



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Cuidado às vítimas de violência doméstica: representações sociais de discentes de enfermagem

Camila Daiane Silva<sup>1</sup>, Vera Lúcia de Oliveira Gomes<sup>1</sup>, Ceres Arejano Braga<sup>1</sup>, Carolina Coutinho Costa<sup>1</sup>, Victoria Rocha Leslyê Gutmann<sup>1</sup>, Cristiane Lopes Amarijo<sup>1</sup>

*1 Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil*

### RESUMO

**Objetivo:** descrever os conteúdos da representação social da violência doméstica contra a mulher de discentes das séries iniciais e finais do curso de graduação em enfermagem. **Método:** colheram-se os dados entre agosto e novembro de 2014, por meio de entrevistas tratadas pelo *software* Alceste. Das seis classes obtidas, selecionou-se a maior, com aproveitamento de 27% do *corpus* e 212 unidades de contexto elementar. Parecer nº 109/2014. **Resultado e discussão:** os conteúdos representacionais evidenciam que nas séries iniciais o cuidado às vítimas fundamenta-se no conhecimento do senso comum, predominando conversa informal e conselhos pessoais. Nas séries finais predomina o reificado, descrito sob forma de acolhimento, vínculo, trabalho em equipe e encaminhamentos. **Conclusão:** o conhecimento do senso comum é evidenciado principalmente entre as discentes das séries iniciais, e o reificado, entre as das séries finais.

**Descritores:** Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Estudantes de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A violência é compreendida como um fenômeno universal que acomete a população das mais diversas culturas, religiões e níveis socioeconômicos. Mundialmente, cerca de 30% das mulheres sofrem violência vinda do parceiro íntimo<sup>(1)</sup>. No Brasil, desde 2006 vigora a Lei nº 11.340, conhecida como “Lei Maria da Penha”, a qual conceitua violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”<sup>(2:5)</sup>.

A lei também define que a violência pode ser cometida nas formas física, psicológica, moral, sexual e patrimonial<sup>(2)</sup>. Baseada nessa classificação, em 2014, a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180) registrou 31.432 relatos de violência física, 19.182 de psicológica, 4.627 de moral, 3.064 de sexual e 1.382 de patrimonial<sup>(3)</sup>.

A fim de ampliar o alcance do Ligue 180, o atendimento foi estendido às brasileiras que vivem na Espanha, Portugal e Itália. Também, em 2014, a Secretaria de Políticas para as Mulheres lançou a campanha “Violência contra as mulheres – eu ligo” e o aplicativo para celular “Clique 180”. Com essa nova opção houve um aumento de 52% nos registros de violência. Nesse mesmo ano a mídia, principalmente televisiva, contribuiu para que a central de denúncias chegasse ao conhecimento das vítimas, sendo responsável por 47% da procura pelo serviço<sup>(3)</sup>.

Entre 2013 e 2014, a central teve um aumento de 50% nos registros de cárcere privado e 20% de violência sexual, dentre eles o estupro, o assédio e a exploração sexual,

atingindo uma média de quatro registros por dia<sup>(3)</sup>. Em 82,53% deles, os agressores possuíam vínculo afetivo com as vítimas, eram atuais ou ex-companheiros, cônjuges, namorados ou amantes<sup>(3)</sup>.

Esse vínculo, o medo, a vergonha e outros fatores podem ser inibidores da denúncia. Por vezes a mulher se encontra em uma situação de desamparo familiar, de solidão e sem coragem para romper com os atos violentos. Até mesmo por desconhecimento ou desinformação sobre seus direitos, acaba suportando a condição de vítima. Por isso, os profissionais de saúde devem estar atentos para os sinais da possível ocorrência da violência doméstica contra a mulher (VDCM) e fundamentá-los cientificamente para prestar-lhes cuidado.

No entanto, para atuar em situações de VDCM, os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, se dizem despreparados. Esse sentimento é justificado pela abordagem superficial ou ausência de debates acerca da temática durante a graduação, bem como pela pequena oferta de cursos, seminários e conferências<sup>(4-5)</sup>. Outros fatores como a crença na superioridade masculina, cultura, religião e representações também podem constituir entraves no estabelecimento de políticas públicas, desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais à vítima.

As instituições de ensino superior têm o compromisso social de formar profissionais capazes de atuar com responsabilidade e compromisso sobre os problemas e situações de saúde/doença prevalentes em nível nacional<sup>(6)</sup>. Nesse sentido, acredita-se que o curso de graduação em enfermagem, ao longo do seu desenvolvimento, possibilita às discentes a construção do conhecimento reificado, o

qual se agrega ao conhecimento do senso comum e pode modificar a representação social acerca da VDCM. Assim, objetivou-se descrever os conteúdos da representação social da violência doméstica contra a mulher de discentes das séries iniciais e finais do curso de graduação em enfermagem.

## MÉTODO

Pesquisa descritiva, qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Foram escolhidas as três séries iniciais e as três finais por acreditarmos que o conhecimento reificado, adquirido ao longo da graduação em enfermagem, possa modificar a representação da VDCM, uma vez que, ao ingressar no curso, se fundamentam principalmente no conhecimento do senso comum. Enfatiza-se que entre os *experts* da TRS há um consenso de que 30 entrevistas é o quantitativo mínimo para se recuperar as representações em um grupo<sup>(7)</sup>. Assim, foram convidadas todas as discentes, buscando atingir o mínimo de cinco por série. Excluíram-se as que faltaram às aulas no período da coleta. Essa ocorreu entre agosto e novembro de 2014. Primeiro, aplicou-se um questionário contendo informações pessoais, sociais e acadêmicas. Após, realizaram-se as entrevistas individuais, agendadas previamente. Elaborou-se um roteiro com questões abertas referentes às vivências pré-universitárias com a temática e a abordagem ao longo das disciplinas teórico-práticas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na área acadêmica da Escola de Enfermagem, e gravadas mediante autorização. A duração média foi de 30 minutos. Para o tratamento dos dados foi utilizado

*software* Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE), proposto por Max Reinert em 1979, que permite uma análise lexical de conteúdo. Este *software* identifica os conteúdos presentes em um conjunto de textos a partir de técnicas estatísticas. Para tanto, divide o *corpus*, formado pelo total de entrevistas, em classes conforme a relação entre as formas reduzidas. Tal relação é verificada pelo valor de  $\text{Khi}^2$ , calculado a partir do cruzamento entre presença e ausência da palavra em uma Unidade de Contexto Elementar (UCE). Essa consiste em segmentos do *corpus* com tamanhos variados<sup>(8)</sup>. Para este estudo, selecionou-se a classe que comportava a maior porcentagem do *corpus* analisado.

Para garantir o anonimato, as participantes foram identificadas pela letra D (discentes) e o número da ordem de realização da entrevista. A pesquisa respeitou a Resolução nº 466/2012, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, sob o Parecer nº 109/2014.

## RESULTADOS

Participaram 33 discentes de enfermagem, sendo 16 das séries iniciais e 17 das finais. Apenas dois informantes eram do sexo masculino e quatro tinham filhos. Quanto à idade, 18 tinham entre 17 e 23 anos e 15 tinham de 24 a 50 anos. No que se refere ao fato de ter cursado alguma disciplina que abordou a temática VDCM durante a graduação, 25 responderam negativamente, quatro citaram a disciplina saúde da mulher, e quatro a de epidemiologia.

A classe em análise corresponde a 27% do *corpus* (figura 1), é composta por 212

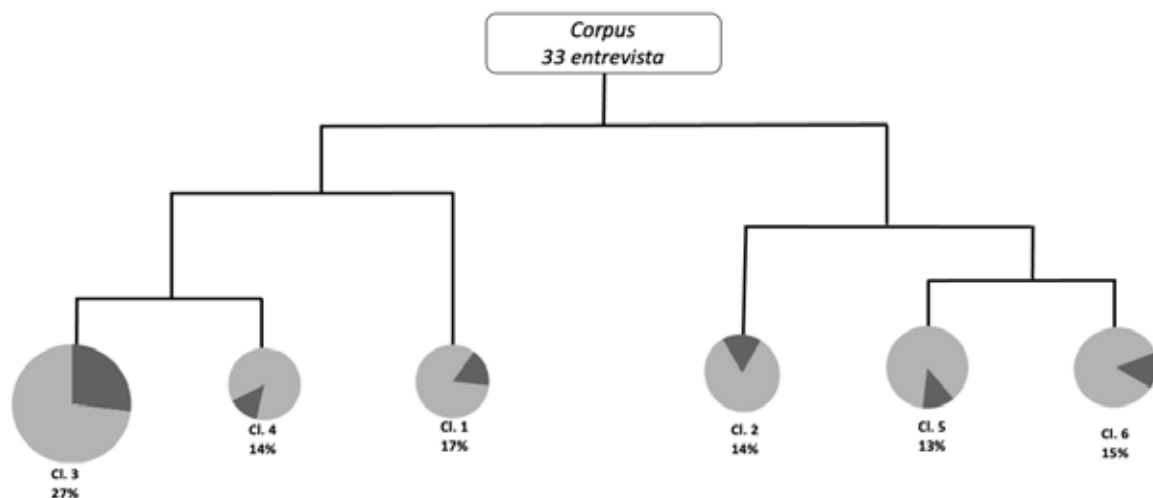
UCEs, as quais têm em média 29 palavras analisadas. As variáveis faixa etária de 24 a 50 anos ( $khi^2=2$ ) e presença de filhos ( $khi^2=2$ ) estão estatisticamente associadas a essa classe. Confirmando o pressuposto de que o curso de graduação em enfermagem possibilita às discentes a construção do conhecimento reificado, a variável referente à disciplina de saúde da mulher ( $khi^2=8$ ), que abordou a temática, está estatisticamente associada à classe. Da mesma forma, a variável série final ( $khi^2=6$ ) contempla cinco das seis entrevistas que compõem a classe.

A classe tem 168 formas reduzidas principais, as quais possuem maior associação estatística. Dessas, as que possuem maiores valores de  $Khi^2$  e que indicam significados presentes na classe são: *acompanhamento* ( $khi^2=38$ ), *ajud* ( $khi^2=32$ ), *vincul* ( $khi^2=29$ ), *paciente* ( $khi^2=27$ ), *prepar* ( $khi^2=25$ ), *atu* ( $khi^2=23$ ), *consulta* ( $khi^2=22$ ), *sint* ( $khi^2=22$ ), *rede\_básica* ( $khi^2=21$ ), *convers* ( $khi^2=19$ ), *encaminh* ( $khi^2=18$ ), *difícil* ( $khi^2=16$ ), *enfermeir* ( $khi^2=16$ ), *profession* ( $khi^2=16$ ).

Analisando as formas reduzidas, evidencia-se que os conteúdos representacionais se relacionam à atuação junto à vítima, caracterizando-a como uma tarefa difícil, que requer preparo profissional. Destacam-se os cuidados à vítima, por meio do estabelecimento de vínculo, acompanhamento, consulta na rede básica, ajuda e encaminhamento a outros serviços. Esses conteúdos constituem duas categorias, construídas a partir da análise do conjunto de contextos semânticos. A primeira refere-se ao cuidado à vítima fundamentado no conhecimento do senso comum, e a segunda aborda o cuidado pautado no conhecimento reificado.

### O cuidado à vítima da VDCM pautado no conhecimento do senso comum

A representação social acerca da VDCM, como uma questão *difícil* ( $khi^2=16$ ) de ser trabalhada no cotidiano profissional, evidencia que as discentes de enfermagem reconhecem a dimensão e gravidade do problema. As das séries iniciais relacionaram a dificuldade ao desejo de emitirem suas opiniões pessoais



**Figura 1.** Classificação hierárquica descendente da classe "Atuação profissional frente a VDCM". Rio Grande/RS. 2014

Fonte: próprio autor.

sobre a situação durante a prestação de cuidados à vítima.

*Se eu tivesse que lidar com essa situação, para mim seria difícil de não comentar algo. Claro, no caminhar do curso vamos amadurecendo, talvez no final esteja diferente, de conseguir me portar diferente nessas situações e tentar ajudar para que outras mulheres e crianças não passem por isso. (D23)(2014)*

Verifica-se que a representação da VDCM entre as discentes das séries iniciais é pautada no senso comum, pois, embora reconheçam a necessidade de *preparo* ( $\chi^2=25$ ) profissional e conhecimento sobre quais providências devem ser tomadas, ainda lhes faltam argumentos que orientem a *atuação* ( $\chi^2=23$ ) no cuidado às vítimas.

*Não me sinto bem preparada, tem algumas coisas que eu preciso ainda aperfeiçoar bastante, eu acho que só no dia a dia mesmo para aprender, porque chegar e pegar um caso assim e resolver... Acho que primeiro temos que tentar fazer as coisas, pedir ajuda para o colega. (D24)(2014)*

Por outro lado, essas discentes tinham a expectativa de superar o despreparo para atuar ao longo do curso de graduação. Dessa forma, reconheceram a construção do conhecimento por meio do desenvolvimento de estágios e disciplinas profissionalizantes, bem como de professores qualificados. Apesar disso, ainda não conseguiam perceber a aplicabilidade de instrumentos básicos de enfermagem até então aprendidos. Uma discente relatou utilizar

o histórico de enfermagem, mas não o percebeu como uma ferramenta adequada para investigar a ocorrência de VDCM. Observa-se, ainda, que outra discente, das séries iniciais, restringiu a atuação ao ambiente hospitalar, desconhecendo, como a população em geral, que a enfermagem pode e deve atuar na atenção primária, visando tanto a prevenção quanto o combate à VDCM.

*Me sinto despreparada. Tu não é preparada para isso, como eu estou no terceiro semestre e para nós é muito recente, não temos muito contato com o hospital, eu não sei se é comum vermos. (D124)*

*Eu tenho esperança, temos profissionais aqui, professores que são bem embasados, que têm muito para nos dar. Como eu estou recém começando a parte do colocar a mão na massa, de ir para os estágios, porque os primeiros estágios que fazemos são mais parte de histórico. (D24)(2014)*

Pautadas no conhecimento do senso comum, as discentes de enfermagem expressaram a necessidade de prestar cuidados às vítimas. As das séries iniciais, com pouco embasamento científico, focaram o cuidado na *conversa* ( $\chi^2=19$ ) informal com a vítima e no *acompanhamento* ( $\chi^2=38$ ), julgando ser desnecessária a intervenção do enfermeiro junto à *paciente* ( $\chi^2=27$ ) em um primeiro contato.

*Conversar com calma, falar que tentaríamos resolver a situação dela da melhor maneira, até mesmo para ela conversar, falar o que está acontecendo.*

*tecendo. Eu acho que o que o enfermeiro pode fazer é, nesse momento, não interferir, não tem como [...], diria que poderia me procurar para conversar, para tentar esclarecer. (D124)(2014)*

Dentre os cuidados prestados à vítima, as discentes das séries iniciais indicaram a busca por *ajuda* ( $\chi^2=32$ ) de familiares e pessoas próximas. Algumas indicaram, equivocadamente, para procurar a polícia somente se tiver provas da ocorrência da violência. O cuidado referente aos danos psicológicos gerados pela violência foi elencado por uma discente. Observa-se que é associada, inadequadamente, à enfermeira a atribuição de dar conselhos pessoais para a vítima.

*Diria para ela conversar com o acompanhante dela, tentar amenizar a situação e, se não fosse possível, então que procurasse alguém, algum familiar dela que pudesse ajudar ela e pudesse acolher ela. (D127)*

*Eu tentaria falar para ela buscar ajuda, buscar ajuda com o pai, familiares, e procurar a polícia se realmente estiver sofrendo agressão, se for comprovado com testemunha que ela estava sendo agredida. (D63)*

*O físico, todo mundo sabe como lidar... com machucado; mas agora o psicológico, orientar, procurar o psicólogo do hospital, fazer terapia, dar conselho de separar do marido, de quem a está agredindo. (D126)(2014)*

Destaca-se o depoimento de um discente da série inicial, que presenciou uma situação

de violência no seu ambiente familiar. A notificação compulsória foi mencionada como uma atribuição do enfermeiro e que pode subsidiar políticas públicas de atendimento às vítimas. Esse fato causou estranheza, pois tal conhecimento costuma ser adquirido durante as séries finais do curso, pois se constitui em um conhecimento reificado.

*O enfermeiro precisa acolher. Ouvir aquela pessoa porque ela chega tão desesperada, não sabe o que fazer, que atitude tomar. Acho que a primeira coisa é a conversa, com a família, orientar, fazer a notificação compulsória dos casos para que possa se desenvolver alguma política pública voltada para aquilo, devido à subnotificação dos casos. [...] Como foi o caso da minha tia, que não tinha ninguém, mas se ela tivesse ajuda de um profissional de saúde... (D65) (2014)*

### **O cuidado à vítima da VDCM pautado no conhecimento reificado**

As discentes das séries finais também representam a VDCM como uma questão *difícil* ( $\chi^2=16$ ) de ser trabalhada no cotidiano profissional. Fundamentadas no conhecimento reificado, referiram a dificuldade para prestarem cuidados à vítima, principalmente para romper com o ciclo da violência.

*Muitas vezes ela se abre para ti, chora, fica desesperada e, no outro dia, ela volta, e nada aconteceu. É muito difícil fazer ela ter coragem de denunciar, é uma situação difícil de lidar, para o enfermeiro também não é fácil. (D51)(2014)*

Algumas discentes afirmaram estar preparadas para prestar o cuidado às vítimas. No entanto, pela proximidade da conclusão do concurso, confessaram uma sensação de insegurança, a qual é recorrente entre formandos. Assim, buscavam aproveitar as últimas vivências acadêmicas e participavam, junto à enfermeira, supervisora de estágio curricular na rede básica, do atendimento à vítima. Contar com colegas mais experientes é identificado como uma alternativa para diminuir a insegurança.

*Estar com o professor apoiando, depois tu está sozinho e tem que tomar as decisões. Ficamos com medo de tomar uma decisão errada. Uma mulher chega, não vai denunciar direto, tem que conversar primeiro para criar uma confiança e poder atuar. Me sinto preparada, mas com um pouco de receio, um pezinho atrás. (D13)*

*No estágio aqui na rede atendemos com a enfermeira. Os pacientes confiam muito nas enfermeiras. Eu vi que tudo que a enfermeira falava ela acolhia, dizia que iria fazer. Eu me senti confiante com a situação. (D36)*

*Iria me sentir bem insegura, pediria ajuda a alguém mais experiente. Não sabemos no início como lidar com a maioria das coisas e um caso de violência contra a mulher é bem complicado. (D35)(2014)*

A representação da VDCM como uma situação geradora de medo pode levar a discente a se sentir despreparada para prestar o cuidado. Outro fator que desencadeia a sensação de despreparo é a falta de abordagem da

temática durante a graduação. Algumas referiram que as discussões proporcionadas nas disciplinas profissionalizantes, em atividades extraclasse, ou sob forma de cursos e em grupos de pesquisa foram insuficientes. Ainda elencaram a necessidade de debates, por meio de simulação realística, para tornar o aprendizado mais concreto.

*Eu me sinto completamente despreparada para atuar, com muito medo, como aquela situação da senhora que foi estuprada, eu não esperava nunca ouvir aquilo. (D119)*

*Eu não me sinto nem um pouco preparada, porque não temos contato, não somos preparadas para isso na faculdade. Acho que nas disciplinas da graduação poderiam ser abordados. (D34)*

*Ficaria bem apreensiva, porque não somos preparadas na graduação para esse tipo de conduta, em relação à violência [...]. Essas coisas de notificação compulsória, do que é do nosso código de ética, tenho noção por participar de um grupo de pesquisa que trabalha com violência contra a mulher. Não temos nenhuma base dentro da graduação, teríamos que ter pelo menos um preparo, viver hipoteticamente essas situações em simulações para ver como é que agiríamos. Que nem fazemos em outros casos, simulação realística que fazem bastante nas disciplinas. É uma coisa muito difícil, porque sabemos que aquela mulher está sofrendo. (D49) (2014)*

As discentes das séries finais reconheceram a importância da experiência profissional

para prestar o cuidado. Frente às escassas oportunidades de vivenciarem o atendimento à vítima e a falta de conhecimento específico da temática, salientaram a aplicabilidade dos instrumentos básicos da enfermagem na atuação junto à vítima.

*Para atuar só se sente preparada quanto mais experiências temos na área. Não vi muitas vezes, não me sinto muito preparada. Eu uso os princípios básicos da graduação e que fazem parte do enfermeiro, saber ouvir, o que perguntar, como que se colocar e tentar me colocar da melhor forma possível. Mas me sinto despreparada, tentaria escrever o máximo de coisas possíveis que ela [a vítima] fosse me colocando para que nada fosse perdido e que ficasse registrado. (D132)(2014)*

O conhecimento reificado é também evidenciado pelo sigilo profissional, referido pela discente da série final no que tange à atuação em equipe.

*Manter tudo só entre enfermeiro e a pessoa. Tentar dizer só para as pessoas que forem ficar envolvidas, quem vai cuidar. Acho que também os detalhes que vai falar para outros profissionais, alguns o enfermeiro deve tentar não dizer, senão vai afetar mais. (D92)(2014)*

A representação das discentes das séries finais é pautada no conhecimento reificado, pois, diferente das séries iniciais, o cuidado é associado a orientações acerca dos direitos da vítima, bem como ao encaminhamento ( $khi^2=18$ ) da paciente ( $khi^2=27$ ) a outros

serviços de atendimento. Exemplo deles são o serviço de psicologia, a delegacia, rede básica ( $khi^2=21$ ) e o núcleo de apoio à saúde da família.

*Amparar e fazer com que ela saia de dentro do hospital o mais orientada possível... (D39)*

*Deveria investigar bem, conversar com ela e às vezes até encaminhar para fazer os exames, para um acompanhamento psicológico, no caso aqui na rede básica tem as consultas do NASF. (D35)*

*O enfermeiro tem que dar todo apoio psicológico para a mulher e também para chegar até os meios, delegacia, e também depois, para conseguir sair de casa. (D51)(2014)*

No cuidado às vítimas de violência, as discentes das séries finais elencaram o vínculo ( $khi^2=29$ ) como fator essencial entre paciente ( $khi^2=27$ ) e profissional ( $khi^2=16$ ). Aproximar-se da vítima facilita a obtenção de informações e a abordagem do assunto. Destaca-se que uma discente da série final afirmou, equivocadamente, que a enfermeira deverá atuar junto à vítima apenas na segunda ocorrência da violência, sendo esse o momento de realizar a denúncia e não a notificação compulsória.

*Já tentaria fazer uma visita em casa, para ela ver que estamos dando atenção, criar o vínculo, porque aqui as pessoas só falam quando criam o vínculo. (D36)*

*Nessa primeira vez não faria a notificação compulsória, faria numa segunda a denúncia, eu iria primeiro*



*tentar pegar o máximo de informações, até porque ela não me conhece ainda, tentaria criar um vínculo, que ela pudesse conversar comigo, que não teria problema nenhum. (D13) (2014)*

As discentes das séries finais reconheceram a importância da atuação da enfermeira no cuidado prestado às vítimas, bem como de outros profissionais de saúde, principalmente para a realização de um trabalho em equipe. *O enfermeiro é a profissão que mais tem contato com a mulher, que consiga chegar e talvez surtir algum efeito positivo com relação à mulher tomar alguma atitude... precisa de toda uma equipe multiprofissional, os psicólogos que podem fazer encaminhamentos e que vão ser muito importantes nesse processo. (D51)(2014)*

## **DISCUSSÃO**

A representação social pode ser compreendida como "uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"<sup>(9:22)</sup>. É por meio da representação que se "torna possível captar a realidade simbólica existente, que [...] possui forte poder de mobilizar e explicar a realidade, orientando as ações dos grupos sociais"<sup>(8:393)</sup>. Ao representarem a VDCM, as discentes de enfermagem reconheceram a dimensão desse fenômeno. Autores evidenciam a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública, pois acomete vítimas independentemente da cultura, religião, escolaridade ou situação financeira<sup>(10-11)</sup>.

As discentes argumentaram que a VDCM é uma questão difícil de ser abordada. Destaca-se o conhecimento reificado entre as discentes das séries finais, que enfocaram a complexidade do processo de cuidar das vítimas, qualificando-o como difícil. Uma pesquisa realizada no Canadá com profissionais de saúde verificou que, considerando a tendência abusiva do agressor, uma dificuldade na atuação é a permanência dele junto à mulher durante o desenvolvimento da consulta. Outra dificuldade é quando ocorre a reconciliação da vítima com o agressor após a ocorrência da violência, percebida pelos profissionais como falta de ação das vítimas<sup>(12)</sup>. Discentes das séries iniciais relataram o sentimento de despreparo para atuar nos casos de VDCM. No entanto, têm a expectativa de que essa realidade possa ser modificada ao longo do curso de graduação em enfermagem. Algumas discentes das séries finais também elencaram o mesmo sentimento de despreparo, dando como justificativas a pequena experiência na área, o medo gerado pela situação e a escassa abordagem ao longo do curso.

Quanto ao medo, uma pesquisa realizada em São Paulo, com profissionais de saúde, evidenciou que é um sentimento comum entre os trabalhadores, possivelmente associado à sensação de impotência diante dos agressores<sup>(13)</sup>. A falta de abordagem de questões relacionadas à violência doméstica durante a graduação também foi identificada em outra pesquisa realizada com enfermeiros e médicos em 2010, no Estado de São Paulo<sup>(14)</sup>. Um estudo realizado em 2009, com enfermeiros, evidenciou que esses profissionais demonstram interesse em aprender sobre

a violência, indicando o desenvolvimento de abordagens atrativas, como a utilização de cenários da vida real, jogos de papel, conversas com colegas, discussões com mulheres sobreviventes, visitas a abrigos para mulheres, bem como trabalhar com colegas mais experientes<sup>(12)</sup>. A educação permanente pode ser utilizada como estratégia para que o enfermeiro desenvolva habilidades e se sinta preparado para identificar e atuar nas situações de VDCM.

Os autores associaram a dificuldade dos profissionais em prestar o cuidado à vítima ao processo de formação e capacitação dos membros das equipes de saúde<sup>(19)</sup>.

Pela proximidade da formatura, as discentes das séries finais referiram a sensação de insegurança por não terem mais a presença do professor ou do enfermeiro. Um estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de analisar a experiência de estudantes no desenvolvimento das atividades do Estágio Curricular Supervisionado, identificou que o enfermeiro é visualizado como um modelo a seguir. Assim, o enfermeiro deve estar ciente de sua responsabilidade como referência para o graduando. O estágio é uma oportunidade ímpar na formação do acadêmico, período em que este futuro profissional poderá sofrer influências na sua identidade e no seu perfil<sup>(15)</sup>. As discentes das séries iniciais fundamentaram o cuidado à vítima no senso comum, pois enfatizaram a importância da conversa informal, acompanhamento, busca de ajuda de familiares e a denúncia policial somente se existirem provas da ocorrência da violência. Por outro lado, as discentes das séries finais referiram o cuidado por meio de orientações acerca dos direitos da vítima, bem como do

encaminhamento da paciente a outros serviços de atendimento.

Nesse sentido, um estudo realizado na Bahia, com enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitários apontou que os profissionais, frente a uma situação de VDCM, recorrem ao apoio dos colegas de equipe, e contam com o encaminhamento à Delegacia da Mulher e a Assistência Social. No entanto, os autores enfatizam a importância de a equipe priorizar a escuta e o diálogo e, somente depois de esgotadas todas as possibilidades, encaminhar a vítima a outros serviços. Isso impede situações em que os profissionais deleguem a responsabilidade para outros serviços apenas para se verem livres do problema<sup>(16)</sup>.

Outro cuidado indispensável é o sigilo profissional, enfatizado pelas discentes de ambos os grupos. Nas séries finais, as discentes enfatizaram a troca de informações sobre as pacientes entre a equipe de saúde. Por outro lado, equivocadamente, referiram que a violência precisa ocorrer mais de uma vez para que a enfermeira faça a denúncia policial. Observa-se a confusão entre o conceito de denúncia policial e de notificação compulsória. Tal confusão também é identificada em um estudo, em Minas Gerais, com profissionais de saúde da atenção básica, que as citam como sinônimos<sup>(17)</sup>.

Cabe esclarecer que a notificação compulsória consiste no registro organizado e sistemático, em formulário próprio, dos casos conhecidos, suspeitos ou comprovados de violência contra a mulher<sup>(18)</sup>. Para a realização desse registro, o profissional de saúde não precisa conhecer o agressor. O descumprimento das recomendações previstas para a notificação

compulsória caracteriza infração da legislação de saúde pública, estando os profissionais de saúde sujeitos às penalidades relativas ao seu Código de Ética Profissional<sup>(18)</sup>. Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, identificou que eles reconhecem a finalidade e importância da notificação compulsória, apesar de não refletir a sua atuação profissional. Dessa forma, a subnotificação prevalece entre os serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

A representação pode ser orientadora das ações de grupos sociais, assim, diante dos conteúdos representacionais, pode-se concluir que o cuidado à vítima, fundamentado no conhecimento do senso comum, ocorre nos dois grupos, porém com predominância na representação das discentes das séries iniciais. Por outro lado, o conhecimento reificado fundamenta o cuidado às vítimas entre as discentes das séries finais.

As discentes das séries iniciais apresentaram conteúdos representacionais da VDCM relacionados à atuação do enfermeiro restrita ao ambiente hospitalar, recursos familiares, às conversas informais, emissão de opiniões e conselhos pessoais, ocorrendo a busca de apoio policial somente se existirem provas concretas. Faltam-lhes argumentos para direcionar as ações frente a VDCM, no entanto as discentes têm a expectativa de que o conhecimento reificado possa ser adquirido ao longo do curso de graduação.

As discentes das séries finais revelaram conteúdos representacionais fundamentados no acolhimento, vínculo, sigilo, trabalho em equipe, nos direitos da mulher, no

encaminhamento a outros serviços para o cuidado à vítima. Verifica-se que, embora existam lacunas de conhecimento, as discentes buscaram superá-las apoiando-se em modelos assistenciais dos enfermeiros da rede básica. O preparo profissional foi evidenciado no depoimento das discentes que elencaram disciplinas da graduação que abordaram a temática. No entanto ainda reforçaram a necessidade de abordagens mais diversificadas e aprofundadas durante a graduação, principalmente por meio da simulação realística.

Apesar de o objetivo da pesquisa ter sido alcançado, os resultados constituem uma primeira análise de um grupo específico, necessitando que outras pesquisas sejam realizadas, ampliando-se a outras áreas da saúde e contextos sociais. Espera-se com a pesquisa que os conteúdos representacionais da VDCM orientem a atuação acadêmica e profissional na prevenção, identificação e intervenção dos casos de violência. Ainda, espera-se que a pesquisa possa alertar os responsáveis pelos cursos de graduação da área da saúde, sensibilizando os responsáveis pelas disciplinas afins para a inclusão da temática nos conteúdos programáticos, de maneira atrativa, e problematizando questões éticas, políticas e legislativas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO report highlights violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions' [internet]. 2013. [Cited 2016 December 10]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/index.html).

2. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. [Cited 2016 December 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm).
3. Brasil. Balanço 2014 da Central de Atendimento à mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República [internet]. 2015. [Cited 2017 July 05]. Available from: [http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180\\_2014-versaoweb.pdf](http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180_2014-versaoweb.pdf).
4. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LMC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2015 [Cited 2016 December 10] 20(1):249-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00249.pdf>.
5. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.* [internet]. 2011 [Cited 2016 December 10] 20(1):124-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [internet]. 2001. [Cited 2017 January 05]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf> 2001.
7. Santos EL, Gomes AMT, Oliveira DC. Representations of vulnerability and empowerment of nurses in the context of HIV/AIDS. *Texto & contexto enferm.* (Online) [internet] 2014. [Cited 2017 January 05] 23(2):408-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/0104-0707-tce-23-02-00408.pdf>.
8. Formozo GA, Oliveira DC. Professional self-protection and nursing care for HIV patients: both party representation. *Acta paul. enferm.* (Online) [internet]. 2009 [Cited 2017 January 05] 22(4):392-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en\\_a07v22n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a07v22n4.pdf).
9. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. uerj; 2001. p.17-44.
10. Moura MAV, Albuquerque Netto L, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2012 [Cited 2017 January 11] 16(3):435-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/02.pdf>.
11. Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. Intentionalities of women who decide to denounce situations of violence. *Acta paul. enferm.* (Online) [internet]. 2012 [Cited February 02] 25(3):423-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en\\_v25n3a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/en_v25n3a16.pdf).
12. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health* [internet]. 2012 [Cited 2016 March 05] 12(473). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444396/>.
13. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Social Representations Of Violence Against Rural Women: Unveiling Senses In Multiple Views. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [internet]. 2014 [Cited 2017 January 10] 48(2):214-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/0080-6234-reeusp-48-02-214.pdf>.
14. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic Violence? *Rev. latinoam. enferm.* (Online) [internet]. 2014 [Cited 2016 December 08] 22(3):448-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

PMC4292616/.

15. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2014 [Cited 2016 December 08] 67(1):133-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0133.pdf>.
16. Rodrigues VP, Machado JC, Simões AV, Pires VMMM, Paiva MS, Diniz NMF. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2014 [Cited 2017 February 06] 23(3):735-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00735.pdf>.
17. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. saúde pública* [internet]. 2013 [Cited 2017 February 06] 29(9):1805-15. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>.
18. Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP. Violência contra a mulher: notificação obrigatória e outros instrumentos jurídicos de uso dos profissionais de saúde. *Revista Âmbito Jurídico* [internet]. 2010 [Cited 2016 August 02]. XIII(74). Available from: <http://www.ambito-juridico.com.br/pdfsGerados/artigos/7499.pdf>.
19. Cruz NM, Tavares VS, Gomes NP, Silva Filho CC, Magalhães JRF, Estrela FM. Me-

anings of the reports of violence against women: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet]. 2015 Mar [Cited 2017 January 30]; 14 (2):144-50. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4717>.

#### **PARTICIPAÇÃO DE CADA AUTOR:**

**Camila Daiane Silva:** Elaboração do projeto, coleta, análise e tratamento dos dados

**Vera Lúcia de Oliveira Gomes:** Orientadora da pesquisa

**Ceres Arejano Braga:** Banca Avaliadora da pesquisa, avaliação do texto final

**Carolina Coutinho Costa:** Coleta dos dados, elaboração do texto final

**Victoria Rocha Leslyê Gutmann:** Coleta dos dados, elaboração do texto final

**Cristiane Lopes Amarijo:** Coleta dos dados, elaboração do texto final

Recebido: 07/03/2017

Revisado: 02/11/2019

Aprovado: 11/11/2019

Copyright © 2018 Online  
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.