciúme
		Traição
		Álcool/Drogas
	Adoecimento e morte da mulher	---
Enfrentamento da violência pela mulher: procura da rede de violência	Serviços de saúde	
	Serviços policiais	
Violência de gênero nas relações familiares	Expressão da violência de gênero nas relações familiares	---
	Implicações da violência de gênero para a saúde do familiar	Adoecimento
		Comprometimento para o desenvolvimento biopsicossocial da(o)s filha(o)s
		Gravidez na adolescência; uso de drogas; prostituição da(o)s filha(o)s
	Filha(o)s participando dos atos agressivos	Defesa da mãe
	Sentimentos dos familiares	Tristeza
Impotência		
Medo		
Revolta		
Enfrentamento da violência de gênero por familiares e vizinhos	Conselho	---
	Espiritualidade	---
	Denúncia	Denúncia anônima
		Acompanhamento a mulher à delegacia/serviço policial
	Acompanhamento a outros serviços	Serviços de Saúde
		Conselho Tutelar
		Instituições Fechadas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A figura 3 tem o propósito de demonstrar como procedemos na organização dos dados para a construção dos artigos.

Figura 3: Diagrama ilustrativo da construção dos artigos.



Do tema “familiar expressando a vivência da violência de gênero”, emergiram quatro categorias e as subcategorias respectivas: 1) Expressão da violência de gênero (violência física e violência psicológica), 2) Elementos precipitadores da violência de gênero (ciúme, traição e álcool/drogas), 3) Adoecimento e morte da mulher, 4) Enfrentamento da violência pela mulher: procura da rede de violência (serviços de saúde e serviços policiais) apresentadas e discutidas no segundo artigo.

Do tema “violência de gênero nas relações familiares”, emergiram quatro categorias e as subcategorias, a saber: 1) Expressão da violência de gênero nas relações familiares, 2) Implicações da violência de gênero para a saúde do familiar (adoecimento, comprometimento para o desenvolvimento biopsicossocial da(o)s filha(o)s e gravidez na adolescência; uso de drogas; prostituição da(o)s filha(o)s), 3) Filha(o)s participando dos atos

agressivos (defesa da mãe), 4) Sentimentos dos familiares (tristeza, impotência, medo, revolta, vergonha) apresentadas e discutidas no terceiro artigo.

Do tema “enfrentamento da violência de gênero por familiares e vizinhos”, emergiram quatro categorias e suas respectivas subcategorias: 1) Conselho, 2) Espiritualidade, 3) Denúncia (denúncia anônima, acompanhamento a mulher à delegacia/serviço policial), 4) Acompanhamento a outros serviços (serviços de saúde, conselho tutelar e instituições fechadas), apresentadas e discutidas no quarto artigo.

Na fase de interpretação e discussão foram estabelecidas relações críticas entre as falas da(o)s colaboradora(e)s, explícitas e implícitas, o contexto científico, a partir da categoria analítica gênero, embasando-se em teórica(o)s que versam sobre a temática, buscando apreender as representações sociais inerentes às falas.

5 RESULTADOS – ARTIGOS

5.1 VIOLÊNCIA DE GÊNERO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES

O artigo “Violência de gênero: representações sociais de familiares” foi elaborado a partir das instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editores do periódico Interface - Saúde, Educação, Comunicação, órgão oficial de publicação da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu e Instituto de Biociências de Botucatu), disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2014.

“Violência de gênero: representações sociais de familiares”Vanda Palmarella Rodrigues¹Normélia Maria Freire Diniz²

Correspondência

Vanda Palmarella Rodrigues

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié

Av. José Moreira Sobrinho, s/n

Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190

vprodrigues@uesb.edu.br

VIOLÊNCIA DE GÊNERO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES¹

SOCIAL REPRESENTATIONS ON THE FAMILY OF GENDER-BASED VIOLENCE

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS FAMILIARES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Vanda Palmarella Rodrigues², Normélia Maria Freire Diniz³

¹Trabalho extraído da tese: “Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

²Doutora em Enfermagem PPGENF/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Departamento de Saúde II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: vprodriques@uesb.edu.br

³Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: normeliadiniz@gmail.com

VIOLÊNCIA DE GÊNERO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES

GENDER VIOLENCE: SOCIAL REPRESENTATIONS OF FAMILY MEMBERS

VIOLENCIA DE GÉNERO: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FAMILIARES

RESUMO: objetivou-se analisar as representações sociais de familiares sobre a violência de gênero. Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Participaram do teste de associação livre de palavras 81 familiares de mulheres em situação de violência de gênero cadastrados em Unidades de Saúde da Família de Jequié - Bahia. Os dados foram submetidos à análise fatorial de correspondência no *software Tri deus mots*. A representação de familiares sobre a violência de gênero encontra-se ancorada nas relações desiguais de gênero, observadas na hierarquia das relações sociais estabelecidas entre a mulher e o homem legitimando a violência de gênero. Os familiares mais jovens destacaram as atitudes machistas e os de 40 anos ressaltaram o papel cuidador da mulher. Os evangélicos enfatizaram a subalternidade da mulher e os de outras religiões o sofrimento. Ressaltamos a necessidade de mudança nas ações assistenciais dos serviços da rede de violência considerando essas representações.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da Família. Gênero e Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT: we aimed to analyze the social representations of family members about gender violence through a qualitative study using the Social Representation Theory. Eighty relatives of women in gender violence situation registered in Family Health Units of Jequié - Bahia - participated of the free words association test. The data were submitted to the correspondence factorial analysis in the Tri-deux-mots software. The representation of the relatives on gender violence is rooted in unequal gender relations, observed in the hierarchy of social relations between women and men legitimizing gender violence. Younger relatives highlighted sexist attitudes and 40 years old highlighted the caregiver role of women. Evangelists emphasized the subordination of women and those of other faiths the suffering. We stress the need for change in the health care activities of the anti-violence services' network considering these representations.

Keywords: Violence against women. Family Health. Gender and Health. Nursing.

RESUMEN: se objetivó analizar las representaciones sociales de familiares sobre la violencia de género. Investigación cualitativa fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Participaron del test de asociación libre de palabras 81 familiares de mujeres en situación de violencia de género inscritos en Unidades de Salud de la Familia de Jequié - Bahia. Los datos fueron sometidos a análisis factorial de correspondencia en el *software Tri deus mots*. La representación de familiares sobre la violencia de género se encuentra anclada en las relaciones desiguales de género, observadas en la jerarquía de las relaciones sociales establecidas entre la mujer y el hombre legitimando la violencia de género. Los familiares más jóvenes destacaron las actitudes machistas y los de 40 años resaltaron el papel cuidador de la mujer. Los evangélicos enfatizaron el papel

subalterno de la mujer y otras religiones el sufrimiento. Resaltamos la necesidad de mudanza en las acciones asistenciales de los servicios de la red de violencia considerando esas representaciones.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Salud de la Familia. Género y Salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A violência de gênero é permeada pela hegemonia do poder masculino inerente às relações entre mulheres e homens, pela subalternidade feminina, baseada na hierarquia de gênero, pelas imagens que reproduzem os papéis sociais que definem o ser mulher e o ser homem, pela presença invisibilizada das violências nas relações familiares e sociais e pelas dissimetrias que determinam as normas e regras sociais em relação aos comportamentos de mulheres e homens⁷.

Um estudo realizado a partir de dados de 66 países estimou que um em cada sete homicídios de mulheres (13,5%) é cometido por um parceiro íntimo². Das notificações de casos de violência no Recife (PE) em 2012, 67,3% foram de pessoas do sexo feminino, de 20 a 39 anos (36,5%), destacando o cônjuge como o principal agressor nas violências física (17,5%) e psicológica (27,5%)³.

Estes dados de abrangência internacional e nacional reafirmam as relações de poder do homem sobre a mulher naturalizadas cotidianamente, perpetuando assim a violência de gênero. Para Bourdieu⁴, a justificativa das diferenças biológicas para a construção social desigual entre a mulher e o homem, confirmam a dominação masculina. Nessa perspectiva, gênero é uma primeira forma de significar as relações de poder ao ser definido como elemento integrante das relações sociais fundado sobre as diferenças construídas entre os sexos⁵.

A categoria sociológica gênero ao buscar explicar a violência contra a mulher permite a abordagem da diversidade dos processos de socialização de homens e de mulheres, contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que naturalizou as desigualdades entre os sexos, determinando implicações que impactam na vida e nas relações entre as pessoas seja no âmbito individual, seja no coletivo, o que distancia a mulher de sua emancipação social⁶. A violência de gênero é motivada pelas expressões de desigualdades entre o ser mulher e o ser homem, tendo início nas relações familiares¹.

Este estudo tem como objeto as representações sociais de familiares de mulheres sobre a violência de gênero, fundamentando-se na Teoria das Representações Sociais (TRS) ao considerar que todas as interações humanas pressupõem e caracterizam representações; por isso, a natureza da mudança é importante pela qual as representações sociais têm a capacidade de influenciar o comportamento de um(a) participante de uma coletividade, tendo visibilidade quase como que objetos materiais, pois eles são o produto de nossas ações e comunicações⁷.

Entendemos que ao oportunizar espaço para os familiares de mulheres em situação de violência expressar a violência de gênero, buscamos uma aproximação da realidade, a partir da compreensão de questões sociais, culturais, históricas e ideológicas que permeiam este universo, bem como o comportamento desses familiares a partir dessa convivência.

Desse modo, torna-se necessário que a(o)s trabalhadora(e)s de saúde fiquem mais atentos a essas representações com a finalidade de reconhecer a violência de gênero como um problema de saúde pública, na perspectiva de subsidiar a compreensão do cuidado em saúde, ao retratar as nuances que permeiam este contexto.

Pretendemos com esta pesquisa contribuir para o embasamento de ações de ensino, pesquisa e extensão de cursos da área de educação e de saúde, no desenvolvimento de ações educativas e de formação em saúde que subsidiem a prática profissional para o enfrentamento da violência de gênero no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando superar as desigualdades de gênero estabelecidas socialmente, da necessidade de contemplar a família nas ações desenvolvidas para a mulher em situação de violência e as políticas públicas em especial a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

O objetivo deste artigo é analisar as representações sociais de familiares sobre a violência de gênero, o que contribui para esclarecer as atitudes na vivência da violência na família, a partir da sua inserção nesse contexto social.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa realizada com 81 familiares de mulheres em situação de violência de gênero cadastrados em 10 Unidades de Saúde da

Família (USF) do município de Jequié, localizado no interior do estado da Bahia, entre a(o)s quais: mãe, pai, irmã(o), filha(o), sogra, prima(o), nora, genro, cunhada(o). Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2014, através da aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Dos 81 familiares que participaram do TALP, 19 foram submetidos à entrevista semiestruturada, no intuito de encontrar os elementos que pudessem reafirmar os resultados advindos do TALP.

A coleta de dados só teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer n. 456.776/2013, CAEE 23641513.8.0000.5531 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os familiares foram selecionada(o)s a partir da indicação dos Agentes Comunitários de Saúde das referidas USF, considerando os seguintes critérios de inclusão: familiares de mulheres em situação de violência de gênero que residem no mesmo domicílio da mulher ou em domicílio próprio, cadastrada(o)s na USF, maiores de 18 anos com ou sem vínculo consanguíneo e com capacidade de manter a comunicação verbal.

O TALP é uma técnica projetiva adequada aos estudos de representações sociais, pois identifica as dimensões latentes pela configuração dos elementos que fazem parte da rede associativa dos conteúdos evocados, evidenciando os universos semânticos pertencentes aos universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos ou grupos⁸.

O local para aplicação do TALP foi escolhido pela(o) participante, ocorrendo individualmente na USF (11) e no domicílio (70), oportunidade em que solicitamos que os familiares falassem cinco palavras para cada um dos cinco estímulos: família, ser homem, ser mulher, violência doméstica e violência doméstica contra a mulher. As variáveis fixas (sociodemográficas) utilizadas foram: vínculo familiar, idade, religião e escolaridade.

Inicialmente, as palavras foram organizadas em cinco dicionários para cada estímulo respectivamente, incluindo todas as evocações, agrupadas considerando a frequência de repetição e a similaridade semântica, no qual foi criado um símbolo com até cinco letras que representasse o campo semântico das palavras agrupadas.

Os dados deste banco foram submetidos ao *software Tri Deux Mots* versão 2.2 Cibois de 1995 e interpretados a partir do processo de Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Este programa configura a análise num gráfico composto por dois eixos F1 e F2, em que são destacadas as palavras que apresentam maior significância entre as atrações e oposições.

A AFC é um método estatístico de análise de dados que demonstra as relações existentes entre as diferentes variáveis de opinião e sociodemográficas, organizando como se posicionam os sujeitos na construção dos fatores que serão interpretados sobre o seu significado no contexto dos objetivos do estudo⁹.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em um local que propiciasse conforto e sigilo, indicado pelo familiar, sendo 11 realizadas na USF e oito no domicílio, com duração média de 40 minutos, a partir da seguinte frase disparadora: Fale-me sobre a vivência da violência na sua família.

Os dados que emergiram das entrevistas foram organizados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, procedendo-se inicialmente à pré-análise seguida da codificação dos dados e posteriormente à classificação, estabelecendo os temas, categorias e subcategorias¹⁰, relacionando-as às representações provenientes da AFC e à categoria analítica gênero.

Na perspectiva de garantir o anonimato para a caracterização dos participantes, foi utilizada a numeração da família pela ordem crescente de realização da entrevista, a partir do algarismo arábico 1, seguida do vínculo familiar com a mulher em situação de violência, a exemplo de (Família 1, irmã) e, assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 81 familiares, 73 (90,12%) eram do sexo feminino e 8 (9,88%) eram do sexo masculino.

Do total de mulheres, 44 (60,27%) encontravam-se na faixa etária entre 18 e 39 anos e 29 (39,72%) estavam na faixa etária de 40 a 73 anos; 56 (76,71%) se autodeclararam negras, 32 (43,83%) não eram alfabetizadas e/ou cursaram até o ensino fundamental e 41 (56,16%) cursaram do ensino médio ao ensino superior. No que se refere à situação conjugal, 27 (36,99%) e 27 (36,99%) eram casadas, solteiras, respectivamente e em relação à religião, 34 (46,57%), 12 (16,44%) e 2

(2,74%) eram evangélicas, acreditavam em Deus, mas não tinham religião e tinham outras religiões, respectivamente. Sobre a renda familiar, 30 (41,09%) percebiam até um salário mínimo e 56 (76,71%) não eram contempladas com bolsa família. Em relação à ocupação, 27 (36,98%) participantes se autodenominaram do lar.

Dos homens, 7 (87,50%) se encontravam na faixa etária entre 18 e 39 anos, 6 (75,00%) se autodeclararam negros, 4 (50,00%) cursaram ensino médio e nenhum cursou o ensino superior. No que se refere à situação conjugal, 5 (50,00%) eram casados e 2 (25,00%) e 2 (25,00%) eram evangélicos e acreditavam em Deus, mas não tinham religião, respectivamente. Sobre a renda familiar, 4 (50,00%) percebiam de um a três salários mínimos e nenhum recebia bolsa família. Em relação à ocupação, 2 (25,00%) eram comerciários.

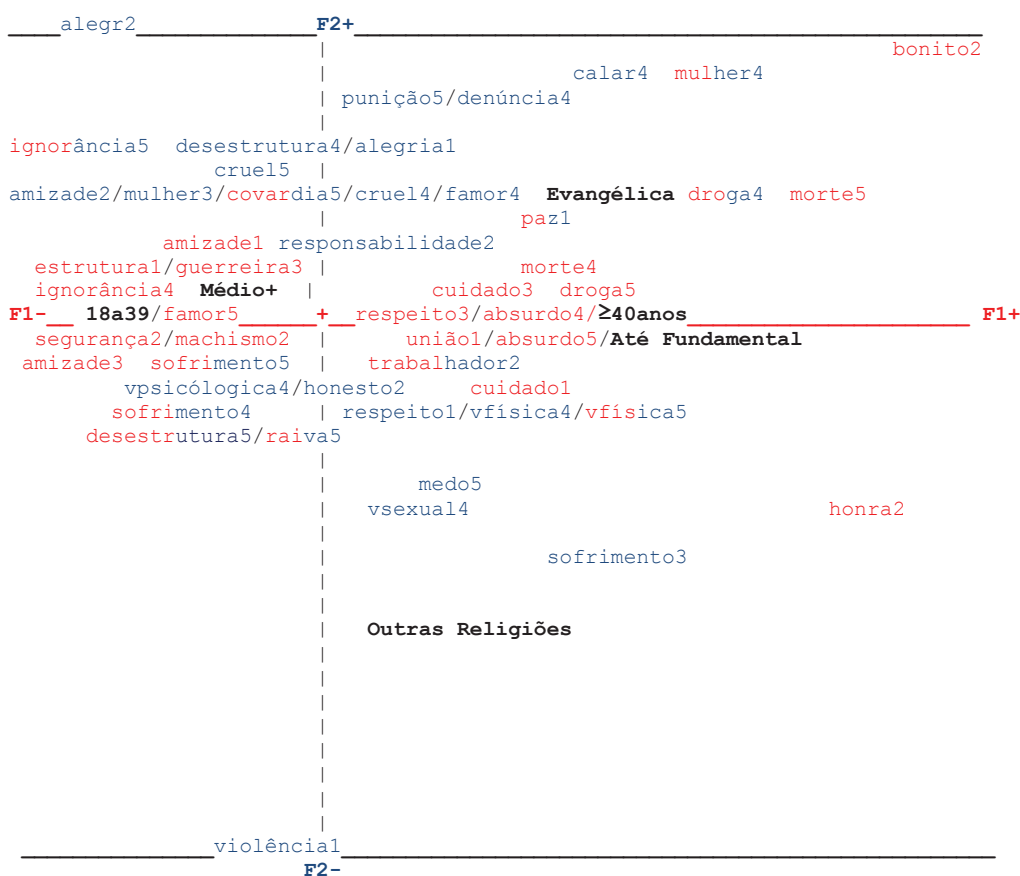
A análise e o tratamento dos dados consideraram as respostas que apresentavam frequência igual ou superior a quatro evocações de cada estímulo indutor. O vínculo familiar não apresentou significância do percentual total de respostas, o que parece demonstrar pensamento uniforme destes familiares sobre o objeto de estudo independente de o vínculo parental ser de primeiro grau (66,70%) ou segundo grau (33,30%).

A religião católica também não apresentou significância do percentual total de respostas, demonstrando pensamento uniforme destes familiares sobre o objeto de estudo independente dos familiares referirem frequentar a religião católica (35,8%), a religião evangélica (44,4%) e os familiares de outras religiões somados àqueles que acreditavam em Deus, mas não tinham religião, totalizando (19,8%).

Foram evocadas 2024 palavras pelos 81 familiares constituintes da amostra, sendo computadas 123 palavras diferentes. O fator 1 (F1) representado na linha horizontal, traduz as mais fortes representações e explica 51,3% da variância total de respostas e ao somarmos este valor com o percentual de 20,2% referente ao fator 2 (F2), representado no gráfico na linha vertical do plano fatorial, o estudo alcança 71,5% de variância total das respostas, com alta significância.

Na análise, nos baseamos nas palavras evocadas ou representadas, configuradas no gráfico nos dois eixos ou fatores opostos que apresentam um número correspondente ao estímulo aplicado e as variáveis fixas destacadas em negrito, conforme observado na Figura 1.

Figura 1 – Análise fatorial de correspondência das representações sociais de familiares sobre a violência doméstica contra a mulher, Jequié, 2014.



Legenda:

Plano Fatorial	Estímulos Indutores
Fator 1 (F1) = [eixo horizontal – esquerda (negativo) e direita (positivo)].	1 - Família
Fator 2 (F2) = [eixo vertical – superior (positivo) e inferior (negativo)].	2 - Ser Homem
F1(+) Familiares de 40 anos e mais, não alfabetizadas até o ensino fundamental	3 - Ser Mulher
F1(-) Familiares de 18 a 39 anos, com ensino médio ao ensino superior	4-Violência Doméstica
F2(+) Familiares de religião evangélica	5-Violência Doméstica contra a Mulher
F2(-) Familiares que acreditam em Deus, mas não tem religião e de outras religiões.	
Variáveis fixas: vínculo familiar, idade, religião, escolaridade.	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Inicialmente, apresentamos as atrações e oposições do fator 1 (F1) e posteriormente, as atrações e oposições do fator 2 (F2).

Em relação ao fator 1 (F1), observamos uma oposição entre a idade e a escolaridade pelos familiares, sendo que as palavras localizadas no lado direito do gráfico (F1+), correspondem às evocações mais frequentes de familiares com idade igual ou maior que 40 anos e que não são alfabetizados ou que possuem até o ensino fundamental completo. Já, as evocações inerentes ao lado esquerdo do eixo das ordenadas (F1-) refletem os universos semânticos referidos pelos

familiares com idade de 18 a 39 anos e escolaridade que contempla o ensino médio e o ensino superior.

A TRS localiza todo conhecimento, partindo do princípio de que os saberes não são sistemas isolados, pois todo saber depende e nasce de um contexto social e psicológico e está enraizado em um modo de vida, o que propicia o ponto de partida para a compreensão de formas específicas de comunicação, de inter-relações, de práticas que formam e transformam os processos psicossociais configurando as representações sociais e outras formas de conhecimento¹¹.

Um sistema de representações é compreendido como um conhecimento socialmente partilhado formado por um conjunto de objetos representacionais, que são constituídos por elementos representacionais. Os objetos e os elementos representacionais presentes nesse sistema estão inter-relacionados de forma que a coerência e o sentido configurem uma rede de significações e símbolos.¹²

Nessa perspectiva, buscamos uma articulação a partir da evocação dos cinco estímulos, que apesar de estarem relacionados a objetos diversos, configuram um sistema de representações, pois estão imbricados formando um sistema de saberes sobre a violência de gênero, que em virtude de sua abrangência e complexidade requer a incorporação de questões relacionadas à família, ao ser homem, ser mulher, violência doméstica e violência doméstica contra a mulher.

Destacamos no eixo (F1+), no lado direito do gráfico que os familiares com idade igual ou superior a 40 anos e escolaridade até o ensino fundamental completo representaram o estímulo 1 (família) pelas palavras: *paz*, *união* e *cuidado*. Esses familiares objetivaram que a família transmite paz, sendo necessária a união e o cuidado na convivência entre seus membros.

A objetivação transforma um conceito em imagem de uma coisa, privilegiando certas informações em detrimento de outras, de maneira a torná-las mais simples e dissociadas de seu contexto original de produção¹³.

Os estudos de representações sociais que utilizam a associação de ideias devem analisar o entendimento dos ajustes feitos nos elementos cognitivos das teorias do senso comum sob a pressão das ações do cotidiano e o papel dos investimentos afetivos, apreendidos a partir das contradições presentes no discurso, que atuam como motores da transformação ou, inversamente, como mecanismos de defesa de identidades ameaçadas¹⁴.

Estes familiares ao idealizarem a família através da convivência familiar permeada pela *paz, união e cuidado*, ancorados nas questões culturais, nos levam a inferir que estas representações estão enraizadas e a idealização da paz e união na família, contribui para o silêncio das relações de violência de gênero vivenciadas no espaço domiciliar direcionadas à mulher, inicialmente pertencentes ao domínio do espaço privado, como explicitado na fala da mãe: [...] *era aquelas briga [sic], aquela falta de união [...] batia nela, aquela violência* (Família 19, mãe).

Este relato evidenciou a relação de violência no cotidiano das famílias, permanecendo no silêncio, o que dificulta a representação da violência como um problema a ser resolvido na esfera pública.

Ressaltamos ainda que esses familiares evocaram elementos das representações sociais ancorando-se nas diferenças sociais estabelecidas entre homens e mulheres que definem o papel de cuidado para a mulher, e para o homem o papel de provedor, destacando o poder do homem e a submissão da mulher nessa relação familiar. Nas entrevistas, uma mãe destacou: [...] *não podia ter a violência contra a mulher, porque a mulher é quem cuida do dia-a-dia de dentro de casa, cuida da família [...]* (Família 14, mãe).

Podemos inferir a partir desse relato que os familiares influenciados pela cultura demonstraram que ao assumir o papel de cuidadora a mulher não pode vivenciar as agressões, idealizando a santificação da mulher como mãe e cuidadora, restrita ao espaço privado, cabendo ao homem o espaço público.

Ao analisarmos o F1(-), observamos que os familiares com idade de 18 a 39 anos e escolaridade de ensino médio a superior representaram o estímulo 1 (família) através das palavras *amizade e estrutura*. No imaginário social desses familiares podemos inferir que a família foi idealizada como estrutura e propicia a amizade entre as pessoas. A representação da família como estrutura está amparada legalmente na Constituição Federal de 1988 que evidencia a família como a base da sociedade¹⁵.

Evidenciamos que apesar de conviverem com as novas configurações familiares na contemporaneidade, as representações dos familiares ancoraram a família na visão tradicional idealizando-a como espaço que deve proporcionar estrutura de cuidado para as pessoas que a integram.

A ancoragem corresponde à incorporação ou assimilação de novos elementos de um objeto baseando-se em categorias familiares e funcionais aos

indivíduos, disponíveis na memória, permitindo ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o a partir dos laços estabelecidos entre este objeto e a sua inserção social¹³.

O estudo sobre representações da família apreendeu que a família é compreendida como um espaço de vivências e construção de relações que por um lado fornece apoio, e por outro lado produz conflitos. No entanto, ao considerarmos que estes conflitos podem ser superados, a família passa a ser concebida como a base de tudo, ou seja, das relações sociais, do desenvolvimento humano e do processo saúde-doença, de forma que está no centro das funções de cuidado, representando o primeiro nível de atenção à saúde¹⁶.

Essa visão tradicional de que a família se constitui como santuário sagrado e base estrutural da sociedade parece gerar uma barreira protetora que invisibiliza a violência no âmbito doméstico¹⁷.

Nessa perspectiva, o relato da prima, demonstrou que os novos arranjos familiares parecem comprometer essa estrutura familiar, principalmente quando a mulher e o homem passam a conviver juntos sem se conhecerem direito.

[...] as pessoas entram nas relações sem se conhecer [sic] direito e daqui a pouco vêm os conflitos e não têm maturidade [...] não têm tolerância, a mulher mal conhece o cara já vai conviver ou vice-versa [...] o homem também, quando começa a descobrir quem é, parte pra agressão [...] (Família 25, prima).

Esse relato destaca as relações entre casais como algo normatizado sem admitir o movimento de construção da relação que produz conflitos e diálogos, precisando ser trabalhado no cotidiano.

As representações inerentes dos dois grupos demonstraram uma atração quando os familiares idealizaram a família ancorada na visão de estrutura familiar e de amizade, mesmo que nas entrevistas esses familiares tenham evidenciado a existência de violência neste espaço.

Em geral, a família é representada através de sentimentos como amor, carinho, felicidade, união, ou seja, idealizada como a família feliz veiculada nos filmes, novelas, livros de histórias, contos de fada, valorizando as formas de interação com base nas relações de amizade, afeto, carinho, por pessoas que tenham um significado na relação de apoio e de troca, independentemente de pertencer à família original, o que pode também ser entendida como uma forma de

proteção contra o sofrimento que a realidade traz, marcada pelas privações, abandono e violência¹⁶.

Dando continuidade à análise do F1(+), os familiares com idade de 40 anos e mais e que cursaram até o ensino fundamental representaram o estímulo 2 (ser homem) objetivado pelas palavras *bonito*, *trabalhador* e *honra*. Para esses familiares o valor dado ao homem se refere aos atributos ancorados no poder simbolizado pela beleza, trabalho e honra.

As representações são sempre produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social, delineando uma relação sutil, entre as representações e as influências comunicativas⁷.

Ainda para esses familiares, o homem assume o papel social de provedor das despesas familiares, também observado nas entrevistas: [...] *ela não trabalhava de jeito nenhum, ele que trabalhava, saía na segunda, chegava na sexta* [...] (Família 16, sogra).

Historicamente, o homem assumiu o papel de prover as necessidades materiais da família constituindo o elemento de maior peso na definição da virilidade. Decorrente disso os homens são os mais afetados quando não conseguem assumir o seu papel social de provedor, ao experimentarem o desemprego por muito tempo, o que gera um profundo sentimento de impotência, por não ter o que fazer. Por conseguinte, este sentimento de impotência pode ser gerador de violência e resultar em impotência sexual¹⁸.

A evocação do termo honra por estes familiares reforça os princípios da cultura da honra, que segue um modelo patriarcal, ao definir que o homem deve zelar pelo comportamento moral e sexual das mulheres¹⁹. No Rio Grande do Sul, o coeficiente de mortalidade feminina por agressão no período de 2003 a 2007 foi de 3,1 óbitos para cada mil mulheres, sendo que neste Estado, a cultura regida pela honra ainda é muito presente²⁰.

Por sua vez, os familiares de 18 a 39 anos e que cursaram do ensino médio ao ensino superior no F1(-) representaram o segundo estímulo (ser homem) pelas palavras *segurança* e *machismo*. As representações dos familiares parecem denotar que apesar das mudanças observadas na contemporaneidade, o homem é visto pela(o)s participantes do estudo como aquele que passa segurança e tem

atitudes machistas, reafirmando as relações hierárquicas entre a mulher e o homem, principalmente no contexto da violência de gênero, também apontado nas entrevistas:

[...] *machismo é gritante, a gente vive num mundo que o homem ele se acha o dono da situação e que mulher tem que obedecer [...] ser submissa, apanhar todo dia, sofrer violência [...]* (Família 17, irmã).

[...] *homens que acha [sic] que a mulher é propriedade dele [...]* (Família 25, prima).

Os familiares expressaram a partir desses relatos que as atitudes machistas ainda são gritantes, pelo fato de o homem sentir-se o dono da situação ou entender que a mulher é propriedade dele, o que legitima sua posição social de superioridade e de seus atos violentos sobre a mulher, convergindo com outros estudos^{16,20,21}.

O patriarcado contemporâneo refere-se a uma hierarquia que não se restringe apenas à relação de poder do homem sobre a mulher, mas que estrutura todos os espaços da sociedade civil, ao manter na sua prática as premissas do pensamento patriarcal tradicional da Idade Média e da modernidade até o século XVII, que definia o poder do pai na família como origem e modelo das relações de poder e autoridade²².

Nesse direcionamento, as representações dos dois grupos evidenciaram oposição na medida em que os familiares de 18 a 39 anos destacaram que as atitudes machistas são configuradas através de questões desiguais de gênero, o que pode ter sido influenciado pelas discussões que vêm ocorrendo desde a década de 1980 pelo movimento feminista, oportunizando que as pessoas dessa faixa etária e escolaridade, ouçam, discutam e se posicionem sobre a necessidade da conquista da igualdade de direitos entre a mulher e o homem, que, a nosso ver, não se restringe apenas aos direitos constitucionais, mas contempla o respeito, o diálogo e a escuta, bem como conviver com as diferenças e os conflitos.

Em contrapartida, o outro grupo de familiares considerando a sua história de vida e inserção social representou a valorização do poder do homem direcionando para a necessidade de respeitá-lo.

A perspectiva teórica e metodológica delineada a partir da técnica de associação de ideias tem como substrato a inversão da posição do sujeito na questão do conhecimento que transita do papel de observador neutro e passivo,

para um papel central, como formulador de teorias científicas ou de senso comum na criação de uma realidade consensual¹⁴.

Destacamos ainda que a atração observada entre as representações desses dois grupos de familiares sobre o estímulo 2, decorreu dos elementos trazidos por estes ao reafirmarem a manutenção do patriarcado na sociedade contemporânea, visibilizados pela segurança e provimento material do lar.

No eixo F1(+), os familiares com idade de 40 anos ou mais e que cursaram até o ensino fundamental representaram o terceiro estímulo (ser mulher) através da evocação das palavras, *cuidado* e *respeito*, o que pode indicar que a violência está ancorada nas questões culturais ao destacar que a mulher é responsável pelo cuidado, requerendo ainda respeito para ser valorizada socialmente.

As entrevistas reafirmaram este papel social de cuidadora assumido pela mulher, principalmente quando a mãe ressaltou a dedicação da filha ao agressor cumprindo, portanto, o papel social de cuidadora não deixando espaço para a justificativa da ocorrência de agressões, conforme o relato a seguir:

[...] *ela não dá direito nenhum pra ele ser agressivo com ela. Que ela cuida direitinho da casa, dos filho [sic], cuida dele, tem a roupinha limpa [...] vai pro banheiro tomar um banho, a toalhinha dele tá [sic] lá [...]* (Família 14, mãe).

Ao referir sobre o cumprimento das exigências impostas pela sociedade para a mulher cuidar dos afazeres domésticos e principalmente do companheiro, a entrevistada exacerbou questões de gênero e poder nesse contexto. Nessa perspectiva, podemos considerar que a representação da mulher está voltada ao papel de cuidar da família, restrita apenas ao lar. Em contrapartida, os elementos das representações sociais sobre o ser homem, reportam o homem no espaço público.

Algumas formas de controle são aceitas pela mulher e não são vividas como imposição, por fazer parte da identidade de mulher casada, configurando sua restrição ao espaço doméstico pela dedicação exclusiva à família, além de prestar contas ao companheiro de tudo o que acontece em suas vidas²³.

Os familiares desse grupo representaram ainda que o fato de a mulher não cuidar dos afazeres domésticos, era tido como motivo pelo companheiro para agredi-la, reafirmando mais uma vez que, os papéis sociais da mulher e do homem naturalizados socialmente legitimam a violência de gênero.

[...] *ela saía muito, largava as crianças em casa sozinha [sic] [...] [agressor] começava a dizer que ela não fazia as coisas dentro de casa, não lavava as roupa [sic] dele e brigava muito mais ela, batia [...]* (Família 16, sogra).

No F1(-), os familiares de mulheres com idade de 18 a 39 anos e que cursaram do ensino médio até o ensino superior representaram o terceiro estímulo (ser mulher) mencionando as palavras *guerreira* e *amizade*, o que pode indicar que o ser guerreira decorre da luta da mulher para sua inserção no espaço público, diante das hierarquias estabelecidas socialmente que as coloca em posição desfavorável em relação ao homem. Além disso, cabe à mulher agregar as pessoas no espaço da casa pela amizade, ou seja, ao mesmo tempo em que a mulher se encontra no espaço público ela representa a harmonia no espaço privado.

Neste estímulo, as oposições encontradas se referem ao fato de que o primeiro grupo representou uma visão de que esta mulher deve ser submissa ao homem, assumindo os afazeres domésticos no espaço privado e que para o segundo grupo de familiares a mulher busca afirmar seu papel social a partir da sua inserção no espaço público.

Ainda no F1(+), para os familiares de 40 anos e mais e que cursaram até o ensino fundamental, o estímulo 4 (violência doméstica) foi representado pelos seguintes termos: *mulher, droga, absurdo e morte*, o que parece indicar a mulher nesse contexto, tendo a droga como precipitadora de violência e a morte como desfecho dos atos agressivos, o que é considerado um absurdo. Ademais, nas entrevistas também destacamos a morte como desfecho da violência doméstica: [...] *violência doméstica você só espera pela morte, a pessoa só espera qualquer hora no caixão [...]* (Família 06, mãe).

No eixo F1(-), os familiares de 18 a 39 anos e que cursaram do ensino médio até o nível superior representaram o quarto estímulo (violência doméstica) pelas seguintes palavras: *ignorância* e *sofrimento*, que parece indicar que o sofrimento decorreu da ignorância, baseando-se no seu cotidiano, convívio social e senso comum. O sofrimento da mulher foi destacado na fala da irmã: [...] *espancou ela durante o tempo todo que ele viveu com ela, batia muito nela, um sofrimento [...]* (Família 09, irmã).

No âmbito domiciliar, o sofrimento da mulher decorre da vivência da violência física, demonstrando mais uma vez o poder do homem sobre a mulher, o

que pode desencadear adoecimento físico e psíquico da mulher, também observado em outros estudos^{20,24}.

A TRS aborda e esclarece questões complexas sobre a tensão existente entre o universo reificado, representado pela ciência e o universo consensual, representado pelo senso comum, na perspectiva de compreender a cultura moderna, a relação entre linguagem e pensamento e a interatividade entre os indivíduos e seu impacto sobre o meio social, focalizando-se nesses pontos de confluência entre cognição e cultura, ou o indivíduo e o social²⁵.

No F1(+), a(o)s participantes com idade de 40 anos ou mais e escolaridade até o ensino fundamental representaram o estímulo 5 (violência doméstica contra a mulher) pelas palavras: *violência física, absurdo, droga e morte*, o que pode significar que a violência doméstica contra a mulher tem maior visibilidade na violência física, uso de drogas e morte. Essas evocações também se destacaram nas entrevistas ao denotarem a expressão da violência física tendo como fator potencializador o uso de drogas, que pode culminar na morte.

[...] *cachaça e droga, maconha, cocaína, tudo elas usam* [três filhas] [...] *tudo já foi violentada [sic]* [...] *ele tava [sic] no presídio ligou pra ela disse que ia matar quando saísse do presídio, que ia degolar o pescoço dela* [...] (Família 02, mãe).

[...] *ela bebe cachaça e o homem também bebe, o homem também usa droga, ela fica bêbada e o homem doido, bate nela* [...] (Família 06, mãe).

Estes relatos retrataram a vivência da violência física na família motivada pelo uso de drogas, o que impulsiona o homem a agredir a mulher. Essa visão, confirmada em outros estudos^{20-21,26-29}, mostra a associação do uso abusivo de drogas com a violência de gênero.

Além disso, os dois relatos retrataram no contexto da violência de gênero o uso abusivo de álcool e drogas pela mulher e envolvimento com companheiro presidiário.

O estudo constatou que houve associação da violência por parceiro íntimo com o uso de álcool tanto pelo homem quanto pela mulher, aumentando o risco de violência com o etilismo da mulher²⁸.

Vale ressaltarmos que o abuso de álcool e a violência não devem ser abordados como uma relação causal, pois não é a causa da violência sofrida, mas, como um fator que potencializa ou vulnerabiliza as mulheres em contexto violento o

que requer ampliarmos a visão sobre os determinantes socioculturais envolvidos no fenômeno da violência quanto ao abuso de álcool e outras drogas³⁰ de maneira a evitarmos o reducionismo de causa e efeito para um fenômeno tão complexo.

No fator F1(-), os familiares de 18 a 39 anos, com escolaridade do ensino médio ao ensino superior em relação ao estímulo 5 (violência doméstica contra a mulher) evocaram os seguintes termos: *ignorância, covardia, falta de amor, sofrimento, desestrutura* e *raiva*, destacando o sofrimento psíquico proveniente das relações de violência.

O relato da irmã também destacou que a violência doméstica contra a mulher causa sofrimento: [...] *muito sofrimento, tristeza, a mulher fica depressiva, não consegue mais cuidar das suas coisas* [...] (Família 09, irmã).

O adoecimento psíquico da mulher destacado pelo estudo, coaduna-se com os achados da literatura^{21,24}.

Sobre o fator vertical (F2), a análise foi baseada na religião, ocorrendo oposição e atração a partir da AFC entre os familiares da religião evangélica com os familiares de outras religiões. Na parte superior do gráfico que corresponde ao eixo das abscissas (F2+), estão localizadas as evocações dos familiares da religião evangélica e as palavras situadas na parte inferior do gráfico (F2-) correspondem às evocações de familiares que acreditam em Deus, mas não tem religião e de outras religiões.

No fator F2 (+), os familiares de religião evangélica representaram o estímulo 1 (família) pelas palavras: *alegria* e *paz*. Este grupo de familiares também percebeu que a família denota paz e propicia alegria, traduzindo uma idealização de convivência familiar aceitável na sociedade, o que nem sempre acontece como relatou a filha sobre o comportamento agressivo do pai: [...] *já chegava querendo agredir, querendo bater* [...] (Família 03, filha).

A representação social desempenha importantes funções na manutenção da identidade e do equilíbrio sociocognitivo de um grupo, ao mobilizar as defesas frente a irrupção de novidades, temendo que estas venham a constituir-se em uma ameaça ao *status quo*, aos valores dominantes e ao pensamento definido como modelo a ser seguido pelos grupos políticos e religiosos³¹. Por isso, esta idealização parece ter sido influenciada pelos ensinamentos religiosos, o que destaca a sua identidade grupal e reafirma o pertencimento dos familiares a este grupo.

No fator F2(-), os familiares de outras religiões representaram o estímulo 1 (família) pelas palavras *respeito* e *violência*, evidenciando que apesar de ser socializada a ideia de que deve haver respeito entre as pessoas de uma família, ainda ocorre a violência, também observado no trecho a seguir: [...] *Ele bate nela, xinga ela* [...] (Família 07, irmã).

Em relação à violência doméstica, ainda prevalece a ideia de que o domicílio se constitui como espaço privado, o que parece permitir que o homem se respalde nesse pensamento social para exercer a autoridade e o poder sobre a mulher, legitimando a prática da violência³².

As representações dos dois grupos evidenciaram oposições, pois enquanto os primeiros familiares consideraram o ambiente familiar propício à paz, o outro grupo reconheceu que a família constitui-se *locus* para a ocorrência de atos violentos, a partir do que foi apreendido no seu cotidiano, seja pela própria vivência ou pela observação de pessoas com relações de proximidade.

No que se refere ao F2(+), os familiares de religião evangélica representaram o estímulo 2 (ser homem) pela evocação das palavras *alegria*, *amizade* e *responsabilidade*, demonstrando as atitudes aceitas socialmente para o homem, incorporadas e construídas no seu imaginário social, de que o homem deve ser alegre, amigo e demonstrar responsabilidade na família e na sociedade em geral.

No F2(-), em relação ao estímulo 2 (ser homem), o grupo de familiares de outras religiões evocaram as seguintes palavras: *trabalhador* e *honesto*, parecendo denotar que o homem deve ser o provedor das despesas familiares. Logo, trouxeram uma representação ancorada nas questões culturais que dicotomiza os papéis sociais do homem e da mulher, na medida em que o homem trabalha, mantém as despesas e a mulher assume a obrigação com o cuidado, devendo obediência ao mesmo.

Ao analisar as produções científicas sobre as representações sociais de famílias em contexto de vulnerabilidade, pesquisa também constatou que as representações são calcadas em convicções culturais ao definirem o homem como provedor das necessidades da família, em geral, naturalmente violento, apesar de ser a figura de autoridade necessária à preservação da família. As mulheres são associadas basicamente ao papel de ser mãe, ressaltando que nem as transformações ocorridas recentemente na sociedade e na vida das mulheres

foram suficientes para a mudança do papel da mulher como mãe, culpabilizando a ausência da mãe trabalhadora pelos desvios na família¹⁶.

As atrações das representações desses familiares estão ancoradas nas questões de gênero, no primeiro grupo quando o homem foi representado como incapaz de cometer atos violentos contra a mulher tendo responsabilidade, ressaltando não só o papel de provedor, mas do homem digno de caráter; já no segundo grupo, porque mais uma vez esse homem foi localizado no centro das relações familiares a partir do seu papel social de provedor.

No eixo F2(+), para os familiares evangélicos o terceiro estímulo (ser mulher) foi representado pela palavra *mulher*, destacando os atributos de feminilidade e sensibilidade inerentes ao ser mulher, e parece estar bem fortalecido no imaginário social dos familiares do estudo que a inserção da mulher na sociedade está relacionada à sua fragilidade.

[...] *teve o dente já quebrado, foi um murro que ele deu nela, ela é tão frágil, ela não aguenta com ele, porque ele é forte* [...] (Família 07, irmã1).

O estudo mostrou que a fragilidade da mulher exacerbou a sua falta de poder em relação ao homem e sua subalternidade, o que facilitou as agressões no espaço privado.

No F2(-), os familiares de outras religiões representaram o terceiro estímulo (ser mulher) pela palavra *sofrimento*, o que nos leva a inferir que esse sofrimento pode ser expresso pela violência na relação afetiva entre a mulher e o homem, observados no seu cotidiano.

Estas representações destacaram atrações ao considerarem por um lado a fragilidade e por outro lado a opressão e submissão da mulher nas relações afetivas com o homem, o que reafirmou questões de gênero bem evidentes nessas relações.

Os familiares evangélicos representaram o estímulo 4 (violência doméstica) no F2(+) pelos seguintes termos: *denúncia, calar, mulher, desestrutura, cruel, falta de amor e droga*. Ao representarem a violência doméstica, parecem demonstrar que esta ocorreu com a mulher, como ato de crueldade, motivada pela falta de amor, pelo uso de drogas, ocasionando a desestruturação familiar, indicando ainda a necessidade de denúncia no intuito de punir as pessoas que cometeram os atos violentos como criminosos.

O uso abusivo de álcool e drogas pelo companheiro como potencializador da violência de gênero é confirmada em outras pesquisas^{20-21,33-34}. A partir da compreensão de que a violência por parceiro íntimo pode estar intimamente relacionada ao consumo de álcool, além das ações previstas pela Lei Maria da Penha para combater especificamente a violência de gênero, podem ser desenvolvidas outras ações na esfera dos serviços de saúde e de políticas públicas voltadas a este agravo³³.

A desestruturação familiar foi destacada na fala do filho pelo uso de drogas e gravidez na adolescência:

[...] *pode assim provocar danos não só no casal, ou na mulher ou no homem, quanto nos filhos também, e não deixa de ser um reflexo das consequências da violência doméstica [...] uma família destruída, a influência das brigas, pensava logo em esquecer aquele momento e ia me drogar, minha irmã engravidou [...]* (Família 24, filho).

Este depoimento demonstra que a violência atinge não apenas a mulher e o homem, mas principalmente a(o)s filha(o)s, seja pelo uso de drogas, seja pela gravidez na adolescência, desestruturando toda a família, o que converge com outros estudos³⁴.

No F2(-), as representações de familiares de outras religiões sobre o quarto estímulo (violência doméstica) se expressaram a partir dos seguintes termos: *sofrimento, violência física, violência psicológica e violência sexual*. Nesse sentido, podemos inferir que para esses familiares a violência doméstica reforçou a ideia de sofrimento que pode estar relacionado não apenas à pessoa em situação de violência, mas também às repercussões para a sua família, manifestada por meio de violência física, psicológica e sexual.

As representações dos dois grupos abarcaram posicionamentos diferentes, sendo que os familiares de religião evangélica apresentaram os motivos e as iniquidades sociais traduzidas pela desestruturação familiar; já os demais familiares apontaram o sofrimento e como essa violência se expressou no seu dia-a-dia.

No que concerne ao estímulo 5 (violência doméstica contra a mulher) no F2(+), a(o)s participantes de religião evangélica evocaram as palavras: *punição, ignorância, cruel e covardia*, o que nos leva a inferir que para esses familiares, a violência doméstica contra a mulher foi representada pela ignorância do homem

pela covardia e crueldade de seus atos. Por isso, deve ser viabilizada a punição do agressor pelo crime cometido.

O grupo de familiares de outras religiões no F2(-) representou o quinto estímulo (violência doméstica contra a mulher) por *violência física, sofrimento, desestrutura, raiva e medo*, o que aponta para a representação da violência doméstica contra a mulher manifestada pela violência física, gerando sofrimento. Desse modo, a mulher sente tanto a dor física quanto a dor psíquica, e o domicílio em vez de ser o local de proteção transforma-se em espaço de vulnerabilidade às agressões³⁵.

Os sentimentos de medo e raiva podem estar relacionados à situação da mulher, mas também às dificuldades dos familiares para lidarem com as ameaças do agressor e com a situação de desestruturação familiar respectivamente, decorrentes da vivência da violência que atinge não apenas a mulher mas também as crianças, conforme a fala a seguir.

[...] as meninas brinca [sic] [...] às vezes não é nem na aparência, a gente sente pelo olhar, aquele olhar de tristeza [...] (Família 07, irmã2).

Essas representações demonstraram proximidade ao apontar os aspectos destrutivos da violência de gênero, pois se por um lado, os familiares de religião evangélica apresentaram um posicionamento de que a violência é uma ignorância, os atos violentos do agressor são covardes e precisam de punição, por outro, os demais referiram os sentimentos destrutivos relacionados ao envolvimento com a violência de gênero que por sua vez, tem maior visibilidade por meio da violência física, além de fazer alusão ao contexto familiar desestruturado como repercussão da violência.

CONCLUSÃO

As representações sociais sobre a violência de gênero da(o)s participantes deste estudo estão configuradas a partir de um sistema representacional constituído pela inter-relação de vários elementos que norteiam a sua elaboração, sendo que as relações de poder entre o homem e a mulher aparecem como princípios organizadores da violência de gênero a partir das evocações dos grupos.

Estas representações estão ancoradas em questões culturais e nas desigualdades de gênero, mostrando relações de poder entre o homem e a mulher

nas relações afetivas, traduzidas em aspectos destrutivos do vivido da violência, concretizados pelo sofrimento da mulher e de seus familiares.

Ressaltamos que o vínculo familiar em si não foi determinante para a formação de diferentes representações sobre a violência de gênero. Além disso, também parece haver pensamento uniforme entre os familiares da religião católica sobre o objeto de estudo.

Os familiares de 40 anos e mais e com escolaridade até o ensino fundamental representaram a idealização da família denotando paz, união e cuidado na convivência entre seus membros, ancorando-se nas questões culturais que definem os papéis sociais de provedor para o homem e de cuidadora para a mulher, destacando ainda a violência física, a droga e morte no contexto da violência de gênero.

Já os familiares de 18 a 39 anos e com escolaridade até o nível superior representaram a família como a base de tudo, o homem como machista, a mulher com a dupla função de inserção no espaço público e no espaço privado do lar, além das relações desiguais de poder entre a mulher e o homem na vivência da violência de gênero, ao destacarem a ignorância, a covardia e a falta de amor.

Os familiares evangélicos denotaram representações ancoradas nas questões religiosas, trazendo uma família idealizada e atitudes para o homem aceitas na sociedade, a fragilidade da mulher e questões desiguais de gênero traduzidas pela ignorância e covardia do homem nas situações de violência de gênero.

Já as representações dos familiares de outras religiões mostraram a violência na família e o sofrimento da mulher advindo da vivência da violência física, ancorando-se nas questões culturais ao representarem o homem provedor.

A(o)s trabalhadora(e)s de educação e de saúde, devem levar em conta ou estar atentos para essas representações sociais no cuidado às mulheres em situação de violência, no intuito de suscitar reflexões sobre as questões de poder que permeiam o universo da violência de gênero. Além disso, ressaltamos a necessidade de incluir no cuidado à saúde, os familiares de mulheres em situação de violência, de maneira a fortalecê-los como integrantes da rede de apoio à mulher no enfrentamento da violência, trazendo elementos pedagógicos participativos que possibilitem a compreensão da vivência da violência e dos aspectos das políticas públicas.

Por fim, acreditamos que são necessários investimentos na formação em saúde no intuito de instrumentalizar a(o)s profissionais para a atuação com base na violência de gênero, bem como em políticas públicas no sentido de ofertar e/ou reestruturar os serviços de saúde, educação, desenvolvimento social, policiais, jurídicos que atuam na prevenção e combate à violência, para uma prática embasada nas questões de gênero.

REFERÊNCIAS

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc Estado*. 2014; 29(2): 449-69.
2. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013; 382(7): 859-65.
3. Silva MCM, Brito AM, Araujo AL. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saude*. 2013; 22(3):403-12.
4. Bourdieu P. A dominação masculina. 11a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
5. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. Recife: SOS Corpo; 1995.
6. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48): 47-59.
7. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
8. Nóbrega SM, Coutinho MPL. O teste de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA, organizadores. *Métodos de Pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora universitária; 2011. p.95-106.
9. Coutinho MPL, Nóbrega SM, Araújo LS. Software Trideux – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA, organizadores. *Métodos de Pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora universitária, 2011. p.107-47.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Jovchelovitch S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
12. Silva POM, Trindade ZA, Silva Junior A. As representações sociais de conjugalidade entre casais recasados. *Estudos Psicol*, 2012; 17(3): 435-43.
13. Trindade ZA, Santos MFS, Almeida AM. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília, DF: Tecnopolitik; 2011. p.101-21.
14. Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Psicologia social: textos em representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
15. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1998.
16. Carinhanha JI, Penna LHG, Oliveira DC. Representações sociais sobre famílias em situação de vulnerabilidade: uma revisão da literatura. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(4): 565-70.
17. Soares BM. *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
18. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
19. Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(3): 642-53.
20. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Mendes VMMP, Paiva MS, Diniz, NMF, et al. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 735-46.
21. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG, et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(3): 366-72.
22. Fávero MH. *Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações*. Curitiba: Editora UFPR; 2010.
23. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(5): 1293-304.

24. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF, et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(1): 118-25.
25. Philogene G. O alcance das representações sociais: impacto e ramificações. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, Organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos.* Brasília, DF: Tecnopolitik; 2011. p.371-89.
26. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3): 423-9.
27. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela, ABA, Simões AV, Moraes RLGL, Rocha EN, et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saude Soc.* 2014; 23(3): 828-40.
28. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(4): 730-7.
29. Silva ACLG, Coelho EBS, Njaine K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Cienc Saúde Colet.* 2014; 19(4): 1255-62.
30. Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(2): 1731-5.
31. Almeida GJ. As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In: Santos MFS, Almeida LM, organizadores. *Diálogos com a teoria das representações sociais.* Recife, PE: Editora Universitária da UFPE; 2005.
32. Saffioti HIB. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. *Série estudos e ensaios. Ciências sociais.* Flacso Brasil. 2009; 1-44.
33. 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): 53-9.
34. Lettiere A, Nakano MAS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4): 524-9.

35. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37): 409-24.

5.2 VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE FAMILIARES

O artigo “Vivência da violência de gênero entre familiares” foi elaborado a partir das instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editora(e)s do periódico Cadernos de Saúde Pública, órgão oficial de publicação da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, disponíveis no *link*: <http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2014.

“Vivência da violência de gênero entre familiares”Vanda Palmarella Rodrigues¹Normélia Maria Freire Diniz²

Correspondência

Vanda Palmarella Rodrigues

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié

Av. José Moreira Sobrinho, s/n

Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190

vprodrigues@uesb.edu.br

Vivência da violência de gênero entre familiares¹

Experience of gender violence among family

La experiencia de la violencia de género entre la familia

VIVÊNCIA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE FAMILIARES

Vanda Palmarella Rodrigues², Normélia Maria Freire Diniz³

¹ Trabalho extraído da tese: “Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

² Doutora em Enfermagem PPGENF/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: normeliadiniz@gmail.com

Resumo

Objetivou-se analisar a vivência da violência de gênero no contexto familiar. Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência de gênero, cadastrados em unidades da Estratégia de Saúde da Família de Jequié - Bahia. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, organizados pela técnica de análise de conteúdo temática. As representações sociais dos familiares sobre a violência de gênero retrataram relações de poder entre o homem e a mulher, manifestadas pelas agressões físicas e psicológicas, justificadas pelo ciúme, traição e drogas, culminando no adoecimento e morte. As representações mostraram ainda que, para trabalhadora(e)s dos serviços de saúde e policiais, a violência é restrita ao âmbito privado e não é considerada crime, limitando as ações desses serviços. Torna-se necessário que profissionais da rede assistencial e gestão contemplem estas representações nas ações de enfrentamento da violência de gênero.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da família. Gênero e saúde. Enfermagem.

Abstract

This study aimed to analyze the experience of gender violence within the family. Qualitative study based on the Theory of Social Representations, conducted with 19 relatives of women in situation of gender violence, registered in Family Health Strategy units of Jequié - Bahia. The data were collected through semi-structured interviews and organized by the thematic content analysis technique. The family members' social representations about gender violence portrayed power relations between men and women, expressed by physical and psychological aggression, justified by jealousy, betrayal and drugs, culminating in disease and death. The representations also showed that, for health workers and police officers, violence is restricted to the private sphere and is not considered a crime, limiting the actions of these services. It is necessary for healthcare network and management professionals to contemplate these representations in actions against gender-based violence.

Keywords: Violence against women. Family health. Gender and health. Nursing.

Resumen

Se objetivó analizar la experiencia de la violencia de género dentro de la familia. Investigación cualitativa fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales realizada con 19 familiares de mujeres en situación de violencia de género, inscritos en unidades de la Estrategia de Salud de la Familia de Jequié - Bahia. Los datos fueron colectados a través de entrevista semiestructurada, organizados por la técnica de análisis de contenido temática. Las representaciones sociales de los familiares sobre la violencia de género retrataron relaciones de poder entre el hombre y la mujer, manifestadas por las agresiones físicas y psicológicas, justificadas por celos, traición y drogas, culminando en el padecimiento y la muerte. Las representaciones mostraron aún que, para trabajadora(e)s de los servicios de salud y policías, la violencia es restricta al ámbito privado y no es considerada crimen, limitando las acciones de esos servicios. Se hace necesario que profesionales de la red asistencial y de gestión contemplen estas representaciones en las acciones de enfrentamiento de la violencia de género.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Salud de la familia. Género y salud. Enfermería.

Introdução

A violência contra a mulher tem propiciado grande preocupação em nível mundial, considerando os danos causados à saúde individual e coletiva somados ao impacto na morbimortalidade em toda a sociedade. Isto requer a implementação de políticas e ações articuladas para o atendimento da mulher na sua integralidade, visando à prevenção e enfrentamento da violência¹.

Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde considerando dados de 79 países estimou que a prevalência global de violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo foi de 30%².

No cenário brasileiro 79,9% das agressões em mulheres com a idade de 20 a 59 anos foi cometida por um único indivíduo do sexo masculino. Aproximadamente 20 mil mulheres morreram por agressão no período de 2003 e 2007. Esses óbitos são configurados como femicídios pois, um terço das mortes ocorreu no domicílio, provocadas por parceiro íntimo, familiar ou conhecido das mulheres^{3,4}.

Estes dados reafirmam as relações de poder estabelecidas entre o homem e a mulher nas relações afetivas, com visões permeadas de preconceitos arraigados culturalmente, na suposta superioridade masculina que atribuem ao homem uma condição de dominação e à mulher de submissão, a partir de uma postura frágil e desprotegida⁵.

Um estudo realizado no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) constatou questões de gênero no contexto da violência física e psicológica contra a mulher, causada pelo cônjuge, além da dificuldade da articulação entre os serviços assistenciais e de ações que não contemplam a abordagem de gênero⁶.

A violência de gênero é permeada pela hegemonia do poder masculino inerente às relações entre mulheres e homens, pela subalternidade feminina, baseada na hierarquia de gênero, pelas imagens que reproduzem os papéis sociais que definem o ser mulher e o ser homem, pela invisibilidade das violências nas relações familiares e sociais e pelas dissimetrias que determinam as normas e regras sociais em relação aos comportamentos de mulheres e homens⁷.

Diante desse panorama, buscamos uma compreensão da violência de gênero na perspectiva de um fenômeno psicossocial, considerando como as representações de familiares sobre a violência de gênero influenciam os comportamentos sociais, direcionando o seu enfrentamento seja pelo próprio familiar, seja motivando a mulher para o enfrentamento da violência.

Este estudo está fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) considerando que as relações sociais são constituídas como uma dinâmica de familiarização, oportunizando que os objetos, as pessoas e os acontecimentos sejam percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas, prevalecendo a memória sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade⁸.

Nessa direção, saber quais as representações que esses familiares têm sobre a violência de gênero a partir de seu grupo de pertencimento, pode possibilitar uma compreensão mais detalhada da realidade, o que contribui para promover reflexões mediante o cuidado em saúde nos casos de violência de gênero desenvolvido pela(o)s trabalhadora(e)s de saúde no cotidiano dos serviços de saúde e na implementação de políticas públicas, em especial a rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Assim, esse artigo teve como objetivo analisar a vivência da violência de gênero no contexto familiar.

Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência de gênero cadastradas em 10 Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Jequié/Bahia, contemplando seis mães, cinco irmãs, duas/dois filho(a)s, uma sogra, três prima(o)s e duas cunhadas.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: familiares de mulheres em situação de violência de gênero que residem no mesmo domicílio da mulher ou em domicílio próprio, cadastrada(o)s na USF selecionada para o estudo, maiores de 18 anos com ou sem

vínculo consanguíneo, e com capacidade de manter a comunicação verbal. Foram excluída(o)s a(o)s colaboradora(e)s que estavam com alguma condição de saúde que impedia a sua participação - a exemplo de hospitalização.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de abril a setembro de 2014, com o auxílio de um gravador, com tempo médio de 40 minutos, sendo 11 realizadas na USF e oito no domicílio, a partir da seguinte afirmação disparadora: *Fale-me sobre a vivência da violência doméstica contra a mulher na sua família.*

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e somente após o parecer favorável nº 456.776/2013, CAEE 23641513.8.0000.5531 coletamos os dados, cumprindo as determinações éticas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os dados foram organizados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Assim, procedeu-se à pré-análise que consistiu na leitura flutuante do material empírico, posteriormente à codificação dos dados, a partir do recorte do texto para identificação das unidades de registro e à classificação agregando-os de maneira a estabelecer os temas e posteriormente, as categorias e respectivas subcategorias⁹.

Na fase de interpretação e discussão foram estabelecidas relações críticas entre as falas da(o)s colaboradora(e)s, explícitas e implícitas, e o contexto científico, a partir da categoria analítica gênero, buscando apreender as representações sociais inerentes às falas.

A letra E de entrevistado foi utilizada no texto para identificação da(o)s participantes, seguida de um algarismo arábico que correspondeu a ordem crescente de realização da entrevista e do vínculo familiar com a mulher em situação de violência, como observado no exemplo a seguir (E1, irmã), e assim sucessivamente.

Resultados e discussão

Dos 19 familiares, 17 (89,47%) eram do sexo feminino e 2 (10,52%) do sexo masculino. Do total de mulheres, 10 (58,82%) se encontravam na faixa etária entre 40 e 73 anos, 15 (78,95%) se autodeclararam de raça negra, 5 (29,41%) cursaram o ensino médio completo, 10 (58,82%) eram casadas e 9 (52,94%) eram católicas. Sobre a renda familiar, 8 (47,06%) percebiam de um a três salários mínimos, 12 (70,59%) não eram contempladas com bolsa família e 6 (35,29%) eram Agentes Comunitária(o)s de Saúde (ACS).

Do total de homens, 2 (100,00%) se encontravam na faixa etária entre 18 e 39 anos e se autodeclararam de raça negra, 1 (50,00%) cursou o ensino médio completo e 1 (50,00%) ensino superior incompleto, 1 (50,00%) era solteiro e 1 (50,00%) casado, 1 (50,00%)

católico e 1 (50,00%) evangélico, 1 (50,00%) percebia de um a três salários mínimos e 1 (50,00%) de três a cinco salários mínimos, nenhum era contemplado com bolsa família e um 1 (50,00%) era ACS e 1 (50,00%) assistente de motorista.

Do tema familiar expressando a vivência da violência de gênero, emergiram as seguintes categorias: expressão da violência de gênero, elementos precipitadores da violência de gênero, adoecimento e morte da mulher e enfrentamento da violência pela mulher: procura da rede de violência, explicitadas a seguir.

Expressão da violência de gênero

A violência contra a mulher constitui-se em fenômeno social persistente e multiforme expresso de maneira a estabelecer uma relação de submissão ou de poder, definida por situações de medo, isolamento, dependência e intimidação da mulher, envolvendo o uso da força real ou simbólica, de uma pessoa sobre a outra, com cerceamento da liberdade⁷.

Os familiares mostraram que presenciam a violência de gênero na sua família manifestada por agressões físicas e psicológicas, do homem sobre a mulher na relação com a companheira, ancorando as representações na relação de poder do homem sobre a mulher.

No estudo, os sinais corporais de violência física tiveram visibilidade na mulher pelas marcas no corpo, conforme os relatos a seguir.

[...] a gente só vê ela toda deformada [...] o homem bate nela, botou o facão nela e cortou, [...] bate de pau, fica toda marcada, é toda assinalada, é roxa, é cabeça quebrada, é braço [...] o povo que veio me contar, os vizinho[sic] [...] (E4, mãe).

[...] pegava ela pelos cabelos jogava escada abaixo. Um dia enfiou a chave da moto dentro do ouvido dela no meio da rua, ficou com o ouvido todo estourado, batia, era assim terrível [...] (E11, irmã).

Estes relatos evidenciaram o uso da força física do homem sobre a mulher a partir de uma postura agressiva para afirmar o seu poder na relação, coadunando-se com achados da literatura nacional e internacional^{5,6}.

O patriarcado, como os demais fenômenos sociais, permanece em constante transformação e não abrange apenas a família, mas permeia a sociedade como um todo. Se na Roma antiga o patriarca detinha poder de vida e morte sobre sua esposa e seus filhos, no

contexto atual este poder não mais existe no plano jurídico. Contudo, homens continuam agredindo e assassinando suas companheiras e em alguns casos com requintes de crueldade¹⁰.

Por sua vez, os familiares também referiram ter conhecimento da violência psicológica vivenciada pela mulher expressando atitudes entremeadas por relações hierárquicas de gênero, assimétricas e que geram violências.

[...] tenho uma prima, que ela é violentada moralmente, obediente, submissa a ele, [...] ela não trabalha, ele que mantém a casa, o que ele quer ela faz sempre [...] é o tempo todo aquele medo, você percebe nela o medo dele reclamar de alguma coisa [...] (E12, prima).

[...] o extremo mais foi agora, quando ele puxou a arma [...], mas eles não chegaram a se agredir fisicamente antes, nunca houve agressão física, tinha agressão verbal [...] ele chegou a xingar ela, que os homens só queriam ter relações com ela, que ele foi o único que quis assumir ela e ela não tava [sic] vendo isso (E18, prima).

Ressaltamos o relato da entrevistada 12 ao referir que a prima vivencia violência moral evidenciada pela submissão e obediência desta na convivência afetiva com o companheiro, bem como nas atitudes machistas exercidas pelo companheiro, decorrentes da dominação, autoridade e superioridade, reforçada pelo papel de provedor das despesas domésticas, naturalizadas e aceitas socialmente pela lógica patriarcal, denotando representações fortemente ancoradas nas questões culturais.

Estudo constatou que o exercício de prover materialmente o lar configurava para os homens sinais de dedicação afetiva, destacando esta afetividade no ato simbólico de doar-se à esposa por meio dos recursos concretos, mesmo que a lógica de manutenção de poder, reprodução das relações de gênero e assimetria nas relações estivessem presentes¹¹.

A experiência de vida, o passado e a criatividade do sujeito refletem as representações sociais pela apropriação de uma série de conhecimentos, eventos e discursos, aos quais este é confrontado, operando a transição do social para o individual e vice-versa. Assim, ao tomar como sua essa bagagem externa o sujeito a expressa sob a forma de conversas, opiniões ou ações, interpretando coerentemente o real¹².

Nesse sentido, os familiares expressaram o vivido da relação de violência, evidenciado e destacando no relato da prima a exacerbação da agressão verbal que culminou na ameaça à mulher com arma de fogo, além de denegrir a moral ao apontar a experiência sexual da companheira. Dessa forma, os familiares enfatizaram as virtudes esperadas de uma

mulher, entre estas a virgindade, o que nos chama a atenção para dimensionarmos e darmos o devido valor à violência psicológica, considerando os diversos elementos que podem estar relacionados à mesma.

De modo geral, apesar de as formas de agressão física e de outros tipos de violência se apresentarem simultaneamente, a violência psicológica não é qualificada de acordo a sua importância. Expressa-se na relação conjugal por meio de ameaças, humilhações, controle, desconfiança, embora nem sempre identificados como violência, podendo ser acompanhada pela agressão física, ocasionando sentimentos de impotência, submissão, vulnerabilidade, entre outros. Isto, além do desgaste emocional, provoca na pessoa agredida sentimentos e ações movidos pela vingança ou retaliação, definindo o início de um ciclo violento no relacionamento¹¹.

No entanto, embora a violência tenha seu ciclo, especialmente a doméstica, isto é meramente descritivo, não induzindo sequer à atitudes preventivas. Por isso, é mais adequada a percepção de que a violência de gênero ocorre em escalada, pois evidencia a abrangência e dimensão que esta pode tomar, mostrando a necessidade da formulação e da implementação de políticas públicas que visem a sua extinção¹⁰.

Elementos precipitadores da violência de gênero

A violência na sua interface entre a saúde e a sociedade constitui-se como condição de vulnerabilidade sociocultural, evidenciada nas desigualdades de gênero, étnico-raciais ou geracionais, além das desigualdades econômicas. Torna-se, pois, um grande desafio para o contexto da saúde, considerando que os indicadores das diferenças socioeconômicas utilizados para a explicação causa-efeito de muitas doenças e agravos são insuficientes para explicitar as cadeias causais do evento, assim como em termos de suas repercussões nos danos e agravos à saúde¹³.

A desigualdade de gênero, a dependência econômica, o uso de álcool e outras drogas pelo companheiro e/ou seu envolvimento no tráfico de drogas são eventos que se relacionam à ocorrência da violência conjugal e à permanência da mulher na relação¹⁴.

A violência na conjugalidade pode decorrer de fatores sociais, como dificuldades financeiras, trabalho ou desemprego e a percepção social de masculino e feminino; de fatores familiares, como a interferência da família extensa na organização da família nuclear; incluindo aspectos da parentalidade relacionados à criação e educação dos filhos;

até questões mais específicas da conjugalidade, como o sexo, o ciúme e a traição, ocasionando sofrimento tanto para a mulher como para o homem¹¹.

Pela representação social, indivíduos e comunidades representam um objeto e um estado de coisas no mundo, revelando quem são e o que consideram importante, bem como as inter-relações em que estão implicados e a natureza dos mundos sociais que habitam¹⁵.

Assim, os relatos dos familiares destacaram o ciúme, traição e álcool/drogas como elementos precipitadores da violência de gênero.

[...] ele ciúma dela demais, pelo gosto dele, ela não suspendia [sic] nem as vistas pra olhar pra homem nenhum [...] parei até de ir na casa dela por causa disso, quando vem me ver é um problema já de uma briga, mas como é que uma mãe, uma filha sabe que tem sua mãe, vai desprezar? [...] (E9, mãe).

[...] ele acabou matando ela por causa de ciúmes [...] (E11, irmã).

[...] ele bebia muito, tava [sic] bebendo muito e arrumou outra mulher e essa mulher não era longe de casa, era nossa vizinha e ela sempre reclamava e toda vez que ela ia reclamar, aí a consequência vinha [...] ele pegava e agredia mesmo tanto empurrava, falava palavras pesadas com ela [...] (E16, filho).

O ciúme foi a forma encontrada pelo homem para atingir a dignidade da mulher, afastando-a das relações familiares, conforme o relato da mãe. Além disso, o ciúme é justificado também para o extremo de assassinato contra a mulher. No outro caso, a traição do agressor impulsionava a violência de gênero, conforme o relato do filho, junto ao uso de álcool.

Dessa maneira, os familiares representaram o ciúme, a traição e o uso de álcool/drogas como motivos que justificaram a violência de gênero, constituindo-se em expressão de poder do homem sobre a mulher.

As armadilhas e táticas do poder patriarcal são mantidas pela lógica familiar ao carregar de sentidos sociais a existência da mulher, determinando por um lado que esta assumira os papéis sociais de ser esposa, mãe, filha, cuidadora, somados aos compromissos de ser fiel, companheira, amiga, boa mãe, entre outros. Por outro lado, define aparentemente os fatores que desencadeiam violência, frequentemente presentes nas conciliações dos conflitos conjugais, ao exigir que a mulher reate a relação afetivo-conjugal, rejeite o pedido de separação, abdique da sua ascensão social e aceite a violência como expressão de ciúmes, entre outros, o que pode culminar na morte¹⁶.

Nessa perspectiva, o patriarcado não é sutil ao demarcar na carne as suas marcas. Porém, é mais forte ao registrar a demarcação simbólica, que, quando quebrada, responde com a morte, considerando que a mulher não consegue romper com essa lógica reprodutora da ordem social e biológica que lhes foi imposta⁷.

Ressaltamos que o uso abusivo de álcool e outras drogas como precipitador de violência de gênero foi um dos achados do estudo, convergindo com a literatura¹⁷. Convém evidenciarmos que do total de 16 famílias entrevistadas, apenas duas famílias não relataram envolvimento com álcool ou outras drogas. Por sua vez, das 14 famílias que apresentaram envolvimento com álcool/drogas, apenas em nove o homem era usuário e em cinco tanto a mulher quanto o homem faziam uso abusivo de álcool e drogas.

Pesquisa constatou que o uso de drogas, principalmente o álcool, e as crises de ciúme, advindas das suspeitas de traição e comportamento controlador constituem motivos da violência, evidenciando questões culturais relacionadas às questões de gênero¹⁷.

Reportando-nos aos resultados do estudo, a irmã destaca que não é apenas o efeito da droga que desencadeou a violência, pois mesmo quando o agressor não fazia uso da droga, agredia a mulher.

[...] não é só o efeito da droga que faz isso não, porque às vezes ele nem usa as pedras, ele xinga ela, bate nela, se ela tá [sic] no trabalho [...] ele vai pra lá e faz baixaria no trabalho [...] (E6, irmã).

Esse achado do estudo reforça a ideia de que o uso de álcool e outras drogas não deve limitar-se ao reducionismo inerente ao binômio causa-efeito, pois a violência decorre de múltiplas causas, devendo ser considerado todos os determinantes socioculturais, econômicos, entre outros que permeiam o contexto da violência de gênero.

A maior parte das agressões vivenciadas pelas mulheres decorre de conflitos interpessoais e, por serem inerentes às situações entre homens e mulheres que mantêm vínculos afetivos e profissionais, é dimensionada à complexidade do fenômeno, requerendo na análise destas situações que sejam consideradas as múltiplas determinações, as tramas socioculturais que as circunscrevem, bem como as condições materiais das agredidas e dos agressores⁷.

Adoecimento e morte da mulher

As representações sociais ajudam à construção da realidade, bem como do pensamento e fala dos atores sobre as questões sociais, derivadas da interconexão dos indivíduos que resultam de processos de referências através dos quais estes concebem o mundo que os cerca¹⁸. Nessa perspectiva, os familiares representaram a vivência da violência de gênero e o adoecimento da mulher.

[...] virou alcoólatra, e a gente faz de tudo pra ela parar de beber, mas ela não para, tá cada dia mais difícil, ela tá depressiva [voz chorosa] [...] (E8, irmã).

[...] começou a namorar com um rapaz, há muito tempo e terminaram e voltaram de novo e até então ela ficou grávida [...] dois meses de grávida e ela contou pra ele e ele deu uma surra nela e mandou abortar e não quis mais [...] ela tinha quinze anos e ele já tinha dezoito e isso gerou assim um constrangimento muito grande, entre a minha família e a dele, por tudo isso e até hoje ela ficou com depressão antes e pós-parto e a menina mora comigo, a menina cresceu também com depressão, acompanhada pela psicóloga sempre a gente leva e muito tempo ela passou sem homem nenhum, não conseguia se relacionar com homem nenhum, ela tinha medo até da própria sombra dela e ela quase morre [...] (E19, mãe).

Algumas pesquisas no contexto internacional e nacional evidenciam o sofrimento e adoecimento da mulher diante da vivência da violência de gênero^{5,19,20,21,22}. Nesses estudos foram ressaltadas as percepções da dependência emocional da mulher na relação afetiva com o homem, suscitando a necessidade de apoio psicológico, a associação da depressão que pode culminar na tentativa de suicídio, a prática do aborto e o trauma psíquico desencadeado por ameaças graves à vida.

A entrevistada 11 referiu a morte de sua irmã como desfecho da vivência da violência de gênero, o que a nosso ver convergiu para a configuração do femicídio que consiste na morte intencional de uma mulher, cometida por parceiros ou ex-parceiros, envolvendo situações que ocorrem no espaço privado do domicílio, como abuso, ameaças ou intimidação, violência sexual ou situações que configuram para a mulher o fato de a mesma ter menos poder ou menos recursos do que seu parceiro²³.

[...] não sei os detalhes dos motivos que levaram a ele matar, o que contam os amigos dele é que ela tava [sic] traindo ele com outro homem e aí queria largar ele, separar dele, [...] ele foi esconder uma droga lá na casa dela, ela falou que na casa dela não era pra esconder essa droga, ele falou que ela não tava nem querendo ajudar ele [...] desconfiava que ela tava com outro e aí ele foi tentou matar ela um dia antes, ela conseguiu botar ele pra fora de casa, aí no outro dia [...] ela tinha acabado de chegar do mercado, tava na

cozinha arrumando as compras, [...] ele [companheiro] tava drogado foi lá com a faca e cravou no pescoço dela [...]. (E11, irmã).

Esse relato mostrou o ciúme como justificativa para agressão da mulher, culminando com o assassinato. Mostrou ainda o uso de drogas como elemento precipitador da violência e morte, facilitado pela relação da conjugalidade, levando ao femicídio.

De modo geral, quando a iniciativa de rompimento da relação parte da mulher, independente da razão, o homem considerado todo poderoso sente-se afrontado e não se conforma com o fato de a mulher não aceitá-lo mais como companheiro e iniciar uma nova relação amorosa, nem abandoná-lo por não mais suportar seus maus-tratos, pois sua condição de macho dominador, não permite que isto ocorra, o que pode culminar em extremos de crueldade¹⁰.

Apesar de os assassinatos de mulheres não serem mais oficialmente explicados como crimes de honra, continuam aumentando significativamente e, paradoxalmente a justificativa formal sobre as razões que motivaram a violência de gênero ainda se centram principalmente na argumentação de que a mulher não está cumprindo bem seus papéis sociais de mãe, dona de casa e esposa em virtude da sua inserção no mercado de trabalho, no estudo ou envolvimento com as redes sociais, reafirmando que a recorrência de atos violentos, decorre da ressignificação permanente da ordem tradicional, que remodela os padrões e os valores sexistas, contudo, não os elimina⁷.

As estruturas antigas que ordenam e regem as hierarquias e os papéis femininos e masculinos na esfera familiar não sofreram ruptura significativa, posto que as concepções dominantes de feminilidade e masculinidade ainda se organizam a partir de disputas simbólicas e materiais, que operam no interior dos domicílios, projetando-se a outros espaços institucionais⁷.

Enfrentamento da violência pela mulher: procura da rede de violência

Os familiares destacaram que o enfrentamento da situação de violência pela mulher ocorreu pela procura aos serviços assistenciais, destacando os serviços de saúde e os serviços policiais.

No estudo, o hospital foi o serviço de saúde mais procurado, seguido da Unidade de Saúde da Família, conforme os relatos dos familiares.

[...] Foi no hospital não sei se ela falou que foi briga porque ela esconde o mal feito dele, fiquei com medo dela ter quebrado a clavícula o doutor passou um remédio, melhorou [...] (E7, mãe).

[...] ele bateu na cabeça dela, deu um murro na coxa, ela sentiu muita dor de cabeça [...] a maioria das vezes a briga é mais à noite, porque ele bebe [...] meu pai teve que levar ela lá no hospital e deram a medicação a ela, ela não contou que foi violência, mas eu acredito que eles devem ter suspeitado lá, alguma coisa [...] (E15, cunhada).

[...] No Posto já foi uma vez fazer curativo, porque ralou ela toda, ficou ralada, aí o olho ficou inchado, foi pro médico. Chegou lá, a moça fez curativo, aí perguntou, ela falou foi briga de família, fez curativo, veio pra casa [...] (E13, mãe).

Percebemos nos relatos que o cuidado em saúde tanto no contexto hospitalar como na atenção básica limitou-se a ações curativas, individuais e fragmentadas sem articulação com os serviços da rede de violência. Além disso, o fato de a mulher ocultar que as lesões físicas decorreram da violência de gênero parece demonstrar a limitação desse cuidado que não propicia espaço para que a mulher relate a situação. Nesse contexto, as representações sociais dos familiares de mulheres evidenciaram que a(o)s de profissionais de saúde restringiam a violência de gênero ao silêncio da esfera privada.

Os familiares destacaram que a mulher não expressa à vivência da violência nos serviços de saúde e que quando o faz restringia o diálogo a briga de família, o que nos leva a inferir que pode estar relacionado a sentimentos de medo, vergonha e até mesmo limites encontrados na rede de apoio, constituída pelos familiares, amiga(o)s, vizinha(o)s e serviços assistenciais da rede que por vezes naturalizam a violência de gênero como inerente ao âmbito privado.

Nessa direção, os familiares afirmaram que a mulher também limita a violência de gênero ao espaço privado, coadunando-se com a(o)s profissionais de saúde que restringiam essa violência como da esfera do lar, implementando o cuidado apenas às lesões físicas.

De maneira geral, as mulheres procuraram o hospital devido à ocorrência de lesões e traumas físicos que não podiam ser tratados em casa. Contudo, a maioria delas não deu visibilidade a(o)s trabalhadores de saúde que se tratava de violência de gênero, fato também observado em outros estudos^{24,25,26}.

Apesar da proximidade da atenção primária à saúde ao contexto da violência de gênero, dificilmente as situações agudas de violência doméstica aportam na Unidade Básica de Saúde, considerando que as mulheres buscam atendimento em unidades de emergência,

como pronto-atendimentos e/ou hospitalares, motivadas por traumas agudos, associados à violência física e/ou sexual que inscrevem lesões nos corpos, atingindo também aspectos psicossociais²⁷.

Resultados de estudos apontaram que, as práticas profissionais na atenção à saúde da mulher em situação de violência de um serviço de atenção primária evidenciaram a invisibilidade da violência no serviço, com pouca intervenção em situações que envolviam a violência perpetrada contra as mulheres, por tratar-se de um assunto da esfera privada, portanto, íntimo e conjugal. As concepções sobre gênero não consideram a emancipação da mulher da opressão de gênero, traduzida na grande dificuldade para intervir nos casos de violência, pautada no modelo de atenção em saúde biomédico, em geral restrita ao encaminhamento aos serviços de psicologia e saúde mental²⁶.

Apesar do reconhecimento pela(o)s profissionais de saúde da presença da violência de gênero no cotidiano de trabalho na atenção primária à saúde, há certo silenciamento do problema, propiciando a não notificação em virtude do medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha de notificação, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos²⁸.

A aproximação entre a TRS e o campo da saúde, com os seus desdobramentos para as áreas que compõem esse campo, a exemplo da Enfermagem, suscita a discussão sobre a necessidade de estabelecer novas bases para o processo de cuidar em saúde, a partir da compreensão das necessidades representadas, negociadas entre sujeitos individuais e coletivos e a(o)s profissionais nas instituições de saúde, acessadas através das representações sociais²⁹.

Por isso, a articulação conceitual entre a TRS e o atendimento às demandas pelos sujeitos ao cuidado em saúde, exige vislumbrar como o indivíduo se situa na sociedade e como os valores socialmente compartilhados passam a fazer parte do repertório do sujeito individual, de maneira a nortear o pensamento em relação aos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão, do planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde²⁹.

Assim, os familiares, ao representarem que tanto a mulher como a(o)s profissionais de saúde restringiam a violência ao silêncio do espaço privado da casa, trouxeram demandas que necessitam de uma abrangência do cuidado em saúde que não se restrinja apenas ao aspecto físico, mas contemple os aspectos psicossociais advindos da fragilidade do evento da violência.

Ressaltamos que a(o)s trabalhadora(e)s de saúde necessitam, tanto no âmbito hospitalar como da atenção básica, valorizar esse encontro com a mulher em situação de violência para promover a escuta e um ambiente acolhedor que dê possibilidade de a mulher sentir-se confiante, favorecendo o diálogo sobre a situação, expondo seus medos, angústias e necessidades não apenas biológicas, mas psicossociais como caminho para que a mulher compreenda o processo da violência na família e se sinta fortalecida para prováveis decisões.

O relato a seguir mostrou que a mulher não procurou o serviço de saúde por vergonha: [...] *a última vez que ele bateu nela e a minha irmã pegou ela e levou na delegacia, aí ela deu queixa, era caso de procurar saúde [serviço de saúde], mas ela não quis ir, não vai, às vezes fica com vergonha* (E8, irmã).

No âmbito da ESF, por um lado, as mulheres não falam e, por outro lado, os profissionais não perguntam sobre violência, direcionando uma lógica medicalizadora que limita o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a captação da violência e das necessidades, propiciando que as mulheres desconheçam os serviços de saúde como possibilidade de apoio³⁰

A capacitação da equipe da ESF torna-se importante no sentido de orientação e suporte às mulheres em situação de violência, auxiliando-as na compreensão, análise e tomada de decisão em relação à problemática que requer que esta(e)s agreguem à rede de serviços especializados das áreas de saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade³¹.

No que se referem aos serviços policiais os familiares referiram que algumas mulheres denunciaram e outras não. A denúncia da violência vivenciada pela mulher, evidenciada nas falas dos familiares, só ocorreu quando a agressão chegou ao extremo, gerando traumas físicos e psicológicos insustentáveis à saúde física e psicológica da mulher e com ameaça de morte.

[...] depois que ela morreu chegou uma notificação que ela foi na Delegacia da Mulher e prestou uma queixa contra ele no dia que ele furou o ouvido dela com a chave, mas também foi a única vez que eu soube de alguma denúncia que ela fez dele [...] (E11, irmã).

[...] uma vez ele deu um murro nela, inchou o olho, ela chamou a polícia, aí as polícia [sic] mandou eles se quietar [sic] que era briga de família, que levasse ficava os dois [sic], deu conselho os dois [...] (E13, mãe).

O relato da irmã evidenciou que a denúncia na DEAM não garantiu efetivamente sua segurança, pois não impediu que ocorresse o femicídio considerando que não valorizou o

risco de morte relatado na denúncia. Já a mãe relatou que a polícia apenas aconselhou o término da situação, considerando ser briga de família, portanto devendo ser resolvida no espaço privado do lar.

Essa representação da violência no espaço da casa e não no espaço policial público, continua colocando em risco a vida das mulheres desde os seus primórdios.

A intenção da mulher ao denunciar o vivido da violência em uma delegacia especializada baseia-se na possibilidade do término da situação relacional estabelecida com o companheiro que ficou insustentável e apesar da Lei Maria da Penha ser reconhecida pela mesma como um instrumento mediador de justiça, na expectativa do serviço policial e judiciário de assegurar a proteção e ajuda de que necessita, a mulher apresenta incertezas e dúvidas sobre os desfechos da lei³².

Observamos ainda nos relatos dos familiares que a mulher quando decidiu denunciar, retirou a queixa.

[...] da vez que eles tão brigando aí ele empurrou ela caiu, machucou o braço. Ela foi e deu queixa dele, ela saiu escondido de mim e deu queixa dele. No outro dia ele conversou com ela que ele arrependeu de ter empurrado ela. Aí chegou lá com três dias depois, ela foi lá e retirou a queixa [...] (E10, sogra).

O relato da participante demonstrou que a mulher mesmo com as marcas no corpo não conseguiu romper com a relação. O poder de persuasão que o homem exerceu sobre a mulher, suscitou o arrependimento da mulher pela denúncia do agressor, levando-a a retirar a queixa. Demonstrou ainda que a mulher está tão envolta nessa teia que não se sentiu segura de continuar com a queixa no sentido de ter ajuda para o enfrentamento da violência.

Nesse direcionamento, as representações sociais dos familiares reafirmaram que a violência de gênero não se configura como um crime a ser direcionado para resolução na delegacia, mas como um problema a ser resolvido no espaço das relações familiares.

Com a edição da Lei nº 11.340 de 2006, batizada como Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra a mulher passou a ser definida como um crime específico, gerando significativas transformações no entendimento do conceito de violência de gênero, deixando de ser considerado crime de menor potencial ofensivo. Por sua vez, a violência de gênero precisa ser entendida e tratada como uma questão social e cultural, compreendida a partir de um olhar de gênero no contexto da violência conjugal. Por isso, a violência no casal não pode ser compreendida como um fenômeno naturalizado, derivado da questão sexual das relações entre o homem e a mulher, mas como um processo histórico

produzido e reproduzido pelas estruturas sociais de dominação consolidado pelo patriarcado³³.

Antes da Lei Maria da Penha existia a possibilidade de a mulher em situação de violência desistir da denúncia contra o agressor na delegacia. Contudo, após a vigência da referida Lei, ficou definido que a mulher só poderá renunciar à representação perante o Juiz, em audiência especialmente designada para esta finalidade, o que deve ser feito antes do recebimento da denúncia pelo agressor e ouvido o Ministério Público. Além disso, esta Lei permitiu a retratação nos crimes de violência doméstica contra a mulher, mesmo após o recebimento da denúncia, ficando a critério do juiz que essa retratação seja aceita ou não³⁴.

Os conteúdos que circulam na sociedade podem ter sua origem tanto em produções culturais mais remotas, quanto em produções locais e atuais, oportunizando que o contexto seja definido não apenas pelo espaço social em que a ação acontece como também a partir de uma perspectiva temporal: o tempo da interação que tem como foco a funcionalidade das representações; o tempo vivido que contempla o processo de socialização, das disposições adquiridas em função da pertença a determinados grupos sociais; e o tempo longo que configura o imaginário social relacionado ao domínio das memórias coletivas onde estão depositados os conteúdos culturais cumulativos de nossa sociedade, que permitem a contextualização do âmbito social e dos conteúdos históricos que informam os indivíduos como sujeitos sociais com o poder de representar o grupo no indivíduo³⁵.

Desse modo, as representações dos familiares no estudo ainda expressaram a prática da retirada da queixa pela mulher permanecendo no senso comum de que a violência entre marido e mulher não se constitui como crime, arraigado na cultura.

Considerações Finais

Os familiares de mulheres em situação de violência destacaram a vivência da violência de gênero no contexto familiar, ancorando-se nas questões culturais, o que assegura a naturalização na sociedade de que o homem é mais forte que a mulher, dando-lhe o direito de agredi-la e assassiná-la, apesar de legalmente essas atitudes serem consideradas crimes.

Assim, as representações sociais de familiares demonstraram que a violência de gênero se expressou por meio da violência física e psicológica contra a mulher tendo o ciúme, a traição e o uso abusivo de drogas como elementos precipitadores que justificaram a violência de gênero fortemente marcada pela relação de poder do homem sobre a mulher, levando ao adoecimento físico, psíquico e até a morte da mulher.

Além disso, os familiares representaram que a mulher, a(o)s trabalhadora(e)s de saúde da atenção básica e da rede hospitalar, com extensão aos serviços policiais restringiam a violência de gênero ao silêncio da esfera privada. Assim, no contexto dos serviços de saúde observamos limitação do cuidado em saúde centrado no modelo biomédico, e no contexto dos serviços policiais destacamos a não valorização da denúncia ao ponto de ocorrer o femicídio, considerando que mesmo a mulher tendo denunciado as agressões, foi apenas após seu assassinato que viabilizou a notificação da denúncia.

Por fim, a gestão pública deve assegurar o desenvolvimento de políticas que fortaleçam a mulher e sua família no enfrentamento da violência, seja estruturando ou implementando os serviços da rede no sentido de mudança dessas representações.

As limitações do estudo estão relacionadas à sua localização em um município baiano, requerendo a realização de outras pesquisas para agregar elementos apreendidos nesse estudo, a exemplo da relação com a(o)s profissionais de saúde e da rede de violência, abrangendo as políticas sociais.

Referências

1. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP, et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc* 2014; 23:778-86.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Temático prevenção de violência e cultura de paz. Brasília: OPAS; 2008.
4. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45: 564-74.
5. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1229-38.
6. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Mendes VMMP, Paiva MS, Diniz, NMF, et al. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto & Contexto Enferm* 2014; 23: 735-46.
7. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc Estado*. 2014; 29: 449-69.

8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9a ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2012.7-404p.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª ed de 2011. São Paulo: Edições 70, 2011. 123-31p.
10. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo(SP): Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.9-132p.
11. Ramos MEC, Roque FCF. O gênero e a violência no casal. In: Galinkin AL, Santos C, organizadores. Gênero e psicologia social: interfaces. Brasília: Editora TechnoPolitik; 2010. 527-56p.
12. Alba M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília(DF): Editora Tecnopolitik; 2011. 393-430p.
13. Schraiber LB. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. Saúde Soc 2014; 23:727-9.
14. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. Rev Latin American Enferm 2014; 22:4-9.
15. Jovchelovitch S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis(RJ): Vozes; 2008. 9-344p.
16. Taufick MLC, Evangelista LA, Silva M, Oliveira LCM. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2014; 30: 427-32.
17. Silva ACLG, Coelho EBS, Njaine K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. Ciênc Saúde Coletiva 2014; 19: 1255-62.
18. Philogene G. O alcance das representações sociais: impacto e ramificações. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, Organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília, DF: Tecnopolitik; 2011. p.371-89.
19. Gomes NP, Erdmann AL, Stulp KP, Diniz NMF, Correia CM, Andrade SR, et al. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. Psicol USP 2014; 25: 63-9.
20. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF, et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. Texto & Contexto Enferm 2014; 23: 118-25.

21. Pérez BAG, Gomes NP, Santos MFS, Diniz NMF. Aborto provocado: representações sociais de Mulheres. *Rev Enferm UERJ* 2013; 21: 736-42.
22. Labronici LM. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. *Texto & Contexto Enferm* 2012; 21; 625-32.
23. Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22:383-94.
24. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paul Enferm* 2013; 26: 608-13.
25. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface Comun Saúde Educ* 2011; 15: 409-24.
26. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface Comun Saúde Educ* 2014; 18: 47-59.
27. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 1230-40.
28. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF, et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 1805-15.
29. Oliveira DC. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, Organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília, DF: Tecnopolitik; 2011. p.585-623.
30. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47: 304-11.
31. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela, ABA, Simões AV, Moraes RLGL, Rocha EN, et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade* 2014; 23: 828-40.
32. Vieira LB, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Rev Esc Anna Nery* 2011; 15: 678-85.

33. Puthin SR. Violência de gênero e Lei Maria da Penha: experiências (im)possíveis? In: Azevedo RG, organizador. Relações de gênero e sistema penal: violência e conflitualidade nos Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher. Porto Alegre: Editora Edipucrs; 2011. 163-77p.
34. Azevedo RG, Craidy M. Conflitos de gênero no Judiciário: a aplicação da Lei 11.340/06 pelo Juizado de Violência Doméstica e Familiar de Porto Alegre/RS. In: Azevedo RG, organizador. Relações de gênero e sistema penal: violência e conflitualidade nos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher. Porto Alegre(RS): Editora Edipucrs; 2011. 11-40p.
35. Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, Organizadores. Psicologia social: textos em representações sociais. Petrópolis(RJ): Vozes; 2013. 95-118p.

Correspondência: Vanda Palmarella Rodrigues.
Rua Everaldo Santos, 336
45204-190 – Jequié, BA, Brasil
E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

5.3 RELAÇÕES FAMILIARES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O artigo “Relações familiares no contexto da violência de gênero” foi elaborado seguindo as instruções a(o)s autora(e)s para publicação e apresentação a(o)s editora(e)s do periódico *Texto & Contexto Enfermagem* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, disponíveis no *link*: <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2014.

“Relações familiares no contexto da violência de gênero”Vanda Palmarella Rodrigues¹Normélia Maria Freire Diniz²

Correspondência

Vanda Palmarella Rodrigues

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié

Av. José Moreira Sobrinho, s/n

Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190

vprodrigues@uesb.edu.br

RELAÇÕES FAMILIARES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO^I**RELACIONES FAMILIARES EN EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO****FAMILY RELATIONS IN THE CONTEXT OF GENDER VIOLENCE**

RODRIGUES, Vanda Palmarella^I; DINIZ, Normélia Maria Freire^{II}

^I Trabalho extraído da tese: “Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

^IDoutora em Enfermagem PPGENF/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Campus de Jequié. Bahia, Brasil. E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem da UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: normeliadiniz@gmail.com

Correspondência: Vanda Palmarella Rodrigues
Rua Everaldo Santos, 336
45.204-190 - Jequiezinho, Jequié, Bahia, Brasil.
E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

RELAÇÕES FAMILIARES NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

RESUMO: o artigo objetiva analisar as relações familiares no contexto da violência de gênero. Pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência de gênero, cadastrados em unidades da Estratégia de Saúde da Família de Jequié - Bahia. A coleta ocorreu pela entrevista semiestruturada entre abril e setembro de 2014 e a organização dos dados pela técnica de análise de conteúdo. As representações sociais dos familiares evidenciaram a violência de gênero como crime e a necessidade de ações que minimizem a sua ocorrência. Mostraram ainda que a violência de gênero gera adoecimento dos familiares e é compreendida como restrita ao espaço privado da casa, favorecendo o silêncio. Urge a necessidade de adequação da formação em saúde e educação e dos serviços assistenciais da rede de violência, observando as políticas públicas no enfrentamento da violência de gênero.

DESCRITORES: Violência contra a mulher. Saúde da família. Gênero e saúde. Enfermagem.

RELACIONES FAMILIARES EN EL CONTEXTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

RESUMEN: el artículo objetiva analizar las relaciones familiares en el contexto de la violencia de género. Investigación cualitativa fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales realizada con 19 familiares de mujeres en situación de violencia de género, inscritos en unidades de la Estrategia de Salud de la Familia de Jequié - Bahia. La colecta ocurrió por entrevista semiestruturada entre abril y setiembre de 2014 y la organización de los datos por la técnica de análisis de contenido. Las representaciones sociales de los familiares evidenciaron la violencia de género como crimen y la necesidad de acciones que minimicen su ocurrencia. Mostraron también la violencia de género genera padecimiento de los familiares y es comprendida como restricta al espacio privado de la casa, favoreciendo el silencio. Urge la necesidad de adecuación de la formación en salud y educación y de los servicios asistenciales de la red de violencia, observando las políticas públicas en el enfrentamiento de la violencia de género.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Salud de la familia. Género y salud. Enfermería.

FAMILY RELATIONS IN THE CONTEXT OF GENDER VIOLENCE

ABSTRACT: This article aims to analyze the family relations in the context of gender violence. analyzing. Qualitative study grounded on the Theory of Social Representations conducted with 19 relatives of women in gender violence situation, registered in Family Health Strategy units of Jequié - Bahia. Data were collected by semi-structured interviews between April and September 2014 and data organization using the content analysis technique. The relatives' social representations evidenced gender violence as a crime and the need for actions to minimize its occurrence. It has also shown that gender violence generates illness of the family members and is understood to be restricted to the house area, favoring its silencing. There is urgent need for the adaptation of health and education training and welfare services of the anti-violence network, observing the public policies dealing with gender-based violence.

DESCRIPTORS: Violence against women. Family health. Gender and health. Nursing.

INTRODUÇÃO

A violência de gênero é permeada pela hegemonia do poder masculino inerente as relações entre mulheres e homens, pela subalternidade feminina, baseada na hierarquia de gênero, pelas imagens que reproduzem os papéis sociais que definem o ser mulher e o ser homem, pela invisibilidade das violências nas relações familiares e sociais e pelas dissimetrias que determinam as normas e regras sociais em relação aos comportamentos de mulheres e homens.¹

A prevalência global de violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo foi de 30% considerando a estimativa de 79 países.² No Brasil, do total de notificações de violência doméstica e sexual, 74,4% ocorreram com mulheres e na maior parte dos atendimentos o agressor era do sexo masculino (65,6%).³

A violência de gênero gerada na relação amorosa revela a existência do controle do homem sobre o corpo, a sexualidade e a mente feminina, evidenciando paralelamente, por um lado a inserção diferenciada entre homens e mulheres na família e na sociedade, e por outro lado, a manutenção das estruturas de poder e dominação disseminadas na ordem patriarcal.¹

A relação estabelecida pelo patriarcado é civil e não uma relação privada, dando direitos sexuais aos homens sobre as mulheres praticamente sem restrição, o que configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade, tem uma base material, corporifica-se e representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia machista/sexista quanto na violência.⁴

Nesse contexto, família e gênero são metáforas de relações de poder mais amplas, pois através da família e das redes de parentesco, a domesticidade e a sexualidade são representadas socialmente.⁵

Constatamos a partir da busca em bases de dados nacionais e internacionais utilizando o descritor *violência contra a mulher* que, apesar do aumento da produção teórica sobre a violência de gênero, a maioria dos estudos sobre representações sociais focalizaram-se nos relatos da mulher, do homem ou da(o)s profissionais da rede de violência, além de abordarem as consequências psicossociais para a mulher.

Identificamos uma lacuna do conhecimento que nos impulsionou a buscar uma compreensão da violência de gênero, na perspectiva de um fenômeno psicossocial, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS) a partir do entendimento de que esta teoria propicia a compreensão dos significados sociais de familiares de mulheres em

situação de violência de gênero sobre a vivência das relações familiares nesse contexto.

Nessa perspectiva, estudar representações sociais é buscar conhecer o modo como um grupo social constrói um conjunto de saberes que expressam a sua identidade e como o conjunto dos códigos culturais definem em cada momento histórico as regras de uma comunidade.⁶

Nessa direção, a presente pesquisa tem o intuito de dar visibilidade às representações sociais de familiares de mulheres em situação de violência sobre a violência de gênero no contexto das relações familiares, evidenciando como estes se situam na sociedade e como os valores que são compartilhados no contexto social passam a fazer parte da vida familiar cotidiana, seja de maneira individualizada na vivência da violência, seja a partir das representações criadas nas relações cotidianas e nas formas de resignificação.

O artigo teve como objetivo analisar as relações familiares no contexto da violência de gênero.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência doméstica cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF); entre a(o)s quais: seis mães, cinco irmãs, duas/dois filho(a)s, uma sogra, três prima(o)s e duas cunhadas, totalizando 16 famílias entrevistadas, visto que foram entrevistadas duas pessoas em três famílias.

O estudo foi realizado em 10 Unidades de Saúde da Família (USF), quatro com equipes únicas e cinco com equipes duplas, destas apenas uma USF contemplou a realização da entrevista com familiares cadastrada(o)s nas duas equipes, totalizando 11 equipes da ESF do município de Jequié, localizado no interior do estado da Bahia. Considerou-se como critérios de inclusão: familiares de mulheres em situação de violência doméstica que residem no mesmo domicílio da mulher ou em domicílio próprio, cadastrada(o)s na USF selecionada para o estudo, maiores de 18 anos com ou sem vínculo consanguíneo, e com capacidade de manter a comunicação verbal, sendo excluída(o)s a(o)s colaboradora(e)s que estavam com alguma condição de saúde que impossibilitasse a sua participação, a exemplo de hospitalização.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, no período de abril a setembro de 2014, com a utilização de um gravador *Player Music 3* (MP3), com duração média de 40 minutos, realizadas na USF (11) e no domicílio (8), baseando-se na seguinte

afirmativa disparadora: Fale-me sobre a vivência da violência doméstica contra a mulher na sua família.

A coleta de dados ocorreu após análise e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer nº 456.776/2013, CAEE 23641513.8.0000.5531, visando cumprir os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Nesse direcionamento, solicitamos aos/às participantes a leitura prévia ou procedemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizamos os esclarecimentos pertinentes e, posteriormente solicitamos a assinatura pela(o)s participantes.

Para a organização dos dados, utilizamos o método da análise de conteúdo, modalidade temática, com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido e propiciar uma comunicação significativa ao alcance dos objetivos propostos, seguindo três etapas, entre estas, a pré-análise que consistiu na leitura flutuante do material empírico inerente às entrevistas. Sucessivas leituras do conteúdo das entrevistas possibilitaram a codificação dos dados a partir do recorte do texto para identificação das unidades de registro. Em seguida, classificamos e agregamos os dados em temas, categorias e subcategorias.⁷

Na fase de interpretação e discussão foram estabelecidas relações críticas entre as falas da(o)s colaboradora(e)s, explícitas e implícitas e o contexto científico, a partir da categoria analítica gênero, embasando-se em teórica(o)s que versam sobre a temática, buscando apreender as representações sociais inerentes às falas.

Para a garantia do anonimato utilizamos como caracterização a letra E de entrevistada(o), seguida de um algarismo arábico que correspondeu a ordem crescente de realização da entrevista e do vínculo familiar com a mulher em situação de violência, a exemplo de (E1, irmã), e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O(a)s entrevistado(a)s encontravam-se na faixa etária entre 20 e 70 anos, e desses, apenas dois eram do sexo masculino. Os dados quanto à raça destacaram que 15 familiares eram negra(o)s e quatro branca(o)s, com base na classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em relação à escolaridade quatro não eram alfabetizado(a)s, quatro possuíam ensino fundamental, sete ensino médio e quatro ensino superior.

No que se refere à situação conjugal, onze eram casado(a)s, dois/duas solteiro(a)s, três viúvas e três viviam em união consensual. Sobre a renda familiar um(a) não tinha renda fixa, cinco percebiam até um salário mínimo, nove percebiam uma renda em torno de um a

três salários mínimos e quatro de três a cinco salários mínimos; apenas cinco recebiam bolsa família. Em relação à ocupação, cinco participantes se autodenominaram do lar, três aposentadas, uma pensionista, sete Agentes Comunitária(o)s de Saúde (ACS), um(a) saladeira, um(a) assistente de motorista e um(a) estudante.

Dos dados empíricos da(o)s entrevistada(o)s, o tema violência de gênero nas relações familiares foi discutido a partir das categorias explicitadas a seguir:

Expressão da violência de gênero nas relações familiares

As representações sociais são caracterizadas como uma forma de saber, contidas em conteúdos representativos como informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos, entre outros.⁸

Os familiares de mulheres em situação de violência de gênero evidenciaram a vivência de violência no cotidiano das relações familiares.

[...] eu já imaginava quando meu pai chegava bêbado final de semana, porque já chegava querendo agredir, querendo fechar a porta pra ela [mãe] não entrar, querendo bater, quebrava os móveis, as coisas de dentro de casa, roupa botava no meio da rua [...] eu não aceito isso, em relação a um homem bater na mulher, eu achava isso terrível, eu não sabia lidar com isso [...] eu era totalmente fria, não conseguia ser a mesma filha, não concordava [...] (E3, filha).

Nas relações entre homens e entre mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas é construída,⁴ essa construção foi bem evidente na convivência familiar entre o casal em vivência de violência e seus familiares.

A entrevistada 11 referiu que não estava conversando com a irmã em virtude de ameaças sofridas por ela e seu companheiro pela denúncia que tinha feito no Conselho Tutelar.

[...] ela [irmã] tava [sic] desaparecida desde sexta-feira à tarde, chamei o Conselho Tutelar por causa das crianças, o Conselho Tutelar chamou a polícia, tava em uma casa de drogas, trouxe ela [...] me afastei um pouco dela, por causa dessa vez que eu chamei o Conselho Tutelar, ela juntamente com ele [agressor] foram me ameaçar, nós estávamos brigadas mesmo, sem se falar [...] ela foi me ameaçar de morte [...] (E11, irmã).

O relato evidenciou que a irmã agiu de acordo com a lei ao denunciar os maus tratos praticados pelos familiares com as crianças, recebendo ameaças de morte.

Por sua vez, o afastamento do agressor das relações familiares também foi evidenciado na seguinte fala:

[...] tinha como meu filho [genro agressor] [...] foi criado aqui dentro da minha casa, era tanta liberdade que ele me chamava de mainha, já cansou de ir tirar meu dinheiro, hoje em dia eu tenho ele como um estranho, não permito mais que ele entre na minha casa [...] (E19, mãe).

A mãe evidenciou o afastamento do agressor o que parece estar relacionado à perda da confiança impedindo a convivência familiar.

A(O)s participantes denotaram ainda que a violência deixa a família alerta para a ocorrência de eventos violentos.

[...] presenciei assim, um dia ela [irmã] tava [sic] vindo da festa na madrugada, eu já estava dormindo, eu sabia que ela tinha saído, já fiquei na expectativa de quando ela chegar, nesse dia eu com sono leve escutei os gritos pedindo por socorro. Socorro! Socorro! Aí foi quando eu chamei o meu marido pra que a gente fosse acudir, ele [agressor] já tinha dado socos nela, a boca dela já tava [sic] bem arrebatada, inclusive ela foi pro PA [Pronto Atendimento] [...] ela prestou uma queixa, aí através dessa queixa que ela prestou contra ele, ela sofreu ameaças, não só ela como eu sofremos ameaças, aí nos sentimos encurraladas, aí decidimos retirar [...] (E1, irmã).

[...] ela morou na casa da minha mãe, mas foram seis meses de violência [...] foi um período curto, porém intenso [...] ele acabou matando ela [...] (E11, irmã).

Os achados do estudo evidenciaram que, apesar de não conviverem no mesmo espaço doméstico, os familiares também se veem envoltos na situação de violência, com mudanças no seu cotidiano, seja pela expectativa sobre a ocorrência da violência, principalmente nos finais de semana, seja por situações impostas pela mudança na vida da família vivenciada pela mãe, que culminaram com a morte da filha.

Por outro lado, os relatos mostraram o cotidiano dos familiares com o agressor, conforme os trechos das entrevistas:

[...] chega em minha casa [genro agressor] trato muito bem come e tudo, porque se eu escurraçar [sic] [...] a filha muitas hora [sic] pode ficar revoltada [...] (E9, mãe).

[...] com meu irmão e cunhada vejo uma situação que preciso aproximar mais ainda [...] tenho cartão de crédito, é um meio pra que eu possa estar interagindo, eu faço todo jeito pra não ceder, mas eu vejo que é um meio pra que eu possa estar interagindo com

ele, porque ele também é fechado, eu procuro ter um vínculo, um jeito pra entrar na vida, pra conversar [...] (E15, cunhada).

Podemos inferir que esses familiares utilizaram-se de atitudes apaziguadoras no sentido de agregar os vínculos familiares e promover a interação familiar, ao permitir que o agressor frequente a sua casa, por medo da reação da filha e ao buscar a aproximação do casal a partir da utilização do cartão de crédito como uma forma de ajuda.

A TRS é dirigida à construção e transformação dos saberes sociais em relação a diferentes contextos produzidos na e pela vida cotidiana, configurando uma pluralidade de saberes que está profundamente interligado ao mundo da vida e à experiência vivida de uma comunidade, o que demarca seus referenciais de pensamento, ação e relacionamento.⁹

Nessa perspectiva, podemos apreender as representações sociais dos familiares sobre a violência de gênero ora como crime, na medida em que acompanham a mulher na denúncia, ora como formas de ajuda apenas para minimizar as ocorrências.

O caminho encontrado pelos familiares para apoiar no sentido de ajuda é importante, pois não desprezaram o vivido e tentaram ajudar. Mas ele não é suficiente, considerando que em determinado momento a situação de violência torna-se insustentável, requerendo ajuda institucional dos serviços da rede de violência. Nesse sentido, o papel das políticas públicas ganha destaque no enfrentamento da violência de gênero.

Apesar do isolamento em que as mulheres se refugiam, algumas se sentem inseridas numa rede sócio-humana que, de certa forma, as permite pensar alternativas para permanecer junto ao agressor ou romper com o parceiro, com destaque para as mães que assumem especial importância a partir do momento em que as mulheres se remetem a estas para compartilhar e pedir orientação frente à violência vivida.¹⁰

Implicações da violência para a saúde do familiar

A vivência da violência de gênero também revelou o adoecimento físico e sofrimento psíquico dos familiares.

[...] a minha filha eu vou dar conselho por causa de confusão, passo mal, já fui parar no hospital por causa de confusão, duas vezes quase morta, os médicos e as polícia [sic] no hospital falou que era pra mim sair do meio deixasse lá porque senão eu ia morrer, porque a pressão sobe demais, sou hipertensa [...] (E9, mãe).

[...] cansamos de sair daqui meia noite pra ir pra [sic] casa deles, pra tirar eles de briga, não só a minha família como a família dele também, nervosismo, muito nervosismo,

assim tira a paz total, cem por cento a paz, aí você não vive bem, você não trabalha bem, você não é uma boa mãe, você não é uma boa esposa, seu marido não é um bom esposo, porque tudo influencia, tudo acarreta em cima da família [...] (E19, mãe).

Ressaltamos a partir desses relatos que a inserção da família na convivência da violência de gênero, trouxe adoecimento físico e mental, evidenciando situações que impulsionam, por exemplo, uma mãe ter recorrido à emergência por conta de crise hipertensiva, além de nervosismo, pois a violência tirou a paz da família, interferindo também no cumprimento dos papéis sociais dos familiares.

Os familiares também destacaram o comprometimento do desenvolvimento biopsicossocial da(o)s filha(o)s e envolvimento com as drogas como implicações da violência de gênero para a saúde.

De modo geral, a família estrutura a sua convivência com base nos valores considerados importantes para o viver comum, socializando-os de geração a geração no processo educativo da(o)s filha(o)s como legado familiar. Assim, quando o modo de viver em família se organiza de maneira que seus membros comungam dos mesmos valores e compreendem a sua importância para a convivência familiar, o comportamento pode servir como parâmetro para outras realidades. Contudo, quando não há uma comunhão de valores e as pessoas agem de maneira distinta, configura-se uma convivência conflituosa e desgastante para os membros da família.¹¹

Por sua vez, essa convivência conflituosa propiciou a violência de gênero e atingiu a vida da(o)s filha(o)s que passaram a conviver com sentimentos de medo e revolta, principalmente quando não foi resolvida através do diálogo, conforme os relatos a seguir:

[...] os filhos dele ficavam com medo, o mais velho ficava com medo e o mais novo corria aqui pra casa. Oh, minha avó, meu pai já tá [sic] brigando mais minha mãe e eu não vou pra lá não [...] (E10, sogra).

[...] ficou uns meninos revoltado [sic], aquela malcriação, qualquer coisa que a gente fala, grita, esperneia. Eu vou rumar uma pedra, eu vou matar, [...] de ver aquelas brigas dentro de casa eles fica [sic] revoltado [...] (E9, mãe).

[...] o menino até hoje não sabe ler direito, que ele já é quase da idade do meu menino que já vai pro [sic] primeiro ano [ensino médio] e o menino parece que ainda tá na quinta [ensino fundamental], [...] se der uma coisa pra ler, não lê [...] o sofrimento que já passaram na vida [...] (E6, irmã).

[...] os três aprende pouco, às vezes bota pra fazer uma coisa assim, que uma é agitada demais, os outros são desligados demais, então, tudo tem a ver [...] (E19, mãe).

Os familiares perceberam a relação de violência dos pais como uma convivência prejudicial para a(o)s filha(o)s e identificaram alteração no comportamento, como medo, revolta, agressividade e dificuldade de aprendizagem.

As teorias do trauma e psicanalíticas destacam os prejuízos da convivência em ambiente familiar violento ao prejudicarem a qualidade da interação e da organização do ambiente familiar, o que favorece o aparecimento de problemas emocionais e comportamentais na(o)s filha(o)s.¹²

Estudo constatou que a violência praticada por parceiro íntimo (VPI) mostrou-se fortemente associada aos problemas de comportamento dos filhos em idade escolar e o fato de a mulher ter sofrido a VPI grave foi condição diretamente associada à ocorrência de três ou mais problemas de comportamento entre seus filha(o)s, independentemente da sua condição de saúde mental, da sua escolaridade, da experiência de VPI física intergeracional e do apoio social e comunitário.¹²

Outra implicação para a(o)s filha(o)s decorrentes da convivência da violência de gênero foi destacada pela irmã pelo fato de os três sobrinhos terem presenciado a morte da mãe, conforme trechos da entrevista.

[...] ele foi lá com a faca e cravou no pescoço dela na frente dos filhos [...] foi assim terrível [...] a gente tinha que sair procurando pelo meio da rua esses meninos de noite, [...] quando tava [sic] com fome ficava pedindo pelas porta [sic], eles fugiam [...] eu perguntava: _Por que é que vocês fogem assim? _Ah, tia sei lá, me dá uma coisa assim na minha cabeça, a gente sai andando [...] uma desorientação, fugir da situação [...] (E11, irmã).

Após terem presenciado o assassinato cruel da mãe, as crianças ficaram desorientadas e começaram a fugir de casa, andando pelas ruas sem direção na tentativa de fuga da situação, que a nosso ver parece ter gerado marcas psicológicas e vulnerabilidade social dessas crianças, pelo luto vivido pela perda da mãe decorrente de assassinato.

O uso de drogas, a gravidez na adolescência e a prostituição também foram destacados pelos familiares do estudo como reflexos para a vida da(o)s filha(o)s de mulheres em vivência de violência de gênero, a seguir explicitados:

[...] a gente que é membro da família vê os filhos da minha irmã já na mesma situação [...] o marido é usuário [drogas], as filhas já tá no mesmo caminho [...] as duas se envolveram com usuários [drogas], já tem filhos, uma tem dezessete, outra tem dezoito anos [...] (E5, irmã).

[...] a influência das brigas todo momento que eles tinham discussão eu pensava logo em esquecer aquilo ia me drogar [...] horizonte aberto foi a minha vida, procurei assim esquecer as coisas que eu tava [sic] vivendo na prostituição, nas drogas [...] isso é um reflexo mesmo de violência de dentro de casa que vai refletir ne um filho [sic] ou ne uma filha [sic] [...] (E16, filho).

Diversos fatores tornam os adolescentes vulneráveis às mudanças comportamentais e aos problemas de saúde. Entre estes, são destacados fatores individuais como sexo, idade, características psicológicas como autoestima, autoconfiança e determinação; fatores familiares relacionados à história de problemas de saúde mental, problemas de álcool/drogas, violência física, psicológica e sexual, violência entre os pais, perdas por morte, separação dos pais; fatores socioculturais como pobreza, violência no contexto social, apoio/suporte social e fatores biológicos, compreendidos articuladamente.¹³

As condições desfavoráveis vivenciadas durante toda a infância e adolescência, incluindo a presença de álcool/drogas em casa e vivências de pobreza e violência, evidenciadas por famílias em situação de degradação e a vivência de presenciar a violência conjugal foram fatos que marcaram a infância de mulheres toxicodependentes.¹⁴

A configuração de um ambiente favorável à adoção de comportamentos como o consumo de drogas é influenciada por uma série de fatores, sendo a família um dos mais importantes. Além disso, embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado ao maior risco da(o)s filha(o)s se tornarem usuários, tendo em vista que o comportamento lhes serve de modelo, é a atitude permissiva que mais pesa na equação.¹⁵

Os potenciais riscos para o uso de álcool por adolescentes identificados no contexto familiar estão relacionados à falta de suporte parental, pais liberais, relacionamento conflituoso com os pais, ter sofrido maus tratos e vivenciado a violência de gênero, entre outros.¹⁶

No contexto das relações violentas relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas, o uso abusivo de substâncias psicoativas não deve ser assumido como causa de um fenômeno social e complexo como a violência, para não recairmos no reducionismo positivista da unicausalidade, pois são notórias questões de gênero como a opressão que sempre recai sobre as mulheres e crianças por possuírem o menor poder, entre outros aspectos.¹⁷

A Organização Mundial da Saúde ressalta que a violência doméstica apresenta inúmeras implicações para a saúde física e mental das mulheres e de suas crianças e ao procurar frequentemente os serviços de saúde estas não esperam que a(o)s trabalhadora(e)s

de saúde resolvam o seu problema, mas gostariam de ser escutadas e tratadas de uma forma que as ajudasse a ganhar a força que precisam para assumirem o controle das suas decisões, no entanto, de modo geral, esses trabalhadora(e)s têm dificuldade em interrogar as mulheres sobre violência, considerando a falta de tempo, a formação e a competência profissional para o fazerem adequadamente.¹⁸

Pesquisa mostrou que o enfrentamento da violência de gênero pela(o)s trabalhadora(e)s da ESF, parecia se limitar à discussão de ações pela equipe não envolvendo a participação da mulher para motivar uma atitude proativa e o exercício da cidadania.¹⁹

Diante do exposto, este estudo quer suscitar reflexões sobre a complexidade da violência perpassando pelas gerações e por desdobramentos inerentes aos aspectos socioculturais, biológicos, psicológicos, econômicos, relacionados às condições de vida e de saúde, o que requer olhar atento das políticas públicas e dos serviços assistenciais dando prioridade ao formato de rede, além da necessidade de investimentos na formação acadêmica e capacitação técnica para atuação nesses serviços.

Filha(o)s participando dos atos agressivos

Os familiares revelaram que as crianças participaram dos episódios da violência de gênero.

[...] no caso, são quatro filhos [...] a vivência deles quando têm assim esses atritos dentro de casa, as meninas defendia muito a mãe [...] quando o pai ia bater [...] tomavam a frente, porque [...] ele drogado, as meninas batia nele também [...] as filhas [...] entra tudo no meio, é um negócio feio! [...] (E5, irmã).

[...] antigamente quando era menor a gente via a tristeza delas, chorava muito, mas hoje em dia elas tão dona [sic] de si as meninas grande. Se partir pra cima da mãe, graças a Deus que elas cresceram, hoje elas protege [sic] a mãe [...] tenho pena das criança, tem criança pequena [...] que é neto dele [agressor], [...] ia fazer dois anos ainda viu! [ênfase], pegou a faca, como ele não fala direito ele ficou marcando pro avô e ficando hum, hum, hum, dizendo que ia rumar[sic] no avô pra defender a mãe [...] (E6, irmã).

[...] a criança mais ainda sem saber o que fazer [...] hoje ele vai em cima, mas até a idade de cinco anos ele saía correndo, gritando dentro de casa, socorro vó, socorro, acode aqui, acode aqui aquele desespero [...] (E15, cunhada).

Os relatos demonstram que a(o)s filhos começaram a participar do evento da violência em defesa da mãe.

Estudo mostrou a necessidade de apoio emocional para filhos de casais que presenciaram a violência de gênero, ressaltando que crianças que presenciaram a violência se encontram vulneráveis ao comprometimento de sua saúde psicossocial, tendendo a naturalizar e reproduzir tal comportamento nas relações sociais.²⁰

A família como âmbito social oportuniza uma interação mais direta e clara entre as várias gerações, e de modo geral, as relações entre as gerações na família são ambivalentes e ambíguas, pois ao mesmo tempo em que apresentam nuances inerentes às relações de poder, apresentam conteúdo densamente afetivo.²¹

Em nossa cultura, a família assume a função básica de socializar entre seus membros a mediação entre o sujeito e os hábitos, as leis e a ética social na formação dos cidadãos, embasando essa socialização a partir de valores familiares e socioculturais apreendidos na convivência em rede estabelecida entre a família, a cultura e a sociedade.²²

Sentimentos dos familiares

Os afetos estão na base da construção das representações sociais porque o objeto nos instiga a falar sobre ele como uma compulsão, não apenas para preencher as lacunas, diminuir a distância entre o que se conhece por um lado e o que se observa por outro lado, mas para reafirmar os laços com o grupo, pelo reconhecimento como participante daquele grupo, pois fala a mesma linguagem.²³

Nessa direção, os familiares relataram que a convivência no contexto da violência de gênero produziu sentimentos de tristeza, angústia e amargura que denotaram sofrimento pela impotência, conforme as falas a seguir:

[...] *minha mãe sofria muito porque morava na casa em baixo e ela ficava ouvindo os gritos, móveis quebrando, porta quebrando, porque ele chegava arrombando tudo [...] um sofrimento pra quem vê e não pode fazer nada [...]* (E11, irmã).

[...] *Eu fico impotente, assim porque a gente quer ajudar e não sabe como [...] deixa a gente triste porque tem que depender dela sair desse problema [...] meu pai é muito triste também com essa situação [...]* (E5, irmã).

[...] *eu sinto muito por minha filha, vivo amargurada da minha vida, eu não tenho prazer em minha vida não [voz chorosa] [...] tá fazendo disso [sic] com a minha filha, judiando [agressor] [...] é um desgosto na minha vida [voz chorosa] [...] sabe o que é a gente ter um filho pra viver sofrendo? [...]* (E7, mãe).

[...] pior que eu não posso nem ir lá, fico só do meu quintal [...] infelizmente a gente não pode fazer nada [...] fico saindo no quintal pra tentar vim defender ela, mas meus filho [sic] não quer que eu vou pra lá [...] ele querer fazer alguma coisa comigo [...] (E6, irmã).

Os familiares enfatizaram a impotência que vivenciam ao conviverem com a situação de violência de gênero, seja por medo do agressor, seja porque a mulher não aceita ajuda.

Os relatos evidenciaram impotência das irmãs ao referirem que não podiam interferir na situação de violência por medo da reação do agressor e das consequências que seu envolvimento poderia trazer, mostrando que o poder exercido pelo homem se ampliou aos familiares na tentativa de cercear todas as possibilidades de fortalecimento da mulher.

Estudo verificou que com o aumento do tempo de convívio do casal os reflexos da violência física, psicológica e, às vezes, sexual, para a mulher iam transformando a configuração das suas redes sociais, que se tornavam cada vez mais restrita e reduzida a atores com pouco poder para oferecer apoio. Por sua vez, a restrição da rede sócio-humana restringia e dificultava o acesso à rede socioinstitucional favorecendo a permanência das mulheres na situação de violência.¹⁰

Por isso, torna-se importante que as equipes da ESF contemplem os familiares nas ações de prevenção e controle da violência de gênero, considerando que estes familiares necessitam de cuidado na vivência da violência, além de auxiliar a mulher no seu enfrentamento, considerando que a família está envolvida e precisa ser ouvida.

O estudo destacou que o medo é um sentimento que permeou o cotidiano de familiares que conviviam com a mulher em situação de violência, mesmo que não residissem no mesmo domicílio.

[...] a gente da família ficou tudo destruído, naquele pânico, naquele choro, com medo de ouvir morte [...] (E13, mãe).

[...] um grande medo da minha mãe os vizinhos ligar, às vezes é tão forte, o menino sai gritando desesperado [...] (E15, cunhada).

O medo das frequentes ameaças e agressões, somados a vergonha por se manter na relação, contribui para o isolamento da mulher, impedindo que esta exponha a violência vivida. Além disso, os contatos considerados indesejados pelo marido são evitados, temendo novas agressões, o que leva as mulheres a se refugiarem num silêncio que se estende até as instituições que lhe poderiam dar algum suporte.¹⁰

A mãe referiu em seu relato que a família tinha medo de ouvir a qualquer momento que a filha tivesse morrido como desfecho dos atos violentos, mostrando de um lado a fragilidade da mulher e de outro lado, a vulnerabilidade à violência. Por sua vez, a cunhada

referiu que sua mãe tinha medo de que os vizinhos denunciassem as agressões, pois as cenas eram muito fortes e a criança às vezes gritava desesperada após presenciar as agressões ocorridas entre o pai e a mãe, o que demonstrou que alguns familiares parecem contribuir para que a violência de gênero permaneça velada no interior dos domicílios, dificultando qualquer decisão da mulher de enfrentamento da situação.

Por conseguinte, alguns familiares revelaram que a convivência com a situação de violência produziu sentimentos de revolta e vergonha.

[...] *uma revolta porque na minha família acontece isso com minha irmã [...] fico revoltada [...]* (E6, irmã).

[...] *aquele dia a dia que eu não sabia mais nem o que fazia [...] passei muita vergonha, muita humilhação [...]* (E13, mãe).

[...] *sempre foi receosa com esta questão de chamar a polícia, porque passa vergonha e também é a imagem dela como mãe [...]* (E15, cunhada).

A irmã sentiu-se revoltada com o vivido da violência na família. A mãe destacou que passou muita vergonha e humilhação pelas agressões sofridas pela filha e a cunhada referiu que sua mãe tinha receio de chamar a polícia e prejudicar sua imagem perante a sociedade, a partir da exposição pública da violência na sua família, mostrando que no imaginário social de alguns familiares ainda prevalecia à ideia de que a violência deve restringir-se ao contexto privado da casa.

A TRS recupera a noção de sujeito como ator social, na medida em que este é considerado um indivíduo ativo que constrói a sua realidade a partir do contexto sociocultural em que está inserido, portanto, das suas representações, tanto de maneira individual como social²⁴.

Ressaltamos a representação dos familiares destacando a necessidade de preservar o silêncio da família, não expondo a vivência da violência de gênero ao espaço público, ancorando-se em questões culturais fortemente arraigadas no seu cotidiano.

Estudo mostrou que a busca pelo apoio das famílias pela mulher em situação de violência inicialmente procedeu em seu próprio meio social mais próximo, sendo importante a participação dada à família e à rede de amigos. Entretanto, as ações de suporte e ajuda para as mulheres em situação de violência, por um lado apresentam desarticulações com o que realmente as mulheres esperam receber, que vai além das consequências imediatas dos atos violentos, e por outro lado, são constituídas pela compreensão, solidariedade, proteção e melhoria das condições econômicas.²⁵

Somado a isso, os trabalhadora(e)s da ESF tendem a focalizar o fenômeno na esfera privada, sem analisar os determinantes sociais de saúde inerentes às condições de vida e de saúde das pessoas envolvidas.²⁶

Por sua vez, a ESF como uma política pública de saúde precisa através da(o)s trabalhadora(e)s de saúde, com destaque para a enfermeira, reconhecer que esses familiares se sentem impotentes ao ter em sua família uma mulher em situação de violência de gênero, seja por medo, seja por não saber o que fazer, o que requer envolvê-los nas ações desenvolvidas pelos serviços assistenciais no intuito de apoiá-los e de agregá-los como pessoas imprescindíveis para auxiliar a mulher no enfrentamento da violência de gênero.

CONCLUSÃO

As representações sociais de familiares sobre a violência de gênero, compreendida a partir da inserção desses familiares no grupo de pertencimento, mostrou que ora a violência é considerada crime, ora os familiares utilizam-se de atitudes apaziguadoras como formas de ajuda para minimizar os atos violentos nas relações familiares, o que parece evidenciar a naturalização da violência no imaginário social desses familiares e dificultar o enfrentamento da violência pela mulher.

Por sua vez, a convivência com a violência nas relações familiares propiciou adoecimento aos sujeitos envolvidos, com comprometimento para o desenvolvimento psicossocial e comportamental do(a)s filha(o)s, além de envolvimento com drogas, prostituição e gravidez na adolescência.

Toda essa problemática evidenciou sentimentos de tristeza, angústia, medo e impotência nos familiares considerando que estes na maioria das vezes, não conseguiam interagir no contexto da violência no sentido de minimizar ou resolver a situação, seja por medo do agressor, seja por entender que a saída da situação dependia apenas da mulher.

As representações apreendidas dos familiares retrataram ainda que a violência de gênero ficou restrita ao silêncio do espaço privado do lar, não dando visibilidade à esfera pública, o que pode estar ancorado fortemente em questões culturais contribuindo para a legitimação da violência de gênero no contexto das relações familiares, além de ter dificultado seu enfrentamento pela mulher.

Essas representações convidam aos profissionais de saúde e dos demais serviços que assistem à mulher em situação de violência de gênero a refletirem sobre sua prática,

considerando a necessidade de mudança destas representações, na perspectiva de uma abrangência desta prática.

Ressaltamos que, no contexto da violência de gênero, as ações não devem restringir-se apenas às atribuições do setor saúde, mas requer-se que as ações desenvolvidas pela(o)s trabalhadora(e)s dos serviços da rede de violência ampliem a sua abrangência considerando estas representações, não se limitando apenas a atenção à mulher em situação de violência ou ao agressor, mas incluindo a família como unidade de cuidado que interage nesse contexto, seja agindo diretamente, seja auxiliando a mulher no enfrentamento da violência.

Além disso, cabe à gestão pública estruturar os serviços da rede de violência de maneira que o Estado propicie o enfrentamento da violência de gênero pela mulher e por seus familiares de maneira fortalecida, encontrando uma rede estruturada, efetiva e bem articulada intersetorialmente.

REFERÊNCIAS

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Soc. Estado. 2014 Mai-Ago; 29(2): 449-69.
2. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília (DF):MS; 2009.
4. Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo(SP): Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.
5. Scott P. Famílias brasileiras: poderes, desigualdades e solidariedades. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE; 2011.
6. Oliveira FO, Werba GC. Representações sociais. In: Strey MN, Jacques MGC, Bernardes NMG, Carlos SA, Fonseca TMG, et al. Psicologia social contemporânea: livro-texto. 21ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2013.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª Ed de 2011. São Paulo(SP): Edições 70, 2011.
8. Almeida GJ. As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In: Santos MFS, Almeida LM, organizadores. Diálogos com a teoria das representações sociais. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE; 2005.

9. Jovchelovitch S. Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis(RJ): Vozes; 2008.
10. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc Saúde Colet*. 2013 Mai 18(5): 1293-304.
11. Althoff CR. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá (PR): EDUEM; 2002.
12. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saúde Pública* 2011 Abr; 45(2): 355-64.
13. Santos DCM, Jorge MSB, Freitas CHA, Queiroz MVO. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul Enferm*. 2011 Nov-Dez; 24(6): 845-50.
14. Bittar DB, Nakano AMS. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jan-Mar; 20(1):17-24.
15. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2013 Jul-Set; 22(3): 662-70.
16. Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2012 Mar-Abr; 25(2): 214-8.
17. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG, et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta Paul Enferm*. 2012 Nov-Dez; 25(6): 895-901.
18. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca*. Genebra(CH): OMS; 2008.
19. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Mendes VMMP, Paiva MS, Diniz, NMF, et al. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto Contexto Enferm*. 2014 Jul-Set; 23(3): 735-46.
20. Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Jan-Fev; 22(1):4-9.

21. Motta AB. Envelhecimento e relações entre gerações. In: Longhi M, Almeida MCL, organizadores. Etapas da vida: jovens e idosos na contemporaneidade Recife(PE): Editora Universitária da UFPE; 2011.
22. Schenker M. valores familiares e uso abusivo de drogas. Rio de Janeiro(RJ): Editora Fiocruz; 2008.
23. Arruda A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D, organizadores. Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília(DF): Thesaurus; 2009.
24. Alba M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília(DF): Editora Tecnopolitik; 2011. 393-430p.
25. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Jul-Set; 19(3): 417-24.
26. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela, ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EN, et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saude Soc.* 2014 Jul-Set; 23(3): 828-40.

5.4 ESTRATÉGIAS DE FAMILIARES NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O artigo “Estratégias de familiares no enfrentamento da violência de gênero” foi formatado conforme as instruções para a(o)s autora(e)s da Revista Saúde e Sociedade órgão oficial de publicação da Universidade de São Paulo, disponíveis no link: <http://www.scielo.br/revistas/sausoc/pinstruc.htm>, acessado em novembro de 2014.

“Estratégias de familiares no enfrentamento da violência de gênero”.

Vanda Palmarella Rodrigues¹

Normélia Maria Freire Diniz²

Correspondência

Vanda Palmarella Rodrigues

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/ Campus de Jequié

Av. José Moreira Sobrinho, s/n

Jequiezinho, Jequié/BA CEP 45.206-190

vprodrigues@uesb.edu.br

Estratégias de familiares no enfrentamento da violência de gênero ¹

Strategies of family members about the confrontation of gender violence

Vanda Palmarella Rodrigues² Normélia Maria Freire Diniz³

Resumo: o artigo teve como objetivo analisar as estratégias de enfrentamento dos familiares diante da violência de gênero. Pesquisa qualitativa embasada na Teoria das Representações Sociais realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência de gênero, cadastrados em unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município baiano. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada entre abril e setembro de 2014, organizados por meio da técnica de análise de conteúdo temática. As representações dos familiares mostraram a violência restrita ao contexto privado da família, ancorando-se nas questões culturais. Os familiares objetivaram as dificuldades encontradas nos serviços de saúde e policiais, configurando a falta de confiança nesses serviços no enfrentamento da violência de gênero. Ressaltamos a necessidade de reestruturação dos serviços assistenciais da rede de violência no sentido de superar as limitações desses serviços para garantir o enfrentamento da violência de gênero pela mulher e seus familiares.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Saúde da família. Gênero e saúde.

Abstract: This article aims to analyze the coping strategies of family members about the confrontation of gender violence. It is a qualitative research based on the Theory of Social Representations, conducted with 19 relatives of women in gender violence situation, registered in Family Health Strategy units of a Bahian municipality. The data were collected through semi-structured interviews between April and September 2014, organized by the thematic content analysis technique. The family members' representations showed violence to be restricted to the private sphere of the family, anchored on cultural issues. The family members objectified the difficulties encountered in the health services and the police, showing the lack of confidence in those services when confronting gender violence. We stress the need for restructuring the healthcare services' network of violence to overcome the limitations of these services ensuring the confrontation of gender violence by women and their families.

Keywords: Violence against women. Family health. Gender and health.

¹Trabalho extraído da tese: "Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero" do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Bolsa Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

² Doutora em Enfermagem PPGENF/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Endereço: Rua Everaldo Santos, 336, Jequiezinho, CEP 45204-190, Jequié, Ba, Brasil. E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV da Escola de Enfermagem da UFBA. Endereço: Rua Estácio Gonzaga, 98, Ap.102, Horto Florestal, CEP 40295-020, Salvador, Ba, Brasil. E-mail: normeliadiniz@gmail.com

Introdução

A violência situa-se na interface da saúde com a sociedade abrangendo muitos espaços que incluem desde os crimes de guerra ou abusos no interior das instituições governamentais, aos diversos espaços públicos, estendendo-se às relações de caráter afetivo, sexual ou familiar no mundo privado. Por isso, seu controle não se restringe apenas aos apelos individuais ou comportamentais para a responsabilidade no plano ético, social e político, mas tem início pela própria reconstrução da vida em sociedade, moral e legalmente, na perspectiva de reorientar as relações interpessoais tanto quanto as do próprio Estado com a sociedade civil (Schraiber, 2014).

A violência de gênero perpassa pelo entendimento de que as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais, ou seja, interpessoais, com cenários sociais e históricos sem uniformidade. Assim, historicamente, a violência física, sexual, psicológica, patrimonial ou moral tem como foco os corpos femininos, ocorrendo tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos, determinada pelas relações assimétricas de poder que permeiam o cotidiano das pessoas (Bandeira, 2014).

Os resultados de uma pesquisa realizada a partir dos casos registrados de violência, extraídos dos Boletins de Ocorrências da Polícia Civil, em uma cidade de médio porte de Minas Gerais (BH) mostraram que das 7.487 ocorrências de violência contra a mulher, 44,6% dos casos foram de ameaça, seguida de 28,5% de agressão, em sua maioria contra as mulheres adultas (80,9%), causadas pelos companheiros (50,8%) (Leite e col., 2014).

No que se refere aos óbitos, uma pesquisa estimou que no Brasil entre 2001 a 2011 ocorreram por dia, em média, 13,5 óbitos de mulheres por agressões, concentrados na faixa etária de 20 a 39 anos (52,5%), destacando o domicílio como importante local de ocorrência (Garcia e col., 2013).

A ruptura da violência de gênero demanda, em geral, intervenção externa, pois raramente uma mulher consegue numa relação afetiva desvincular-se de um homem violento sem auxílio externo. Sem este auxílio é descrita uma trajetória oscilante, com movimentos de saída e de retorno da relação, configurando o ciclo da violência, cuja utilidade é meramente descritiva, pois a mesma ocorre em escalada, além disso, quando a mulher permanece na relação por um longo período, em geral, utiliza várias estratégias para reagir à violência perpetrada pelo companheiro (Saffioti, 2004).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltamos que a partir de 1984 o Ministério da Saúde propõe uma ação voltada exclusivamente para as mulheres na saúde pública através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) mas e

apenas a partir de 1996 que a violência passou a ser contemplada com a redefinição das diretrizes estratégicas do programa, sendo estabelecidas medidas de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual, por meio da elaboração de vários documentos técnicos que nortearam o cuidado à saúde da mulher em situação de violência até o contexto atual (Bandeira, 2014).

Considerando a invisibilidade do fenômeno nos serviços jurídicos, além do peso da tradição e das representações relativas aos papéis tradicionais relacionados às mulheres, urge a emergência da expressão violência de gênero, associando-se à luta da violência contra as mulheres, bem como a outras reivindicações de valores feministas concernentes a mudanças na ordem legal, social e jurídica para interferir na estrutura patriarcal familiar vigente e avançar na implantação de políticas públicas de combate à violência de gênero, ancorada em lei específica (Bandeira, 2014).

Nessa perspectiva, a gestão pública deve viabilizar a reestruturação dos serviços da rede de atenção, para garantir à mulher, que decide denunciar a violência vivida, todas as condições de proteção e assistência previstas na legislação, assegurando o acesso e acolhimento nos diversos serviços nas áreas de saúde, educação, assistência social, jurídica e policial por profissionais capacitados e sensíveis à problemática da violência de gênero, por meio da implementação de ações necessárias ao atendimento das demandas da mulher, evitando atitudes prescritivas ou que reproduzam a naturalização da violência (Rodrigues e col., 2014).

Por sua vez, a família torna-se elemento fundamental no desenvolvimento de estratégias para minimizar a violência ou empoderar a mulher no enfrentamento da violência de gênero. Este empoderamento significa atribuir poder às mulheres, aumentando sua autoestima, além da implementação de ações afirmativas (Saffioti, 2004).

Este estudo está fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS) partindo do princípio de que a elaboração das representações sociais como formas de conhecimento prático que orientam as ações no cotidiano, se dá na interface dos conteúdos que circulam em nossa sociedade com as forças decorrentes do próprio processo de interação social e as pressões para definir uma dada situação de forma a confirmar e manter identidades coletivas. Nesse sentido, o contexto social decorre da justaposição entre o texto sócio-histórico inerente às construções sociais que alimentam nossa subjetividade e o texto-discurso, versões funcionais constituintes de nossas relações sociais (Spink, 2013).

Assim, esse estudo propõe a apreensão das representações dos familiares sobre a violência de gênero, na perspectiva da família compreender a violência e seu enfrentamento a partir das relações sociais inerentes a sua inserção no contexto sócio-histórico.

Com isso, a partir dessas representações pretendemos promover reflexões mediante as ações assistenciais desenvolvido pela(o)s trabalhadora(e)s dos serviços da rede para as situações de violência de gênero, de maneira a rever as lacunas existentes e incluir os familiares de mulheres em situação de violência nas suas práticas, considerando que estes familiares ao vivenciarem o contexto da violência auxiliam a mulher, definem e desenvolvem ações no enfrentamento da violência pela mulher.

Para tanto, o artigo objetiva analisar as estratégias de enfrentamento dos familiares diante da violência de gênero.

Métodos

Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com 19 familiares de mulheres em situação de violência de gênero cadastradas em 10 Unidades de Saúde da Família (USF), do município de Jequié, localizado no interior do estado da Bahia, entre a(o)s quais: seis mães, cinco irmãs, duas/dois filho(a)s, uma sogra, três prima(o)s e duas cunhadas.

Para tanto, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: familiares que residem no mesmo domicílio da mulher ou em domicílio próprio, cadastrada(o)s na USF selecionada para o estudo, maiores de 18 anos com ou sem vínculo consanguíneo, e com capacidade de manter a comunicação verbal e de exclusão, aqueles familiares que estavam com alguma condição de saúde que impedia a sua participação, a exemplo de hospitalização.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, no período de abril a setembro de 2014, com a utilização de um gravador, com duração média de 40 minutos, realizadas na USF (11) e no domicílio (8), deixando-os à vontade para responder à seguinte afirmação: Fale-me sobre a vivência da violência doméstica contra a mulher na sua família.

Os dados foram coletados após análise e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer nº 456.776/2013, CAEE 23641513.8.0000.5531, visando cumprir os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

Nesse direcionamento, solicitamos aos/às participantes a leitura prévia ou procedemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizamos os esclarecimentos pertinentes e, posteriormente solicitamos a assinatura pela(o)s participantes.

Na organização dos dados, utilizamos o método da análise de conteúdo, modalidade

temática, com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido e propiciar uma comunicação significativa ao alcance dos objetivos propostos seguindo três etapas: a pré-análise que consistiu na leitura flutuante do material empírico inerente às entrevistas. Sucessivas leituras do conteúdo das entrevistas possibilitaram a codificação dos dados, a partir do recorte do texto para identificação das unidades de registro. A partir daí, os dados foram classificados e agregados estabelecendo os temas e posteriormente, as categorias e respectivas subcategorias (Bardin, 2011). Nesse artigo, discutimos o tema: enfrentamento da violência de gênero por familiares e vizinhos utilizando a categoria analítica *gênero*.

Identificamos a(o)s participantes pela letra E de entrevistado, seguida do número que indica a ordem crescente de realização da entrevista, seguida do vínculo familiar com a mulher em situação de violência, a exemplo de (E1, irmã), e assim sucessivamente.

Resultados e discussão

O(a)s entrevistado(a)s encontravam-se na faixa etária entre 20 e 70 anos, e, desses, apenas dois são do sexo masculino. Os dados quanto à raça/cor destacaram que 15 familiares são negra(o)s e quatro são branca(o)s. Em relação à escolaridade, quatro não eram alfabetizado(a)s, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, um(a) ensino médio incompleto, seis ensino médio completo, três ensino superior incompleto e um(a) possuía ensino superior completo.

No que se refere à situação conjugal, onze eram casado(a)s, dois/duas solteiro(a)s, três viúvas e três viviam em união consensual. Sobre a renda familiar, um(a) não tinha renda fixa, cinco contemplavam até um salário mínimo, nove tinha uma renda em torno de um a três salários mínimos e quatro de três a cinco salários mínimos; apenas cinco recebiam bolsa família. Em relação à ocupação, cinco participantes se autodenominaram do lar, três aposentadas, uma pensionista, sete Agentes Comunitária(o)s de Saúde (ACS), entre outras.

Dos resultados emergiu o tema: enfrentamento da violência de gênero por familiares e vizinhos, destacando as ações desenvolvidas pelos familiares e vizinhos para enfrentarem a violência de gênero na sua família e os serviços assistenciais procurados nesse enfrentamento, discutido a partir das categorias explicitadas a seguir.

Conselho

O conselho foi referido pelos familiares de mulheres em situação de violência de gênero como a prática mais comum utilizada por estes quando tomavam conhecimento ou presenciavam as agressões vivenciadas pela mulher na sua família.

[...] Eu falo pra ela, a gente tá dando conselho pra [sic] o bem, tu orar, pra tu tirar o sentimento da tua cabeça daquele homem, vai te cuidar. Viu, não come, o de comer [sic] fica lá, no outro dia vai pro mato [...] ele liga, liga pra ela, pergunta onde ela tá, aí ela, que tu tá procurando por minha vida? Larga minha vida! [...]. (E7, mãe)

[...] a gente dava conselho, a gente pedia pra ela sair, pra ela se afastar dele por um tempo, por um período pra ele se acalmar, quem sabe até não passava essa vontade de matar, mas ela não aceitava assim ajuda nenhuma. Não tinha o que fazer. A gente não quis denunciar porque com certeza ela iria dizer que não, porque ela ficou tantos anos convivendo com ele, quando ela resolveu prestar uma queixa, já foi nos últimos dias antes de ser assassinada [...]. (E11, irmã)

[...] o pai, eu, a avó, tudo ao lado, os tios, tudo ajudando ela dar conselho de tirar ela dele, dela sair pra fora pra trabalhar nada era nada [...]. (E13, mãe)

Os familiares evidenciaram de modo geral, que aconselhavam a mulher a afastar-se do agressor como saída para a situação de violência vivenciada, de maneira que a mulher começasse a se valorizar cuidando da imagem corporal, da alimentação e realização pessoal por meio da inserção no mercado de trabalho. Percebemos ainda que a vivência da violência a partir da percepção dos familiares torna a mulher fragilizada ao ponto de anular-se como pessoa e cidadã, deixando de cuidar do seu próprio corpo e vida social, o que reafirmava sua dependência e submissão ao homem.

Em geral, com a vivência da violência a mulher é anulada e desvalorizada como pessoa em todos os ângulos da sua vida, ainda mais que esse fenômeno ocorre em escalada. Nesse contexto, o conselho pode até ajudar, mas não resolve, pois a mulher precisa compreender o que está vivenciando e decidir o que deseja fazer e isso leva tempo.

As representações sociais são entendidas como uma forma de conhecimento de senso comum e socialmente partilhado que pode ser construído por um sujeito ativo que interage em íntima relação com um objeto construído culturalmente, revelando as marcas tanto do sujeito como do objeto, ambos inscritos no contexto social e histórico (Trindade e col., 2011).

Podemos apreender a partir das representações dos familiares que a violência de gênero parecia estar restrita ao domicílio, seja quando o familiar incentivava o desfecho da violência por meio da reconstrução da vida pela mulher apenas com o afastamento do agressor, sem dar visibilidade pública e sem considerar as particularidades de cada situação, seja quando evidenciavam que não viabilizaram a denúncia.

No entanto, a cunhada aconselha o casal a reconstruir a relação afetiva, superando as questões culturais que delineiam condutas de conflitos, destacando uma concepção machista que centralizava a virgindade da mulher como motivo para permitir seus atos violentos.

[...] chamei ele muita atenção, chamei a atenção dela [...] não havia mais respeito, não havia mais amor, porque o que tinha que haver entre eles era o perdão de tudo o que eles tavam [sic] vivendo, pra que houvesse uma reconstrução da família deles, mas até então eles não estavam mais disposto [...]. Perder ele era perder a dignidade dela, porque ele sempre jogava na cara dela que ele não pegou ela virgem [...]. (E15, cunhada)

Este relato traduziu a influência das questões culturais ainda muito presentes no contexto da violência de gênero, reafirmando a cultura patriarcal além de denotar a influência dos ensinamentos religiosos que definiam o perdão nas relações entre as pessoas e a reconstrução da família como parâmetros aceitáveis para a boa convivência do casal.

Os familiares fizeram referência à representação social do irmão no que diz respeito à associação da santificação da mulher à mulher virgem. Dessa forma, a submissão das mulheres na sociedade ainda reafirma o reconhecimento do direito patriarcal dos homens (Saffioti, 2004).

Espiritualidade

Os familiares referiram que a oração era uma prática cotidiana em suas vidas para fortalecê-los na vivência da violência de gênero.

[...] pra dizer a verdade só Deus não vou em igreja, mas eu gosto muito de orar, ontem de noite doze e pouca falei, Oh Jesus, eu vou orar só por eles, ele não merece, mas eu pedi por ele, pedi por ela, pedi pelas crianças [...]. (E6, irmã).

[...] De noite eu faço minhas oração [sic] graças a Deus, bato o joelho lá no chão, faço minhas oração. [...]. (E7, mãe)

[...] as nossas arma [sic] mesmo é a oração e sempre colocar a palavra de Deus pra ele, sempre mostrar que não é por aí, tem que buscar o perdão, tem que amar, tem que suportar, tem que dialogar mais. A gente tem combatido muito assim com oração [...]. (E15, cunhada)

A espiritualidade constitui um conjunto de práticas, atitudes, valores e sentimentos que nasce da relação consigo próprio, com as demais pessoas e com o divino, dando sentido à vida e às histórias pessoais, influenciando e sendo influenciada por fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos e religiosos (Gomes e Santo, 2013).

Nessa perspectiva, a(o)s profissionais da rede que assistem à mulher em situação de violência, necessitam reconhecer a importância da espiritualidade para os familiares se fortalecerem no enfrentamento das fragilidades e adoecimento vividos pela violência de gênero, no intuito de ampliar o foco do cuidado que por vezes se encontra centrado na queixa, aproximando da realidade concreta ao valorizar as singularidades inerentes à subjetividade humana.

Os familiares referiram ainda que convidam a mulher e o agressor para procurarem a igreja como fonte de apoio e saída da situação de violência.

[...] o jeito que eu dava era dar apoio aqui, dessa vez que ela tava [sic] aqui, dei apoio pra ela ir pra igreja, pra se converter, mas assim, ia pra igreja um dia, dois, quando o culto tava [sic] na hora de dar o amém ela chegava na igreja, eu digo, tu não sabe quando começa o culto, tu não sabe que [sic] começa o louvor, tu não sabe a palavra, a palavra da hora da mensagem [...] deu pra falar do pastor. Ah, porque o pastor é isso, é aquilo [...]. (E2, mãe)

[...] aí também eu falei, oh! meus Deus, o que é que eu posso fazer mais?, a não ser eu convidar ela pra ir pra igreja pra Deus repreender aquele mal na vida deles dois, porque não é possível um casal viver daquela maneira, eu peço a Deus agora [...]. (E5, irmã)

[...] ela tá buscando um pouco ir pra igreja, ele não vai muito [...] hoje tá mais apaziguado, porque como eu te falei, muita, muita oração, muito momento de diálogo também, ainda tá nesse processo ainda de transformação, de vez em quando tem um pega pra capá [sic] [...]. (E15, cunhada)

Os relatos dos familiares demonstraram que em virtude de aconselharem, convidarem ou acompanharem a mulher, e por vezes o homem, à igreja, indicavam uma alternativa para o casal libertar-se da violência de gênero, pois a igreja auxiliava na repreensão do mal vivido. Dessa forma, quando a pessoa se encontra em situação de fragilidade precisa desse processo espiritual que está no seu ser, independente da religião, o que requer que a(o)s trabalhadora(e)s de saúde não critiquem essas formas de ajuda bastante utilizadas nesse contexto.

Entre a(o)s usuária(o)s dos serviços de saúde é observada a importância da vivência religiosa no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças graves, entre as quais incluímos a violência. Por sua vez, a igreja, ao propiciar a reunião de pessoas com propósitos comuns nas atividades religiosas, favorece a criação e o fortalecimento das redes de apoio social (Vasconcelos, 2006).

Estudo desvelou que a fé como representação da espiritualidade foi a única alternativa de cura da dependência química e de esperança evidenciada pelos familiares, permitindo que estes suportassem as dificuldades na convivência com o membro dependente

do *crack* e a convivência diária com a presença indesejável da possibilidade de recaída, buscando na fé a solução ou amenização dos problemas e adversidades da vida gerada pela dependência química (Reis e Moreira, 2013).

Entendemos que a espiritualidade ajuda, mas por si só não é suficiente. Por isso, diante dessa vivência da violência, coadunamos com a ideia de que o trabalho por meio de oficinas de dinâmicas de grupo é muito importante para a mulher nesse contexto de ajuda, a partir da participação de mulheres em situação de violência de gênero em espaços que propiciem a percepção de si própria, a partir da análise das nuances e da tomada de consciência do que se pode ou não se pode fazer.

A oficina em dinâmica de grupo é uma proposta significativa de intervenção nos trabalhos realizados com grupos de mulheres em situação de violência de gênero. Considera-se que durante a dinâmica grupal as mulheres do grupo vivenciam um processo transformador e instituinte de novos modos de ser e de estar no mundo, cedendo lugar ao compartilhamento de questionamentos e reflexões sobre a condição humana num espaço de acolhimento às diferenças, que não são capturadas por explicações lineares de causa-efeito, ou por leis psicologizantes que normalizam comportamentos através do que é imposto como normal e/ou aceitável no contexto social (Duarte, 2011).

A nosso ver, a participação da mulher em grupos propiciará o seu desenvolvimento como pessoa, exercitando esse enfrentamento, compartilhando com outras mulheres sua vivência na perspectiva de ajuda, o que configura um processo de aprendizagem, pois permite o reconhecimento de todas as dores e a reconstrução como pessoa, ao aprender a ouvir sem criticar e ao mesmo tempo a partir de uma postura crítica e reflexiva na decisão de enfrentamento ou não da violência.

Denúncia

Os familiares referiram que a denúncia do agressor foi uma das estratégias utilizadas por eles para enfrentarem a violência de gênero na sua família. Para tanto, acompanhavam a mulher na decisão de denunciar o agressor ou denunciavam individualmente, sendo que em alguns casos esta denúncia foi anônima para não expor o familiar.

Por medo da reação dos agressores a irmã decidiu realizar a denúncia anônima.

[...] não posso fazer nada, porque, por exemplo, quando eu chamo a polícia eu não quero que ninguém saiba que fui eu, porque amanhã ou depois tão tudo numa boa e vai dizer pra ele que foi eu que chamei a polícia, vai vim [sic] contra mim e eu

sou sozinha mais meus filho dentro de minha casa [...] ligo pra polícia [...] a polícia pergunta de onde é, quando eu falo quem é a pessoa, a polícia não quer nem mais vim aí na porta [...]. (E6, irmã)

A irmã denunciou e fez queixa da polícia, primeiro porque, quando tomava conhecimento de quem era, não vinha, e segundo porque não sentia segurança nas ações de proteção. O que nos leva a ressaltar a necessidade de um trabalho articulado com a rede, encaminhando essas famílias em vivência contínua de violência para serem cuidadas pela(o)s profissionais dos diversos serviços.

O ordenamento patriarcal ainda estruturador da ordem familiar e normatizador da sexualidade e dos corpos sempre foi bandeira de luta do movimento feminista ao questionar incisivamente o controle mantido pela ordem patriarcal sobre as relações íntimas, evidenciado pelas desigualdades de poder, mas principalmente a ameaça que ela representava à integridade física, moral e psicológica das mulheres. No contexto atual, o movimento feminista, articulado com núcleos de pesquisas nas universidades e com organizações não governamentais (ONGs), tem atuado para garantir a eficiência e a eficácia da rede de atendimento e de combate à violência contra as mulheres, pressionando e sinalizando as estratégias de enfrentamento mediante os problemas encontrados (Bandeira, 2014).

Observamos ainda a partir dos relatos dos familiares o receio de denunciar os atos violentos.

[...] minha mãe às vezes com receio no caso de chamar a polícia e eu [...] queria que chamasse a polícia, mas às vezes eu refletia porque ia machucar a minha mãe, porque nunca teve um ato assim a mais pra [sic] gente chamar a polícia, ela sempre foi receosa com esta questão de chamar a polícia, porque passa vergonha e também é a imagem dela, como mãe e ela já é hipertensa também, então, tudo isso pra proteger também a saúde dela, e aí acabava a gente ali tendo que apaziguar a situação [...]. (E15, cunhada)

O relato da entrevistada 14 ressaltou que os familiares não denunciavam, prevalecendo o silêncio no contexto privado da família, para não ter sua imagem exposta no espaço público, por vergonha do julgamento das pessoas da sua rede social e pela não confiança na polícia.

As representações sociais dos familiares restringiam a violência ao silêncio no contexto privado da família ancoradas nas questões culturais, objetivando as dificuldades encontradas nos serviços, que configurava a falta de confiança no atendimento.

A maneira em que os conteúdos das representações sociais são determinados e organizados decorre da relação ideológica com o mundo social, com as normas institucionais e com os modelos ideológicos aos quais obedecem. Está na dependência do lugar que os indivíduos ocupam ou das funções exercidas e define o intercâmbio social que corresponde a um jogo de determinações ligadas à estrutura e às relações sociais, consubstanciado pela linguagem, que possibilita a formação de ideias, e também de um vínculo e de umas identidades sociais (Almeida, 2005).

Por outro lado, os familiares exerciam um lugar central no enfrentamento da violência de gênero, ao auxiliar a mulher na tomada de decisão favorável à denúncia ao agressor e ao acompanhá-la à delegacia ou ao serviço policial.

[...] Na DEAM eu fui com ela sim, porque foi o momento que ela ficou com medo de sair sozinha, por mais que eu tava [sic] ali sendo ameaçada, mas eu tava [sic] ali junto com ela. Então naquele momento não tinha medo. Depois que com o passar do tempo, passou dois dias, eu me senti sendo seguida pelo agressor, aí foi batendo aquele medo, aquela insegurança, fui ameaçada de morte, então aquilo mexeu muito, fiquei uma pessoa amedrontada, se saía ficava com medo, fiquei me sentindo uma pessoa vigiada [...] nos sentimos encurraladas, aí decidimos retirar a queixa. Eu me sinto uma pessoa horrorizada por não fazer nada, que a gente sabe que temos justiça, mas é uma justiça lenta [...] (E1, irmã).

[...] a última vez que ele bateu nela e a minha irmã pegou ela e levou na delegacia, aí ela deu queixa, só que daí ficou pra fazer o corpo de delito e aí no outro dia ela foi e não tava [sic] fazendo. Mandou ela ir de manhã, aí disse que tava [sic] fazendo à tarde, aí ela não voltou à tarde, não deram andamento [...]. (E8, irmã)

[...] foi pra delegacia lá das mulher [sic], essa queixa eu fui junto, ficou lá os papéis e ficou que quando ele aparecesse que eles pegavam, mas até hoje ele tá lá pro lado da roça, [...] não dá em nada, ele fugiu, até hoje tá impune [...] mas tem a justiça de Deus [...]. (E9, mãe)

[...] fiz dá queixa [...] as duas fez [sic] exame de corpo de delito e assim é muito feio, porque você não é acostumado a viver ne delegacia, mas depois desses dois casos pra cá, a nossa vida é em delegacia o tempo todo, todo mundo que conhece a gente, fala mas vocês tá fazendo o que e fala pra elas, o que é que vocês estão fazendo com a mãe e o pai de vocês [...]. (E19, mãe)

No primeiro relato, evidenciamos que tanto a mulher como a irmã sofriam ameaças do agressor ao denunciar a violência de gênero, mostrando a frustração e impotência da irmã quando decidiram pela denúncia, levando a retirada da queixa pelas ameaças sofridas e pela morosidade observada no serviço jurídico. Vale ressaltar ainda que apesar de a tramitação ocorrer inicialmente na DEAM, no contexto atual o município do estudo não dispõe de juíza(e)s em número suficiente para agilizar às demandas jurídicas decorrentes da denúncia, além de outros problemas estruturais dos referidos serviços.

Estudo mostrou que as mulheres em situação de violência que desistiram da denúncia ao companheiro enfrentaram uma longa trajetória, desde o momento em que se defrontaram com a situação de violência até o momento em que desistiram do processo, demonstrando que, apesar de ter conhecimento do significado deletério da violência de gênero, não visualizaram outra forma de lidar com a situação, diferente de aceitar e tentar contorná-la, perdendo e esquecendo a agressão sofrida (Jong e col., 2008).

A entrevistada 8 referiu que a mulher foi impulsionada pela irmã para prestar queixa na delegacia, no entanto, por questões estruturais do serviço policial não conseguiu realizar o exame de corpo de delito, não dando continuidade à demanda da mulher.

A entrevistada 9 apesar de ter acompanhado sua filha em situação de violência na delegacia, também referiu limitações desse serviço, ressaltando apenas o registro da queixa sem punidade do agressor, pois este refugiou-se na zona rural.

Por sua vez, para a entrevistada 19, o fato de acompanhar as duas filhas na delegacia para fazer exame de corpo de delito gerou constrangimento, referindo que a partir desse episódio passou a recorrer constantemente ao espaço do serviço policial.

O acompanhamento da mulher em situação de violência à delegacia para a denúncia foi marcado na visão da irmã e das mães por dificuldades que impediram a continuidade da decisão de denunciar o agressor, mesmo que por vezes esta decisão tenha sido tomada por elas e não tenha decorrido da iniciativa da mulher.

Nessa perspectiva, essas referências dos familiares sobre a estrutura da delegacia para ofertar os serviços que decorriam dos desdobramentos da denúncia, a exemplo do exame de corpo de delito, pareciam visibilizar algumas fragilidades do serviço policial no município estudado, causando descrédito do referido serviço por parte dos familiares.

Estudo mostrou que uma elevada proporção de mulheres (78,4%) relatou ter tido alguma conduta de enfrentamento à violência infligida por parceiro íntimo (VPI), conversando com alguém sobre a violência (74,9%), principalmente mãe, pai, irmã(o), amiga(o). Por sua vez, muitas desconhecem a existência dos serviços da rede e seus direitos. Menos de um quarto das mulheres procurou algum tipo de serviços institucionalizados sugerindo que a VPI persiste como assunto da esfera privada, a ser resolvido no espaço das redes sociais primárias, constituída pelos familiares e amigos, além de indicar a insuficiência e a falta de credibilidade dos serviços de apoio às mulheres. Entre as mulheres que buscaram algum serviço de apoio, a polícia/delegacia (57,6%) foi a mais procurada, mas nem sempre o atendimento recebido foi avaliado positivamente (Silva e col., 2012).

Convém evidenciarmos outra dificuldade vivenciada pela mulher e pelos familiares ao buscarem o atendimento na delegacia da mulher, conforme o relato a seguir:

[...] o mal é que é assim, a Delegacia da Mulher não funciona dia de sábado, nem dia de domingo que deveria funcionar, é lei federal, então essa lei federal tinha que ser cumprida vinte e quatro horas todos os dias do ano, e era um final de semana e ela me ligou disse que ele tava [sic] jogando as coisas de dentro de casa tudo em cima dela e quando eu descí ela estava no meio da rua e ele dentro de casa e ela chorando com a menininha no colo e ele tinha botado ela pra fora e tinha jogado um prato de mortadela no rosto dela, aí eu fui levei ela pra delegacia [Complexo Policial], fiz dá queixa, infelizmente, não tem apoio da Lei Maria da Penha que deveria dar apoio, deveria dar cobertura cem por cento a essas mulheres, deveria ter um lugar pra colocar elas pra afastar mesmo deles, porque muitas mulheres hoje em dia morrem porque não tem pra onde ir mesmo! [ênfase]. Ela botou cinquenta metros longe da minha casa, ele parava com vinte eu chamava a polícia pra ele e ela aqui e ele infernizando o tempo todo no telefone e ela foi voltou, ela foi tirar a queixa, retirar a queixa dele, não sei porque, voltou pra ele novamente e brigas constantes e a família fica toda assim, sabe [...]. (E19, mãe)

A mãe relatou que sua filha foi agredida no final de semana e teve que dirigir-se ao Complexo Policial prestando queixa na polícia civil, considerando que o expediente externo da DEAM limitou-se ao funcionamento de segunda a sexta-feira, levando ao questionamento da mãe sobre a garantia de proteção assegurada pela Lei Maria da Penha, o que parece que reafirmou a insatisfação e o sentimento de insegurança na legislação federal, ao não contemplar as singularidades inerentes ao contexto da violência de gênero, como o fato de a maioria das agressões ocorrerem nos finais de semana.

Ainda persistem problemas nas DEAM e nos serviços públicos voltados ao combate e ao atendimento da violência de gênero, contemplando desde as restrições referentes à capacitação e sensibilização da(o)s profissionais desses serviços, que ainda possuem representações patriarcais sobre a mulher, incluindo a carência dos equipamentos necessários aos procedimentos de investigação e ao acompanhamento dos casos, o que reduz o êxito policial e dos demais serviços que devem atuar de modo integrado em rede (Bandeira, 2014).

O resultado de uma pesquisa realizada no contexto da DEAM na cidade de Vitória (ES) identificou que apesar do bom relacionamento da equipe, a falta de funcionário prejudica o desenvolvimento das atividades e existe a necessidade de treinamento dos profissionais e de equipe psicossocial. Além disso, o atendimento é prejudicado pela estrutura deficitária, somada à precariedade de equipamentos e recursos materiais que

interferem nas condições de trabalho, propiciando a utilização de recursos próprios para atender às demandas internas e externas, entre outros aspectos (Souza e Cortez, 2014).

Outra pesquisa, realizada na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou a rota crítica percorrida pelas mulheres nos serviços policial, jurídico e de saúde, destacando na ótica das mulheres de um lado, a existência da Lei Maria da Penha, o atendimento satisfatório de alguns operadores e a rapidez de alguns procedimentos como fatores facilitadores e de outro lado, a dificuldade de compreender as orientações e processos, a fragmentação dos serviços que compõem a rede e a ausência de um centro onde pudessem receber atenção integral, a pressão dos operadores jurídicos para que as mulheres permaneçam na relação conjugal e a incapacidade da polícia em assegurar às mesmas as medidas protetivas como limitadores desse percurso (Meneghel e col., 2011).

Por sua vez, as DEAM constituem apenas uma medida isolada, sendo de pequena eficácia sem o apoio de uma rede de serviços, posto que uma verdadeira política de combate à violência de gênero exige que se opere em rede, englobando a colaboração de diferentes áreas entre elas: polícia, magistratura, Ministério Público, defensoria pública, hospitais e profissionais da saúde, inclusive da área de psicologia, da educação, do serviço social, entre outros, além de abrigos muito bem geridos (Saffioti, 2004).

Acompanhamento a outros serviços

A(o)s participantes referiram a busca de cuidado no hospital e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) diante de lesões físicas decorrentes das agressões.

[...] inclusive ela foi pro PA [Pronto Atendimento] porque ela não aguentava de dor no maxilar dela e o ouvido [...] o Pronto Socorro pra ser socorrida por conta do espancamento. Atenderam ela, deram medicamento, mandou ela vim pra casa [...]. (E1, irmã)

[...] ontem eu chamei a SAMU [Serviço de Atendimento Móvel de Urgência], [...] a SAMU nem veio, a cabeça tava [sic] toda suja de sangue [...]. (E6, irmã)

Observamos que no hospital a(o)s profissionais de saúde fizeram o atendimento centrado no modelo médico hegemônico, dirigido apenas às lesões, sem propiciar espaço de escuta sobre o vivido da violência pela mulher e sem articulação com os demais serviços da rede, restrito à medicalização e retorno para casa, o que a nosso ver pode demonstrar por um lado, despreparo no atendimento nos casos de violência de gênero, considerando sua complexidade e, por outro lado, que essa(e)s profissionais naturalizavam a ideia de que a violência não diz respeito ao espaço da saúde, por tratar-se de assunto específico da esfera

privada. Além disso, o SAMU não atendeu ao chamado, o que parece demonstrar fragilidade desse serviço e que a rede não se encontrava preparada para as demandas da violência de gênero.

A natureza médico-social inerente à violência de gênero não encontra ressonância na racionalidade biomédica de intervenção, hegemônica nas profissões em saúde, definindo dificuldades dos profissionais em lidarem com a violência, o que ocasiona sua invisibilidade nos serviços, com um olhar direcionado ao corpo individualizado e apartado da sua existência psíquica, das especificidades de sua inserção social e das significações culturais atribuídas à experiência da pessoa no mundo (Kiss e Schraiber, 2011).

Ainda em relação aos serviços de saúde, foi observado o encaminhamento para o hospital pelo serviço policial, no relato de uma mãe: [...] *machucou ela, fez exame de corpo de delito e assim é muito feio, porque você não é acostumado a viver na delegacia [...] de lá mandou ir pro hospital [...]*. (E19, mãe). Por sua vez, percebemos que o encaminhamento realizado pelo serviço policial ficou restrito ao atendimento hospitalar.

Quando nos reportamos ao contexto da ESF, o relato da sogra pareceu denotar a dificuldade da ACS em lidar com a situação, por não saber o que falar para a mesma quando tomou conhecimento do caso, conforme entrevista: [...] *chegou até um tempo mesmo que eu conversei até com a menina aqui [Agente Comunitária de Saúde] [...] contei minha situação pra ela, ela ficou assim coitada sem me dar uma palavra [...]*. (E10, sogra)

Percebemos ainda que a violência não está tendo a dimensão que merece no contexto da ESF como problema de saúde pública. Assim, urge a necessidade de capacitação da equipe para reconhecimento da magnitude do problema e a necessidade de atuação intersetorial para o enfrentamento da violência de gênero.

Um estudo de Rodrigues e colaboradores (2014) realizado com trabalhadora(s) de saúde da ESF, também no município de Jequié, constatou que as estratégias de intervenção implementadas pela equipe nas situações de violência de gênero seguem uma normatização que dificulta a abordagem das questões de gênero no cuidado à saúde.

Além disso, os profissionais da ESF, apesar de reconhecer a violência como um problema de saúde, ainda focalizam o fenômeno na esfera privada, o que impede uma análise mais aprofundada dos determinantes sociais em saúde inerentes às condições de vida das pessoas envolvidas (Machado e col., 2014).

A Organização Mundial da Saúde destacou que a intervenção da(o)s trabalhadores de saúde no cuidado à mulher em situação de violência doméstica permite reduzir o impacto da violência na saúde e no bem-estar da mulher bem como das suas crianças, e pode igualmente

ajudar a impedir futuros episódios de violência, considerando que esses profissionais se encontram numa posição privilegiada para identificar e apoiar essas mulheres, principalmente no que se refere aos encaminhamentos aos serviços da rede para apoios psicossociais, legais e outros (OMS, 2008).

Para tanto, a(o)s trabalhadora(e)s de saúde devem estar capacitada(o)s para responder a estas situações, considerando que contribuirá para o empoderamento das mulheres com capacidades e competências essenciais. Isto requer no mínimo que essa(e)s trabalhadora(e)s tenham informações sobre a violência contra as mulheres, a sua prevalência e impacto na saúde, diante da suspeita e a resposta mais adequada (OMS, 2008).

As concepções dos profissionais da ESF sobre violência de gênero respaldam-se na visão da violência como uma questão do âmbito privado, naturalizada pela condição do ser mulher, à parte das necessidades a serem atendidas no trabalho em saúde, norteando o processo de trabalho pela lógica do modelo biologicista de intervenção individual e curativista, o que dificulta o alcance da saúde integral da mulher (Freitas e col., 2013).

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, entretanto, na maioria dos países, assim como no Brasil e em Portugal, nas instituições de saúde, ainda estão sendo necessários investimentos referentes à criação de uma cultura institucional voltada à identificação das mulheres em situação de violência, bem como ações nas quais a(o)s profissionais de saúde estejam instrumentalizados e respaldados para enfrentar a violência de gênero na perspectiva do cuidado integral, o que requer responsabilização e comprometimento institucional dos serviços no campo intersectorial, com a implementação efetiva da referência e contrarreferência (Leal e col., 2011).

Ressaltamos a necessidade de capacitação apontada pela(o)s profissionais de saúde que atuam no contexto da ESF considerando o despreparo dessa(e)s profissionais na identificação da violência conjugal como agravo à saúde da mulher e no cuidado ofertado à mulher nessa situação pela falta de capacitação desde a formação (Gomes e col., 2013).

A violência de gênero convida os profissionais de saúde a construir novas aproximações a partir da compreensão da história de vida das mulheres, de suas redes familiares e sociais, das vulnerabilidades e dos aspectos protetivos específicos de cada caso (Moreira e col., 2014).

As representações dos familiares evidenciaram o Conselho Tutelar como um dos serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência procurado por esta(e)s ou pela(o)s vizinha(o)s, conforme o relato a seguir:

[...] o vizinho chamou [sic], uma vez eu [...] chamei o Conselho Tutelar por causa das crianças, porque ele pegou ela, levou [...] pro 19 [Km 19] onde tem uma cachoeira [...] ela saiu de casa era sexta-feira à tarde e aí o pai dos meninos veio e ficou sábado o dia todo com os meninos já era domingo e ela não tinha dado notícia nenhuma, não sabia se tava [sic] viva, se tava [sic] morta, o que tinha acontecido. Aí eu peguei e chamei realmente o Conselho Tutelar por causa das crianças [...] o Conselho Tutelar chamou a polícia pra ver onde ela tava [sic] [...] depois a polícia foi e localizou [...] trouxe ela [...] o pai dos meninos que recolheu as crianças [...]. (E11, irmã)

O Conselho Tutelar foi procurado a partir das percepções da(o)s familiares em virtude de abandono da(o)s filha(o)s pela mulher, e por não saber o que tinha acontecido com a irmã. No entanto, não foi observada no relato da irmã uma preocupação do referido serviço com o suporte a essa família em vivência de violência a partir da articulação com os demais serviços da rede.

O Centro de Recuperação foi um dos serviços procurados pela(o)s familiares para tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas tanto para o homem como para a mulher na tentativa de resolver a situação da violência de gênero, conforme os relatos a seguir.

[...] fica [agressor] usando pedra [crack] com cachaça, ela já procurou uma vez o Centro de Recuperação [mantido pela igreja] veio com a lista grande [ênfase] de coisa pra comprar, [...] não tinha dinheiro pra comprar as coisas, mas saí de casa em casa pedindo as pessoas pra me ajudar pra levar ele pro Centro de Recuperação [...] tive um sonho lá que ele tinha saído antes do tempo e tava [sic] no mato pra me pegar. Quando eu cheguei aqui, dois dias quando eu vim me embora, ele já tinha saído do Centro de Recuperação [...]. (E6, irmã)

[...] ele usava esse negócio da droga e ela usava também, ela falou: _Oh minha mãe eu quero me internar, nós batalhou [...] fui na 95 [Rádio FM da cidade de Jequié] ajudou a levar ela pra lá, no Manaim [Clínica de Recuperação], [...]a rádio conseguiu ajuda da comunidade, pagava trezentos e cinquenta todo mês [...] ficou cinco meses internada [...] chegou essa semana [...] bem melhor [...]. (E13, mãe)

O relato da irmã demonstrou que esta viabilizou tratamento para o agressor em Centro de Recuperação de pessoas em situação de uso abusivo de drogas mantido pela igreja. Observamos ainda que por não ter tido condições de comprar o necessário, pediu ajuda às pessoas próximas para adquirir os pertences pessoais exigidos pelo referido centro para receber o agressor. Mostrou ainda que, mesmo viabilizando ajuda, estava tão envolvida na situação que chegou a ter pesadelo com o retorno do agressor, como de fato aconteceu, delineando sentimento de frustração, pois ajudou e não teve resposta, além do trauma e medo da irmã; além disso, o agressor não aceitou tratamento para sua dependência química.

O atendimento em instituições fechadas é uma das estratégias de tratamento ao dependente químico através da abstinência total do indivíduo. É bastante difundida em vários segmentos da sociedade como a única forma de promover a cura. Contudo, essas instituições ao definirem o afastamento do convívio familiar e social excluem o dependente químico (Monteiro, 2013).

A mãe referiu que para o tratamento da filha em Clínica de Recuperação precisou buscar ajuda externa por meio de doação em veículo de comunicação de massa da cidade, o que sugeriu que a equipe da ESF não estava atenta ao ponto de viabilizar encaminhamento da mulher e do agressor para o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), serviço da rede de atenção do SUS responsável pelo tratamento de pessoas em situação de uso abusivo de drogas.

No contexto do SUS, o tratamento para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas segue as políticas de saúde mental, através dos CAPs ad, fundamentando-se na proposta da redução de danos, com práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. Para tanto, o planejamento terapêutico é realizado de maneira individualizada de evolução contínua, desenvolvendo atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Além disso, oferece condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pessoas que precisam desse tipo de cuidado e que não demandem atendimento hospitalar (Brasil, 2004).

Considerações finais

As representações sociais dos familiares retrataram a violência restrita ao domicílio, seja quando dão conselho à mulher como forma de enfrentamento seja quando não denunciam a violência vivida, ancorando-se nas questões culturais que legitimam a violência no espaço privado sem visibilidade no espaço público.

Por sua vez, as representações dos familiares objetivaram as limitações dos serviços de saúde e policiais no enfrentamento da violência de gênero. Os serviços de saúde demonstraram total falta de envolvimento com a violência como problema de saúde pública e os serviços policiais demonstraram fragilidades estruturais que delinearão a falta de confiança nesses serviços, principalmente quando ocorreu o assassinato da mulher após que ela realizasse a denúncia.

Entendemos que essas estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelos familiares são válidas, porque demonstravam preocupação com a mulher e com a desestruturação familiar, auxiliando e/ou apoiando a mulher no enfrentamento da violência, apesar de a necessidade de não serem desenvolvidas isoladamente, mas de maneira articulada considerando as particularidades de cada situação.

Evidenciamos ainda total envolvimento da família que não abandonava a mulher em situação de violência de gênero, demonstrando grande esforço para o seu enfrentamento, sofrendo junto com a mulher. Além disso, reconheceram os serviços da rede ao ponto de procurarem serviços alternativos, como as instituições fechadas para tratamento abusivo de álcool e outras drogas pela mulher e pelo agressor.

Ressaltamos a importância da participação da mulher e até mesmo dos familiares em dinâmicas de grupo, de maneira a oportunizar o compartilhamento e a escuta da condição da mulher em relação ao vivido no espaço privado, ao traduzir elementos que permitem o crescimento da mulher como pessoa e um espaço para que a mesma supere a anulação em que se encontra.

Nesse direcionamento, a equipe da ESF necessita de capacitação para contemplar a família no enfrentamento da violência a partir das ações planejadas, visando garantir a articulação da rede de violência revendo as lacunas apontadas no estudo a partir das representações dos familiares.

Referências

- ALMEIDA, G.J. As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In: SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. (Org.). Diálogos com a teoria das representações sociais. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, Brasília, v. 29, n. 2, p.449-469, 2014.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.
- DUARTE, K.R. Oficinas em dinâmica de grupo com mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições metodológicas aos estudos sobre violência de gênero. *OP SIS, Catalão*, v. 11, n. 1, p. 111-124, 2011.
- FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, M. H. B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.457-466, 2013.

- GARCIA, L. P., FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v.22, n.3, p.383-394, 2013.
- GOMES, A. M. T.; SANTO, C. C. E. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.261-264, 2013.
- JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p.744-751, 2008.
- KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1943-1952, 2011.
- LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAS, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p.409-424, 2011.
- LEITE, M. T. S. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.85-92, 2014.
- MACHADO, J. C. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p.828-840, 2014.
- MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.743-752, 2011.
- MONTEIRO, R. M. P. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1693-1694, 2013.
- MOREIRA, T. N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p.814-827, 2014.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca. Genebra, 2008.
- REIS, H. F. T.; MOREIRA, T. O. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p.115-1123, 2013.
- RODRIGUES, V. P. et al. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p.735-743, 2014.
- SAFFIOTI, H. I. B. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SCHRAIBER, L. B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p.727-729, 2014.
- SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1014-1022, 2012.
- SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o

enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p.621-639, 2014.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Psicologia social: textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2013.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A. M.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Tecnopolitik, 2011.

VASCONCELOS, E. M. V. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. V. *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

Correspondência: Vanda Palmarella Rodrigues.

Rua Everaldo Santos, 336

45204-190 – Jequié, BA, Brasil

E-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver esta pesquisa buscando a compreensão do contexto da violência de gênero a partir dos familiares de mulheres foi instigante e ao mesmo tempo difícil, pois a violência ainda é um assunto considerado pela maioria das pessoas como inerente à vida íntima, principalmente quando nos propomos a adentrar no espaço privado da casa e quando nos deparamos com o silêncio da violência por parte de alguns profissionais de saúde, seja por medo e pelo despreparo em reconhecerem a violência como um problema de saúde pública e lidarem com a temática no contexto da ESF.

Contudo, diante da realidade retratada pelos familiares, propomos motivar reflexões sobre a necessidade de redirecionar o cuidado às mulheres em situação de violência de gênero, a partir de sua inserção no contexto sócio-histórico e cultural no qual estão implícitos afetos e desafetos que se relacionam nesse contexto.

Ressaltamos a grande dificuldade encontrada para realizarmos a contextualização do estado da arte, em virtude da escassez de estudos que abordassem as relações familiares no contexto da violência de gênero.

A escolha da TRS como referencial teórico foi adequada ao demandar a utilização do TALP como técnica projetiva e da entrevista semiestruturada, como técnicas de coleta que propiciassem o alcance do objetivo geral: analisar a vivência da violência de gênero entre familiares e o sistema de representação que dá sentido a essa vivência.

Para tanto, embasamos o estudo a partir da perspectiva psicossociológica da TRS que oportunizou a aproximação do contexto sócio-histórico e das relações afetivas e simbólicas relacionadas ao cotidiano da violência.

A análise dos dados foi consubstanciada pela triangulação dos dados advindos do TALP submetidos à AFC e de três temas que emergiram da organização dos dados pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, com suas respectivas categorias e subcategorias apresentadas e discutidas em quatro artigos.

Os resultados, após analisados, confirmaram a tese de que as representações sociais que familiares de mulheres em situação de violência elaboram sobre a violência de gênero são construídas e aceitas culturalmente, são influenciadas pelas iniquidades em saúde e direcionam a forma como esses familiares enfrentam a violência.

A análise e interpretação mais aprofundada dos dados empíricos advindos do TALP e das entrevistas, buscando a transversalização entre as categorias e subcategorias e uma

discussão a partir da categoria analítica gênero, possibilitou a apreensão das representações sociais de familiares sobre a violência de gênero denotando a evidência do poder na relação entre o homem e a mulher, naturalizado no convívio familiar no qual o homem assume posição de superioridade sobre a mulher e sua relação com os comportamentos dos familiares, diante das relações familiares estabelecidas no contexto da violência de gênero.

No primeiro artigo intitulado “Violência de gênero: representações sociais de familiares”, apresentamos e discutimos os dados advindos da AFC, articulando-os aos dados empíricos que emergiram das entrevistas organizados no primeiro tema: familiar expressando a violência de gênero, contemplando as seguintes categorias: expressão da violência de gênero, elementos precipitadores da violência de gênero e adoecimento e morte da mulher.

O primeiro artigo mostrou que as representações sociais dos familiares sobre a violência de gênero foram elaboradas a partir da inter-relação de vários elementos estruturados num sistema representacional, imbricados entre si, sendo que as relações de poder entre o homem e a mulher aparecem como princípio organizador da violência de gênero a partir das evocações dos diferentes grupos sobre família, ser homem, ser mulher, violência doméstica e violência doméstica contra a mulher.

As representações sociais dos familiares estão ancoradas nas questões culturais da violência de gênero, mostrando as desigualdades nos papéis sociais entre homens e mulheres, através da inserção do homem no espaço público como provedor e da mulher restrita ao espaço privado como cuidadora, retratando o poder do homem e a subalternidade da mulher.

Ressaltamos que as variáveis fixas vínculo familiar (primeiro grau e segundo grau), bem como a religião católica, analisadas a partir da AFC, não foram determinantes para a formação de diferentes representações sobre a violência de gênero, denotando pensamento uniforme entre os familiares sobre os estímulos evocados (família, ser homem, ser mulher, violência doméstica, violência doméstica contra a mulher).

As representações sociais dos familiares foram apreendidas a partir dos grupos estabelecidos de um lado pela idade e escolaridade e de outro lado pela religião, definindo as atitudes e o significado de pertença destes grupos. A religião foi um dos elementos definidores de conduta dos familiares na elaboração das representações, influenciando fortemente os elementos evocados ao traduzir o pensamento religioso direcionando o comportamento harmonioso da família, do homem e da mulher no contexto da violência de gênero.

Além disso, os familiares idealizaram a família na visão tradicional como espaço propício para a união, a paz e a estrutura.

No segundo artigo, intitulado “Vivência da violência de gênero entre familiares”, apresentamos e discutimos dados empíricos das entrevistas organizados no primeiro tema: familiar expressando a violência de gênero, trazendo outros aspectos das três categorias também discutidas no primeiro artigo: expressão da violência de gênero, elementos precipitadores da violência de gênero e adoecimento e morte da mulher, somados à categoria enfrentamento da violência pela mulher: procura da rede de violência, focalizando-se no vivido pela mulher.

Neste artigo, os familiares expressaram a vivência da violência de gênero pela mulher, manifestada pelas agressões físicas e psicológicas, impulsionadas pelo ciúme, traição e uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas, com implicações para a saúde da mulher propiciando o adoecimento e até o extremo, a morte. Nessa vivência, a mulher procura os serviços de saúde para intervenção mediante os traumas físicos, sem dar visibilidade à violência, o que colabora para que o cuidado em saúde seja fragmentado e limitado ao aspecto físico. Já, os serviços policiais demonstraram despreparo para lidar com as demandas da violência que também é percebida como briga de família.

As representações sociais dos familiares ancoraram-se nas questões culturais, retratando que os DSS relacionados às condições de vida entremeadas por fortes relações de gênero e poder do homem sobre a mulher, convívio de drogas, desestrutura familiar, somados a desestrutura dos serviços de saúde e policiais, vulnerabilizam ainda mais a mulher e seus familiares na vivência da violência, reafirmando a complexidade do problema.

O terceiro artigo intitulado “Relações familiares no contexto da violência de gênero” propôs uma discussão dos dados empíricos inerentes às entrevistas que foram organizados no segundo tema: violência de gênero nas relações familiares, a partir das categorias: expressão da violência de gênero nas relações familiares, implicações da violência de gênero para a saúde do familiar, filha(o)s participando dos atos agressivos e sentimentos dos familiares.

Este artigo retratou que a vivência da violência de gênero gera adoecimento para (a)os familiares, com destaque para a saúde e desenvolvimento biopsicossocial e comportamental da(o)s filha(o)s, além de gerar situações de envolvimento com drogas, prostituição e gravidez na adolescência, evidenciados pelos DSS desfavoráveis às condições de vida dessas pessoas, com desigualdades de gênero, socioculturais, desestruturação familiar, entre outros.

Por sua vez, as relações familiares no contexto da violência de gênero produzem sentimentos de tristeza, medo, revolta, vergonha e impotência nos familiares, por entenderem a sua limitação para minimizar ou resolver a situação, pela vulnerabilidade da mulher e do próprio familiar ou pela percepção de que a saída da situação é de responsabilidade da mulher.

Por fim, o quarto artigo intitulado “Estratégias de familiares no enfrentamento da violência de gênero” apresentou uma contextualização dos dados empíricos provenientes das entrevistas que foram organizados no terceiro tema: enfrentamento da violência de gênero por familiares/vizinhos, a partir das categorias: conselho, espiritualidade, denúncia e acompanhamento a outros serviços.

No senso comum dos familiares, da mulher em situação de violência, dos profissionais de saúde e policiais, a violência de gênero faz parte do espaço da casa, portanto restrita ao espaço privado, o que contribui para que não tenha visibilidade no espaço público, além de configurar fragilidades nesses serviços que se distanciam das demandas apresentadas pela mulher e seus familiares no enfrentamento da violência. Assim, observamos uma contradição, pois a(o)s profissionais participantes da rede de violência não compreendem as demandas advindas das mulheres e familiares em situação de violência, como também a desarticulação entre os serviços assistenciais da rede de violência, considerando as ações pontuais e fragmentadas desses serviços.

As relações familiares no cotidiano da violência de gênero contribuem para que a violência continue restrita ao ambiente da casa, mostrando que não é considerada crime a ser resolvido na delegacia, mas no contexto da família sendo muito forte no senso comum desses familiares a prática da retirada da queixa.

Ressaltamos a família como uma estratégia importante para o enfrentamento da violência de gênero, principalmente quando o estudo mostrou que os familiares demonstraram grande envolvimento na situação de violência, direcionando na maioria das vezes as atitudes e comportamentos da mulher frente ao vivido da violência, auxiliando-a nas decisões.

Dessa forma, os familiares acompanham a mulher aos serviços assistenciais de saúde e policiais, objetivando as representações sociais nas dificuldades encontradas nesses serviços, demonstrando a falta de confiança nos mesmos. Por sua vez, os profissionais de saúde limitaram-se a cuidar apenas das lesões físicas sem espaço para escuta, fortalecendo o modelo biomédico nas práticas de saúde que se distanciam das necessidades e demandas apresentadas pelas mulheres e seus familiares.

Destacamos também as fragilidades dos serviços policiais, seja a partir de uma concepção de que a violência é briga de família, seja porque os serviços estão estruturados de maneira a não contemplar as demandas da mulher, a exemplo da falta de expediente externo nos finais de semana quando as situações de violência são mais frequentes, e por outras questões relacionadas à organização dos serviços que dificultam a realização do exame de corpo de delito pela mulher, ocorrendo o femicídio mesmo após a mulher ter realizado a denúncia na delegacia.

Ressaltamos ainda que os familiares reconhecem outros serviços alternativos da rede de violência, como instituições fechadas para tratamento de drogas, viabilizando esforços para o internamento tanto da mulher quanto do agressor.

Frente ao exposto, destacamos a necessidade de um novo olhar para o cuidado em saúde, considerando que é preciso analisar os DSS de maneira ampla e articulada, a partir da inserção dessas pessoas no seu grupo de pertença, procedendo-se a uma análise crítica e reflexiva sobre a vivência de violência, quando propiciamos espaço para a escuta do sujeito nesse contexto e conseqüentemente a sua confiança neste cuidado, no intuito de evitarmos o reducionismo da relação unicausal.

Dessa maneira, a compreensão das representações sociais de familiares sobre a violência de gênero, nos direciona para a abrangência do cuidado no sentido de mudança dessas representações, com destaque para a enfermeira que tem o cuidado como objeto de trabalho, contemplando a família como unidade de cuidado com todas as suas singularidades, particularidades e vivências, bem como as questões de gênero, raça, classe social, geração entre outros, ao propiciar que tanto a mulher, quanto seus familiares participem proativamente da construção desse cuidado.

Entendemos ainda que um dos avanços trazidos pela pesquisa se refere ao fato da mesma mostrar que apesar das mudanças observadas na contemporaneidade com os novos arranjos familiares, as conquistas sociais da mulher, as novas tecnologias que definem e direcionam os comportamentos da mulher, do homem e das práticas profissionais, as relações de poder vêm se perpetuando, mesmo que não estejam tão explícitas, e configuram relações hierárquicas entre o homem e a mulher fortemente relacionadas com a violência de gênero.

Apesar de o estudo retratar uma realidade localizada em um município do interior baiano, registramos a necessidade da realização de outras pesquisas no intuito de dar visibilidade a questões advindas das representações de mulheres e também de homens sobre a participação da família na convivência da violência de gênero.

Frente ao exposto, acreditamos que são necessários investimentos na formação em saúde e educação no intuito de instrumentalizar a(o)s profissionais para a atuação com base na violência de gênero, bem como em políticas públicas no sentido de ofertar e/ou reestruturar os serviços de saúde, educação, desenvolvimento social, policiais, jurídicos que atuam na prevenção e combate à violência para uma prática interdisciplinar, articulada intersetorialmente e embasada nas questões de gênero.

Cabe ainda fazermos alusão à gestão pública no sentido de viabilizar a implantação de políticas públicas de enfrentamento à violência, com ênfase na lei de notificação compulsória, utilização da rede de violência e acompanhamento, dando ênfase ao preparo d(o)s profissionais desses serviços trazendo as questões de gênero.

Pretendemos com esta pesquisa desenvolver ações assistenciais voltadas para a violência de gênero junto à equipe a partir da nossa inserção docente no contexto da ESF, incluindo também as ações de ensino, pesquisa e extensão através de um trabalho conveniado, no intuito de trabalhar esta política de maneira mais efetiva.

REFERÊNCIAS

- ABOIM, Sofia. Do público e do privado: uma perspectiva de gênero sobre uma dicotomia moderna. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, SC, v.20, n.1, p.95-117, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 abr.2013.
- ALBA, Martha de. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, Angela Maria de; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2011.
- ALGERI, Simone; SOUZA, Luccas Melo de. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.14, n.4, p. 625-31, jul./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/pt_v14n4a23.pdf>. Acesso em: 2 abr.2013.
- ALMEIDA, Geraldo José. As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Orgs.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife(PE): Editora Universitária da UFPE, 2005.
- ALMEIDA, Luana Rodrigues de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; MACHADO, Liliane dos Santos. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 18, n. 48, p.47-59, jan./mar. 2014.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar de; PAIM, Jairnilson Silva. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SANTOS, Mara Regina (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá, PR: Eduem, 2002.
- AMADOR, Denise Vianna; SILVA, Kênia Lara. Promoção da saúde: histórico, conceito e práticas no contexto da saúde coletiva. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de Souza; HORTA, Natália de Cássia (Orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ANDRADE, Clara de Jesus Marques et al. Saúde da mulher: desafios para enfermeiros que atuam na atenção primária. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de Souza; HORTA, Natália de Cássia (Orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ARRUDA Angela. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; JODELET, Denise (Orgs.). **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009.

AYRES, José Ricardo de C. M. Vulnerabilidade e violência: a resposta social como origem e solução do problema. In: WESTPHAL, Márcia Faria; BYDLOWSKI, Cynthia Rachid. **Violência & juventude**. São Paulo: Hucitec, 2010.

AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de; CRAIDY, Mariana. Conflitos de gênero no Judiciário: a aplicação da Lei 11.340/06 pelo Juizado de Violência Doméstica e Familiar de Porto Alegre/RS. In: AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de (Org.). **Relações de gênero e sistema penal: violência e conflitualidade nos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Diretoria de Informação em Saúde (DIS). 2012. **Relatório Técnico sobre violência doméstica, sexual e outras violências (2009-2012)**. Salvador: SESAB/SUVISA/DIS/SINAN, 2014.

BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. A violência contra as mulheres: um problema coletivo e persistente. In: LEOCÁDIO, Elcylene; LIBARDONI, Marlene (Orgs.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília, DF: AGENDE, 2006.

BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 449-69, mai./ago. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARSTED, Leila Linhares. O avanço legislativo no enfrentamento da violência contra as mulheres. In: LEOCÁDIO, Elcylene; LIBARDONI, Marlene (Orgs.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília, DF: AGENDE, 2006.

BITTAR, Daniela Borges; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.17-24, jan./ mar. 2011.

BOTT, Sara et al. **Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 11.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.24.ed.atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 jul.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria, nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. atual. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Temático prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de violências e acidentes (VIVA). Violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. 2012b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica n.8**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **3ª Conferência nacional de políticas para as mulheres** (Decreto de convocação, Regimento, II Plano Nacional de Políticas para as mulheres). Brasília, DF: Presidência da República, 2011a.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Pacto nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – DEAMs**. Edição atualizada. Brasília, DF: Presidência da República, 2010b.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **II Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2008.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha: Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 - Coíbe a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 2005-8, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>>. Acesso em: 13 abr.2013.

CARINHANHA, Joana Iabrudi; PENNA, Lucia Helena Garcia; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais sobre famílias em situação de vulnerabilidade: uma revisão da literatura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.565-70, jul/ago. 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório final da comissão nacional sobre os determinantes sociais de saúde**. Brasil, 2008. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 13 abr.2013.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**, 1994. Disponível em:<<http://www.mulheres.org.br/violencia/leis/conven%E7%E3o%20de%20Bel%E9m%20%320Par%E1>>. Acesso em: 03 out. 2009.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.1, p.118-25, jan./mar. 2014.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **As donas no poder - mulher e política na Bahia**. Salvador: NEIM/ALBa, 1998. Disponível em: <<http://www.neim.ufba.br/site/arquivos/file/donasnopoder.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2000.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NÓBREGA, Sheva Maia; ARAÚJO, Lidiane Silva de. Software Trideux – uma ferramenta metodológica aplicada ao campo de pesquisas em representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque (Orgs.). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

DAHLERUP, Drude. Conceptos confusos. Realidad confusa: una discusión teórica sobre el Estado patriarcal. In: SASSOON, Anne. (Org.) **Las mujeres y el Estado**. Madrid, SPAIN: Vindicación Feminista, 1987.

DANTAS, Benedito Medrado; MELLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.20, n.spe, p. 78-86, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea11.pdf>>. Acesso em: 17 abr.2013.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira; BARCINSKI, Mariana. Família contemporânea e violência: significados e práticas de atendimento. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DIETZ, Mary G. El contexto es lo que cuenta. Feminismo y teorías de la ciudadanía. **Debate Feminista**, México, n.spe, p. 3-32, 2001.

DINIZ, Gláucia. Até que a vida – ou a morte – os separe: análise dos paradoxos das relações violentas. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família: transmissão, conflito e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

_____. Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia**. 11.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.64, n.6, p. 1010-5, 2011.

DINIZ, Normélia Maria Freire; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Representações sociais da família e violência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.15, n.6, p. 1184-9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_19.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

DUARTE, Karinne Regis. Oficinas em dinâmica de grupo com mulheres vítimas de violência doméstica: contribuições metodológicas aos estudos sobre violência de gênero. **OPIS**, Catalão, v. 11, n. 1, p. 111-24, jan./jun. 2011.

DURAND, Julia Garcia et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p.355-64, abr. 2011.

DUTRA, Maria de Lourdes et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1293-304. mai 2013.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SANTOS, Maria Regina dos (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá, PR: Eduem, 2002.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. 7.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

ERDTMANN, Bernadette Kreutz; ROGÉRIO, Jandira Miriam Wagner; GALLI, Kiciosan da Silva Bernardi. Atenção básica à saúde tendo a família como unidade de cuidado. In: ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana Izabel Jatobá de; MARCON, Sonia Silva (Orgs.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá, PR: Eduem, 2011.

FALCKE, Denise; WAGNER, Adriana. A violência na conjugalidade: possibilidades de uma intervenção. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia**. 11.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FÁVERO, Maria Helena. **Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações**. Curitiba: Ed.UFPR, 2010.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de et al. A família: saberes e reflexões práticas de cuidar. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FILHO, Alberto Pellegrini; BUSS, Paulo Marchiori; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Promoção da saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p.895-901, nov./dez. 2012.

FRÁGUAS, Gisele; ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Avaliação e intervenção na família no contexto da saúde coletiva: pressupostos teóricos e metodológicos. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de Souza; HORTA, Natália de Cássia (Orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FREITAS, Waglânia de Mendonça Faustino e; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.457-66, jul./set. 2013.

GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene; ZAULI-FELLOWS, Amanda. Estudos de Gênero na psicologia social. In: GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene (Orgs.). **Gênero e psicologia social: interfaces**. Brasília, DF: TechnoPolitik, 2010.

GARCIA, Leila Posenato, FREITAS, Lúcia Rolim Santana de e HOFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v.22, n.3, p.383-394, jul./set. 2013.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

GODINHO, Tatau; COSTA, Maria Luíza da. Para discutir uma política nacional de combate à violência contra a mulher. In: LEOCÁDIO, Elcylene; LIBARDONI, Marlene (Orgs.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília, DF: AGENDE, 2006.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SANTO, Caren Camargo do Espírito. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.261-4, abr/jun. 2013.

GOMES, Isabel Cristina. Conflitos conjugais e transmissão psíquica geracional: das históricas de Freud à mulher atual. In: FERES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família: transmissão, conflito e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.63-9, jan./abr. 2014.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.789-96, jul./set. 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.683-89, out./dez. 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.4, p. 504-8, out./dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/19.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.109-16, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/16.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

GOMES, Nadirlene Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.1-9, jan./fev. 2014.

GUEDES, Rebeca Nunes et al. A violência conjugal sob o olhar de gênero: dominação e possibilidade de desconstrução do modelo idealizado hegemonicamente de casamento. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, RJ, v.6, n.3, p. 1-9, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007.1103/261>>. Acesso em: 17 abr.2013.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p.1731-5, dez. 2011.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; EGRY, Emiko Yoshikawa. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.304-11, abr. 2013.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HANADA, Heloisa; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 33-60, jan./abr. 2010.

HEILBORN, Maria Luiza. Desigualdades, diferença em saúde: articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291800&search=bahia|jequie|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010. Famílias e domicílio** – resultados da amostra. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Familias_e_Domicilios/censo_fam_dom.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

JEQUIÉ. Portal da Prefeitura Municipal de Jequié. Disponível em: <<http://www.jequie.ba.gov.br/index.php?page=paginas&id=1>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

JODELET, Denise. Recentes desenvolvimentos na noção de representações nas ciências sociais. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; JODELET, Denise (Orgs.). **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009.

_____. Représentations sur le traitement de la notion de représentation sociale em psychologie sociale. **Communication - Information**, Paris, FRAN, v.6, n.213, p.15-41, 1998.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Traduzido por Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JONG, Lin Chau; SADALA, Maria Lúcia Araújo; TANAKA, Ana Cristina D' Andretta.

Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.744-51, dez. 2008.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p. 1805-15, set. 2013.

KISS, Lígia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1943-52, mar. 2011.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v.11, n.23, p. 485-501, set./dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a07v11123.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p.625-32, jul./set. 2012.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques; GASPAR, Maria Filomena Mendes. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 15, n. 37, p.409-24, abr./jun. 2011.

LEITE, Maísa Tavares de Souza et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p.409-24, jan./fev. 2014.

LEITES, Gabriela Tomedi; MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Noemi. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 642-53, jul./set. 2014.

LERNER, Gerner. **La creación del patriarcado**. Barcelona, SPAIN: Critica, 1990.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; BITTAR, Daniela Borges. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.524-9, jul./ago. 2012.

LEVY, Lidia. O casal homoafetivo e a parentalidade. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família**: transmissão, conflito e violência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MACHADO, Juliana Costa et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.828-40, jul./set. 2014.

MACHADO, Paulo Batista. **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Senhor do Bonfim, BA: Eduneb, 2011.

MACKINNON, Catherine A. **Hacia una teoría feminista del Estado**. Madrid, SPAIN: Cátedra, 1995.

MADUREIRA, Ana Flávia do Amaral. Gênero, sexualidade e processos identitários na sociedade brasileira: tradição e modernidade em conflito. In: GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene (Orgs.). **Gênero e psicologia social: interfaces**. Brasília, DF: TechnoPolitik, 2010.

MAIA, Carmen da Conceição Araújo Maia; RODRIGUES, Fernanda Gonçalves; MAIA, Lenira de Araújo. Pelos caminos do SUS: avanços e perspectivas de uma política. In: SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de Souza; HORTA, Natália de Cássia (Orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.662-70, jul./set. 2013.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.743-52, abr. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 564-74, jun. 2011.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.778-86, jul./set. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, Rita Maria Paiva. Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.8, p.1693-4, ago. 2013.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.3, p. 814-27, jul./set. 2014.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOTTA, Alda Britto da. Envelhecimento e relações entre gerações. In: LONGHI, Marcia; ALMEIDA, Maria da Conceição Lafayette de (Orgs.). **Etapas da vida: jovens e idosos na contemporaneidade** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

MOUFFE, Chantal. Feminismo, cidadania e política democrática radical. In: MOUFFE, Chantal. **O regresso do político**. Lisboa, PT: Gradiva, 1993.

MOURA, Maria Lucia Seidl de; FERREIRA, Maria Cristina; PAINE, Patrícia Ann. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

MUNEVAR-MUNEVAR, Dora Ines; MENA-ORTIZ, Luz Zaret. Violencia estructural de género. **Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**, Bogotá, DC, v.57, n.4, p. 356-65. oct./dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a08.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

NASCIMENTO, Edna de Fátima Gonçalves Alves do; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Percepções e práticas de profissionais de saúde de Angola sobre a violência contra a mulher na relação conjugal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30. n.6, p. 1229-38, jun. 2014.

NÓBREGA, Sheva Maia; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque (Orgs.). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; CONCONE, Maria Helena Villas Boas. Famílias na esfera antropológica. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO, Lúcia. A análise fatorial de correspondências no estudo das representações sociais: as representações sociais da morte e do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes et al. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, Angela Maria de; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2011.

OLIVEIRA, Fátima O. de; WERBA, Graziela C. Representações sociais. In: STREY, Marlene Neves et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 21.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

OMS. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 27 out. 2014.

_____. **Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 out. 2014.

PAIVA, Mirian Santos et al. Teoria das representações sociais e estudos em família: um diálogo de abordagens teóricas para situar os significados coletivos. In: SILVA, Luzia Wilma Santana (Org.). **Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa**. Salvador: Arcádia, 2012.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1991.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. As transformações familiares e o olhar do sociólogo. In: SINGLY, François de. **Sociologia da família contemporânea**. Tradução de Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez et al. Aborto provocado: representações sociais de Mulheres. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.spe.2, p.736-42, dez. 2013.

PHILOGENE, Gina. O alcance das representações sociais: impacto e ramificações. In: ALMEIDA, Angela Maria de; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2011.

PORTO, Maria Stela Grossi. Re-pensando crenças e valores; sociologia e representações sociais. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; JODELET, Denise (Orgs.). **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009.

PUTHIN, Sarah Reis. Violência de gênero e Lei Maria da Penha: experiências (im)possíveis? In: AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de (Org.). **Relações de gênero e sistema penal: violência e conflitualidade nos Juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

RABELLO, Patrícia Moreira; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6, p. 970-8, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n6/5848.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

RAMOS, Maria Eveline Cascardo; ROQUE, Fernanda Cunha Fontoura. O gênero e a violência no casal. In: GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene (Orgs.). **Gênero e psicologia social: interfaces**. Brasília, DF: TechnoPolitik, 2010.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, Londres, UK, n.5, mai. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

REIS, Helca Franciulli Teixeira; MOREIRA, Thais Oliveira. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p.1115-23, out./dez. 2013.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A difícil arte de harmonizar família, trabalho e vida pessoal. In: FÉRES-CARNEIRO, Terezinha (Org.). **Casal e família: transmissão, conflito e violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

_____. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, Myriam Lins de (Org.). **Família e gerações**. 1.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz; ZIONI, Fabíola. Família como foco na atenção à saúde: perspectiva da saúde da família. In: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza (Orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

RODRIGUES, Vanda Palmarella et al. Prática de trabalhadora(e)s de saúde na atenção às mulheres em situação de violência de gênero. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p.735-43, jul./set. 2014.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ROZIN, Leandro; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2012.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. **Flacso Brasil**, Rio de Janeiro, p.1-44, jun. 2009. Disponível em: < http://www.flacso.org.br/portal/pdf/serie_estudos_ensaios/Heleieth_Saffioti.pdf >. Acesso em: 18 abr. 2013.

SAGOT, Montserrat. Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. **Athenea Digital**, Barcelona, SPAIN, n. 14, p. 215-28, 2008. Disponível em: < <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/571> >. Acesso em: 10 abr.2013.

SAMBADE, Ivan. Medios de comunicación, democracia y subjetividad masculina. In. PULEO, Alicia H (Org.). **El reto de la igualdad de género. Nuevas perspectivas en Ética y Filosofía Política**. Madrid, SPAIN: Biblioteca Nueva, 2008.

SANTI, Liliane Nascimento; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-424, jul./set. 2010.

SANTOS, Danielle Christine Moura dos et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.6, p.845-50, 2011.

SANTOS, Lenir. O que são redes? In: CARVALHO, Gilson et al. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA:CONASEMS, 2008.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos. A teoria das representações sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos; ALMEIDA, Leda Maria de (Orgs.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife (PE): Editora Universitária da UFPE, 2005.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Representações sociais e psicologia social. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; JODELET, Denise (Orgs.). **Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**. Brasília, DF: Thesaurus, 2009.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar; COSTA, Ana Alice Alcântara. Feminismos, feministas e movimentos sociais. In: BRANDÃO, Margarida Luiza Ribeiro; BINGEMER, Maria Clara Lucchetti (Orgs.). **Mulher e relações de gênero**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Violência dói e não é direito**. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 727-9, jul./set. 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.spe, p. 112-20, ago. 2006.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & realidade**, Porto Alegre, RS, v.15, n.2, p.71-99, 1995.

SCOTT, Parry. **Famílias brasileiras: poderes, desigualdades e solidariedades**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

SCOTT-SAMUEL, Alex. Patriarchy, masculinities and health inequalities. **Gaceta Sanitária**, Barcelona, SPAIN, v.23, n.2, p.159-60, mar./abr. 2009. Disponível em: < <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv23n2/politica.pdf> >. Acesso em: 17 abr. 2013.

SCHENKER, Miriam. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

SIFUENTE, Thirza Reis; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de. O casamento e a construção do feminino na comunidade Xerente. In: GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene (Orgs.). **Gênero e psicologia social: interfaces**. Brasília, DF: TechnoPolitik, 2010.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde:

um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1230-40, jun. 2013.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema; NJAINE, Kathie. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, abr. 2014.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2013.

SILVA, Maria Carmelita Maia; BRITO, Ana Maria de; ARAUJO, Alessandra de Lima et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.3, p.403-12, jul./set. 2013.

SILVA, Raquel de Aquino et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez. 2012.

SILVA, Priscilla de Oliveira Martins; TRINDADE, Zeidi Araujo; SILVA JUNIOR, Annor da. As representações sociais de conjugalidade entre casais recasados. **Estudos de Psicologia**, Natal (RN), v.17, n.3, p.435-43, set./dez., 2012.

SINGLY, François de. **Sociologia da família contemporânea**. Tradução de Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SOARES, Barbara Musumeci. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, Lídio de; CORTEZ, Mirian Beccheri. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, mai./jun. 2014.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra. (Orgs.) **Psicologia social: textos em representações sociais**. Petrópolis(RJ): Vozes, 2013.

STÖCKL, Heidi et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, Londres, UK, v.382, n.7, p.859-65, jun. 2013. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613610302.pdf?id=baaVZltAEm0McaV6wMcLu>>. Acesso em: 17 nov. 2014.

STREY, Marlene Neves et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. 21.ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

TAUFICK, Maira Lemos de Castro et al. Perfis de consumo alcoólico entre pacientes da atenção primária à saúde e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 427-32, fev. 2014.

TRAD, Leny A. Bomfim. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

TRINDADE, Zeidi Araújo; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Angela Maria de. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, Angela Maria de; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Orgs.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Tecnopolitik, 2011.

VASCONCELOS, Eymard Mourão Vasconcelos. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão Vasconcelos. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; PERDONA, Gleici da Silva Castro; SANTOS, Manoel Antonio dos. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.423-9, mai./jun. 2012.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p.366-72, mai./jun. 2014.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.678-85, out./dez. 2011.

VILLELA, Wilza V.; LAGO, Tânia. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 471-75, fev. 2007.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012**. Atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. FLACSO Brasil, Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. **Mapa da violência 2012**. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. 1.ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. **Mapa da violência 2012**: caderno complementar 2. Acidentes de trânsito. São Paulo: Instituto Sangari, 2012b. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_transito.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

_____. **Mapa da violência 2013**. Mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos/ FLACSO Brasil, 2013. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2013.

YOUNG, Íris Marion. Vida política y diferencia de grupos. Una crítica del ideal de ciudadanía universal. In. CASTELLS, Carme (Org.). **Perspectivas feministas en teoría política**. Barcelona, SPAIN: Paidós, 1996.

ZALESKI, Marcos et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-9, fev. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Folha de Rosto para o TALP.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

FOLHA DE RESPOSTA PARA O TALP - ESTÍMULO INDUTOR

1º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **FAMÍLIA?**
[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

2º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **SER HOMEM?**
[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

3º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **SER MULHER?**
[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

4º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA?**
[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

5º) Que palavras vêm a sua mente quando eu lhe digo: **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA A MULHER?**
[colocar na ordem que a(o) entrevistada(o) disser]

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA**PARTE 1. CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS**

Data da entrevista: ____/____/____

Local onde foi realizada a entrevista _____

Número da Família: _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Pessoas que vivem na casa e o grau de parentesco:

CARACTERIZAÇÃO DA(O)S PARTICIPANTES - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais do nome: _____ **Vínculo Familiar:** _____

Idade: _____

Raça/cor (autodeclarada): () preta () parda () branca () amarela () indígena () Não sabe () Não informado

Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Acredita em Deus, mas não tem religião () Ateia(eu) () Outros () Não informado

Escolaridade

() Não alfabetizada(o)

() 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental incompleto

() 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental completo

() 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto

() 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

Situação conjugal: () casada(o) () solteira(o) () união consensual () viúva(o) () divorciada(o) () desquitada(o) ou separada(o) () Não informado

Ocupação: _____**Renda familiar:** () Sem renda fixa () Até 01 salário mínimo () 01 a 03 salários mínimos

() 03 a 05 salários mínimos () 05 a 10 salários mínimos () Acima de 10 salários mínimos

Bolsa Família: () Sim () Não () Valor Recebido _____

PARTE 2. QUESTÃO NORTEADORA

1. Fale-me sobre a vivência da violência doméstica na sua família.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa que tem como título “Representações sociais de familiares sobre a violência de gênero” e tem como objetivo principal analisar o conteúdo das representações sociais sobre a violência de gênero, elaboradas por familiares de mulheres em situação de violência. A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Vanda Palmarella Rodrigues, enfermeira, estudante do Curso de Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), localizada em Salvador/BA, como atividade do doutorado, sob a orientação da Profª Drª Normélia Maria Freire Diniz, Doutora em Enfermagem e Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFBA.

Inicialmente farei algumas explicações de como a pesquisa será realizada e o(a) senhor(a), poderá ficar à vontade para pensar sobre a mesma e se precisar poderá consultar outras pessoas, ou pode fazer a pergunta para mim, que tentarei esclarecer a sua dúvida.

Sua participação será importante, mas, o(a) senhor(a) não deve participar caso não tenha vontade, dessa maneira, poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o seu atendimento e de seus familiares nesta Unidade de Saúde da Família. Caso o(a) senhor(a) aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, sendo que sua identificação se dará pela palavra família, seguida por um número na ordem em que a entrevista foi realizada e do seu grau de parentesco com a mulher que sofreu violência na sua família, com o objetivo de garantir o sigilo, o anonimato e assegurar a sua privacidade em todas as etapas desta pesquisa, logo seu nome não será citado, não aparecerá foto e não será utilizado nada que possa identificar o(a) senhor(a).

Para coletar as informações será realizado um diálogo, mantido durante uma entrevista com perguntas sobre o assunto. Para tanto, solicitamos a sua autorização para gravar o diálogo com um gravador digital para facilitar que as informações sejam escritas do modo que foram faladas. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito, na sua residência, em local mais confortável e

privativo possível, onde o(a) senhor(a) poderá falar livremente sobre o que pensa, no caso de o(a) senhor(a) julgar que não terá privacidade na sua casa, poderemos marcar a entrevista para ser realizada na Unidade de Saúde da Família, em outro momento. Concordando em participar da entrevista, o(a) senhor(a) poderá ouvir a gravação e retirar ou acrescentar quaisquer informações. As entrevistas gravadas e os documentos assinados serão guardados por cinco anos e após esse período, caso o senhor(a) permita, ainda serão utilizados para divulgação em revistas científicas e eventos científicos, caso não permita, serão destruídos.

Sua participação na pesquisa não lhe trará riscos físicos, mas o(a) senhor(a) poderá se sentir desconfortado(a) em falar sobre questões pessoais de sua família. Caso isso aconteça, o(a) senhor(a) não será obrigada(o) a responder a alguma pergunta ou algum dado que considere ser muito íntimo ou desconfortante e que não deve falar. Para evitar ou minimizar possíveis efeitos ou condições adversas, me comprometo de realizar a entrevista no máximo em uma hora, em ambiente reservado e confortável, providenciar uma água ou interromper a entrevista caso o(a) senhor(a) preferir.

No caso de algum problema relacionado à sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) terá direito à assistência gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

O(a) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Se a sua participação na pesquisa exigir gastos, assumirei as despesas ou o ressarcimento de despesas, apenas para passagens em coletivo para que o(a) senhor(a) se desloque da sua residência até à Unidade de Saúde da Família.

Sua participação na pesquisa também não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite maior compreensão sobre a violência, contribuindo para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher pelos serviços de saúde e da rede de violência do município de Jequié, tornando o atendimento mais humanizado, acolhedor e que tenha resolutividade.

Este Termo será assinado em duas vias, uma ficará de posse da pesquisadora, e a outra do(a) senhor(a), para que possa solicitar esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa ou desistir, sem nenhuma penalidade. Caso as atividades do projeto de pesquisa terminem antes do período previsto no cronograma, as pesquisadoras se comprometem a comunicar prontamente ao Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou o projeto.

Os resultados deste estudo serão publicados na tese e no formato de artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais, divulgados em eventos técnico-científicos, nas

Unidades de Saúde da Família que atendem casos de violência doméstica contra a mulher e na instituição que fez o contato com o(a) senhor(a) para a coleta de dados, oportunidade em que todas(os) os profissionais serão convidadas(os).

Caso o(a) senhor(a) tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderemos conversar sobre a mesma neste momento, ou o(a) senhor(a) poderá entrar em contato comigo. Segue abaixo meu nome, endereço, telefones e e-mail, Vanda Palmarella Rodrigues. Rua Everaldo Santos, nº336, Bairro Jequezinho, Jequié/BA. CEP: 45.204-190. Telefone (71) 93224031, ficando à vontade para ligar a cobrar; e-mail: vprodrigues@uesb.edu.br

O projeto desta pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), órgão que tem como objetivo proteger as pessoas que participam de pesquisas, em relação às questões éticas, e no caso do(a) senhor(a) tiver alguma dúvida ou desejar mais esclarecimentos, poderá entrar em contato de segunda a sexta-feira no horário das 08:00 às 14:00 horas, no endereço: Av. Dr. Augusto Viana S/N. Campus Universitário do Canela. Bairro do Canela, na cidade de Salvador/Bahia. CEP: 40.110-060. Telefone: (71)32837615.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmo ter sido convidada(o) para participar da pesquisa “Representações sociais de familiares sobre a violência doméstica contra a mulher”, e que entendi que participarei de uma entrevista, sendo informada(o) sobre os desconfortos que podem ocorrer quando eu estiver falando sobre algo muito pessoal. Tenho a consciência de que esta pesquisa não me dará nenhum benefício direto e se tiver necessidade de passagem de ônibus coletivo, a pesquisadora pagará para que eu me desloque de casa até a Unidade de Saúde da Família. Também tive conhecimento dos contatos com a pesquisadora, caso tenha necessidade de outros esclarecimentos sobre a pesquisa.

Tendo compreendido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura da(o) entrevistada(o)

Pesquisadora Responsável

Jequié -BA, ____/____/____.

ANEXOS

**ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA/
Plataforma Brasil**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA A MULHER

Pesquisador: Vanda Palmarella Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23641513.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 456.776

Data da Relatoria: 06/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese de Doutorado, de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e utilizará gênero como categoria analítica a ser realizada em nove Unidades de Saúde da Família de Jequié/BA. Apresenta como tese que as representações sociais que familiares de mulheres em situação de violência elaboram sobre a violência doméstica contra a mulher é construída e aceita culturalmente, são influenciadas pelas iniquidades sociais e definem o enfrentamento da violência pela mulher.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o conteúdo e a estrutura das representações sociais sobre a violência doméstica contra a mulher, elaboradas por familiares de mulheres em situação de violência.

Objetivo Secundário: Apreender as representações sociais de familiares de mulheres em situação de violência sobre a violência doméstica contra a mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora, a pesquisa não trará riscos físicos, mas poderá trazer desconforto ao(a) participante em falar sobre questões pessoais de sua família. No caso de algum problema relacionado à participação na pesquisa, o(a) participante terá direito à assistência

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Página 01 de 03

Dora Dalcanton Rose
Coordenadora do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 456.776

gratuita, ficando também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação, mediante decisão judicial ou extrajudicial.

Benefícios:

Possibilitar maior compreensão sobre a violência, contribuindo para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas no enfrentamento da violência doméstica pelos serviços de saúde e da rede de violência do município de Jequié, tornando o atendimento mais humanizado, acolhedor e que tenha resolutividade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A autora pretende entrevistar os familiares de mulheres em situação de violência familiar a partir de uma entrevista semi-estruturada, na casa do participante, precedida por autorização em TCLE. É factível e atende aos princípios da Resolução 466/12, na medida em que garante o anonimato, minimiza riscos e oferece proteção aos direitos dos participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE com linguagem clara e explícita possíveis riscos, benefícios e garantia dos direitos dos participantes. Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto deve ser aprovado pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Página 02 de 03

Paulo Roberto Rosa
Diretor de Ensino e Pesquisa
Coordenador do CEP/UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 456.776

SALVADOR, 13 de Novembro de 2013

Danci Santa Rosa

Assinador por:

p/ KARINA ARAUJO PINTO
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – Autorização para coleta de dados pela Secretaria Municipal de Saúde de Jequié



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OK

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº. 1502/2013

DO SERVIÇO/SETOR: *Departamento de Assistência à Saúde*

PARA O SERVIÇO/SETOR: Unidades de Saúde

ATT: Coordenadores UBS


ASSUNTO: **Autorização para Coleta Dados**

Prezado (a) Senhor (a):

Venho por meio desta autorizar à coordenação das Equipes da Estratégia Saúde da Família do município de Jequié sob supervisão da Pesquisadora Vanda Palmarella Rodrigues, realizar coleta de dados nesta unidade, tendo como projeto titulado "Representações sociais de familiares sobre a violência doméstica contra a mulher."

Atenciosamente,

Jequié, 11 de Dezembro de 2013.


Marcus Alex Rabelo da Costa Pereira
Diretor do Dept.º de Assistência à Saúde

Marcus Alex Rabelo da C. Pereira
Diretor do Dept.º de Assistência à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto - 12.899

Recebi em: ____/____/____

Ass: _____

ANEXO C – Relatório de frequência das palavras evocadas

BANCO.IMP
 TRI-DEUX Version 2.2
 IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est BANCO.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera BANCO.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est BANCO.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 4
 Nombre de lignes maximum par individu 1

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 5
 il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entr,e 81
 Nombre de mots ,crits en sortie 2024
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractères

Impression de la liste des mots

lalegr1	lale	1	aband1	aban	2	absur4	absu	23	absur5	abs1	29
aburs4	abur	1	ajuda1	ajud	40	alegr1	aleg	15	alegr2	ale1	4
alegr3	ale2	6	amiza1	amiz	39	amiza2	ami1	30	amiza3	ami2	24
amor1	amor	89	amor2	amo1	29	amor3	amo2	48	arrep5	arre	1
arrog2	arr1	33	autor1	auto	1	bonit2	boni	4	calar3	cala	3
calar4	call	6	calar5	cal2	1	carat2	cara	20	carat3	car1	5
carinho3	car2	1	consc4	cons	1	conse1	con1	1	covar4	cova	14
covar5	cov1	17	crime4	crim	1	crime5	cri1	1	cruel4	crue	16
cruel5	cru1	13	cuida1	cuid	32	cuida3	cui1	80	cviol4	cvio	1
decep5	dece	1	denun4	denu	12	denunc4	den1	1	deses4	dese	18
deses5	des1	15	desva2	des2	1	digni1	dign	1	doent2	doen	3
dor1	dor1	3	droga4	drog	14	droga5	dro1	21	empre1	empr	7
estru1	estr	38	estud1	est1	3	explo4	expl	2	famor	famo	1
famor4	fam1	29	famor5	fam2	21	fcara4	fcara	9	fcara5	fca1	7
fdeus4	fdeu	8	fdeus5	fde1	2	fpsic4	fpsi	1	fpsic5	fps1	1
frespe5	fres	1	futeb2	fute	1	guerr3	guer	41	hones1	hone	8
hones2	hon1	54	hones3	hon2	40	honra2	hon3	5	ignor4	igno	21
ignor5	ign1	7	impot4	impo	1	impun4	imp1	19	impun5	imp2	23
ingra4	ingr	2	machi2	mach	27	machi5	mac1	38	medo4	medo	11
medo5	med1	14	menti1	ment	4	morte4	mort	17	morte5	mor1	17
mulhe1	mulh	1	mulhe3	mull	32	mulhe4	mul2	4	nagre3	nagr	1
pai2	pai2	33	paz1	paz1	13	pdeus1	pdeu	5	pepaz4	pepa	1
pieda5	pied	1	probl3	prob	2	puniç5	puni	19	raiva4	raiv	16
raiva5	rai1	16	repet4	repe	1	respe1	resp	26	respe2	res1	39
respe3	res2	34	respe5	res3	2	respo2	res4	31	respo3	res5	19

BANCO.IMP											
sabed2	sabe	7	sabed3	sab1	3	sauda1	saud	1	saude1	sau1	3
segur2	segu	22	segur3	seg1	16	sofri3	sofr	8	sofri4	sof1	53
sofri5	sof2	46	sorte1	sort	1	traba2	trab	60	traba3	tra1	39
uniao1	unia	60	uniao2	uni1	2	uniao3	uni2	3	vfisi4	vfis	35
vfisi5	vfii	34	viole1	viol	11	vpsi4	vpsi	1	vpsic4	vps1	59
vpsic5	vps2	50	vsexu4	vsex	6	vsexu5	vse1	6			
Nombre de mots entr,s				2024							
Nombre de mots diff,rents				123							

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	2
Tot.	1	2		
2024	1349	675		
100	66.7	33.3		

Question 016	Position	16	Code-max.	2
Tot.	1	2		
2024	1274	750		
100	62.9	37.1		

Question 017	Position	17	Code-max.	3
Tot.	1	2	3	
2024	725	899	400	
100	35.8	44.4	19.8	

Question 018	Position	18	Code-max.	2
Tot.	1	2		
2024	875	1149		
100	43.2	56.8		

ANEXO D - Análise Fatorial de Correspondência

BANCO.AFC
 TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 80
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 9
 Le nombre de lignes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,ementaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 80
 Le nombre de colonnes actives est de 9

M,moire disponible avant dimensionnement 505470
 M,moire restante aprs dim. fichiers secondaires 502622
 M,moire restante aprs dim. fichier principal 499742

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.082103

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.042105
 Pourcentage du total = 51.3

Facteur 2

Valeur propre = 0.016609
 Pourcentage du total = 20.2

Facteur 3

Valeur propre = 0.011958
 Pourcentage du total = 14.6

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	
absu	241	16	-4	0	-191	36	absur4
abs1	248	22	-39	1	-200	50	absur5
ajud	71	2	35	2	50	4	ajuda1

Página 1

BANCO.AFC							
aleg	-27	0	233	25	87	5	alegr1
ale1	-427	9	406	20	89	1	alegr2
ale2	-162	2	162	5	-327	27	alegr3
amiz	-239	27	97	11	-46	4	amiza1
ami1	-123	5	170	27	31	1	amiza2
ami2	-313	29	-88	6	25	1	amiza3
amor	-20	0	10	0	28	3	amor1
amo1	-90	3	23	0	-30	1	amor2
amo2	23	0	-0	0	126	33	amor3
arr1	57	1	22	0	-94	12	arrog2
boni	1004	49	359	16	157	4	bonit2
cal1	400	12	345	22	250	16	calar4
cara	40	0	-92	5	91	7	carat2
car1	-346	7	-196	6	-433	40	carat3
cova	-55	1	129	7	265	42	covar4
cov1	-189	7	159	13	229	38	covar5
crue	-92	2	162	13	-150	15	crue14
cru1	-136	3	201	16	39	1	cruel5
cuid	298	35	-105	11	-20	1	cuida1
cui1	257	64	15	1	-23	2	cuida3
denu	171	4	318	37	95	5	denun4
dese	-151	5	247	34	177	24	deses4
des1	-278	14	-169	13	-91	5	deses5
drog	278	13	163	11	240	34	droga4
dro1	393	39	18	0	39	1	droga5
empr	222	4	159	5	112	4	empre1
estr	-343	54	60	4	-123	25	estru1
fam1	-53	1	163	24	-21	1	famor4
fam2	-227	13	-17	0	-169	26	famor5
fcar	-151	2	62	1	-44	1	fcara4
fca1	-148	2	11	0	-127	5	fcara5
fdeu	-2	0	32	0	-163	9	fdeus4
guer	-309	47	52	3	131	30	guerr3
hone	-194	4	-94	2	-490	82	hones1
hon1	-32	1	-105	18	49	6	hones2
hon2	-72	2	-77	7	5	0	hones3
hon3	846	43	-283	12	101	2	honra2
igno	-399	41	37	1	-141	18	ignor4
ign1	-478	19	235	12	35	0	ignor5
imp1	123	4	104	6	-99	8	impun4
imp2	45	1	107	8	-192	36	impun5
mach	-232	18	-52	2	-133	20	machi2
mac1	40	1	46	3	102	17	machi5
medo	258	9	-175	10	75	3	medo4
med1	174	5	-255	28	169	17	medo5
ment	-234	3	116	2	533	48	menti1
mort	377	29	72	3	-93	6	morte4
mor1	554	63	183	17	-76	4	morte5
mul1	-160	10	169	28	-80	9	mulhe3
mul2	614	18	344	15	26	0	mulhe4
pai2	16	0	34	1	-84	10	pai2
paz1	305	15	141	8	-12	0	paz1

```

                                BANCO.AFC
pdeu   150   1   107   2  -123   3  pdeus1
puni    67   1   287  48  190   29  puniç5
raiv  -223  10   -76   3    70   3  raiva4
raii  -231  10  -163  13   118   9  raiva5
resp    68   1  -128  13    29   1  respe1
res1    63   2     8   0   -16   0  respe2
res2   193  15   -10   0   -83  10  respe3
res4   -44   1   111  12    13   0  respo2
res5   -29   0   107   7   -64   3  respo3
sabe   132   1    48   0  -118   4  sabed2
segu  -290  22   -39   1    20   0  segur2
seg1  -144   4  -140  10   116   9  segur3
sofr   431  18  -365  33   -26   0  sofri3
sof1  -217  30  -142  33   -23   1  sofri4
sof2  -164  15   -68   7   137  37  sofri5
trab   131  13   -85  13    75  14  traba2
tra1    47   1   -84   8   -88  13  traba3
unia   156  18   -25   1     5   0  uniao1
vfis   151  10  -157  26    -1   0  vfisi4
vfii   237  23  -139  20   -78   9  vfisi5
viol  -160   3  -754 192   304  43  viole1
vps1   -61   3   -98  18    25   2  vpsic4
vps2  -130  10   -15   0   -32   2  vpsic5
vsex    73   0  -263  13  -115   3  vsexu4
vse1  -274   5    83   1   -95   2  vsexu5

```

```

*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000*
*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

```

*-----*-----*-----*-----*
ACT.   F=1  CPF   F=2  CPF   F=3  CPF
*-----*-----*-----*-----*
0151   105  44    66  43    17   4
0152  -209  87   -131  86   -35   8
0161  -194 141    -2   0   -15   3
0162   334 243     4   0    26   5
0171  -136  39    54  15  -253  481
0172    79  17   164 180   145  194
0173    68   5  -467 647   135   76
0181   306 240   -49  16  -120  130
0182  -234 184    37  12    91   99
*-----*-----*-----*-----*
* * *1000* *1000* *1000*
*-----*-----*-----*-----*

```

Fin normale du programme