

Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares*

SOCIAL REPRESENTATIONS OF VIOLENCE AGAINST RURAL WOMEN: UNVEILING SENSES IN MULTIPLE VIEWS

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA CONTRA MUJERES RURALES: DESVELANDO SENTIDOS EN MÚLTIPLES MIRADAS

Marta Cocco da Costa¹, Marta Julia Marques Lopes², Joannie dos Santos Fachinelli Soares³

RESUMO

Analisam-se as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul. O estudo tem abordagem qualitativa e agrega a perspectiva teórico-metodológica das Representações Sociais. Os dados foram gerados por meio do método associativo, com questão-estímulo de evocações de palavras e expressões. A análise da associação de palavras foi realizada com o auxílio do software EVOC, considerando a frequência e a ordem da associação aos termos indutores. Os participantes reconhecem a violência contra as mulheres como *destino de gênero* que induz a consentimento, resignação, culpa e medo, e resulta em naturalização e banalização do fenômeno social. Ressalta-se a necessidade de produzir rupturas nas formas instituídas e tradicionais de cuidado em saúde, nas visões conservadoras e estereotipadas da violência, favorecendo o acesso a serviços acolhedores e evitando a reprodução de iniquidades de gênero.

DESCRIPTORIOS

Atenção Primária à Saúde
Violência contra a mulher
População rural
Pessoal de saúde
Gestor de saúde
Relações profissional-paciente

ABSTRACT

We analyze the social representations of violence against women from the perspective of city managers, professionals and health workers in rural settings of the southern half of *Rio Grande do Sul*. The study has a qualitative approach and adds a theoretical/methodological perspective of social representations. The data were generated by means of the associative method, question-stimulus of words and expressions emergence. The analysis of word association was performed with EVOC software, considering frequency and order of association with inducing terms. Participants recognize violence against women as *gender destination* that induces consent, resignation, guilt and fear, and results in naturalization and trivialization of this social phenomenon. We highlight the need to produce ruptures in established and traditional forms of health care, in the conservative and stereotypical views of violence, favoring access to friendly service and avoiding the reproduction of gender inequalities.

DESCRIPTORS

Health Primary Care
Violence against woman
Rural population
Health personnel
Health manager
Professional-patient relations

RESUMEN

Se analizan las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de gestores municipales, profesionales y trabajadores de salud en el escenario rural de la mitad sur del Rio Grande do Sul. Este estudio con abordaje cualitativo incluye la perspectiva teórico-metodológica de las Representaciones Sociales. Los datos fueron generados por medio del método asociativo con preguntas-estímulo de evocaciones de palabras y expresiones. El análisis de la asociación de palabras fue realizada por medio del programa EVOC, considerando la frecuencia y el orden de la asociación a los términos indutores. Las evocaciones de los participantes reconocen la violencia contra las mujeres como *destino de género* que inducen a consentimiento, resignación, culpa y miedo resultando en naturalización y banalización del fenómeno social. Destaca la necesidad de producir rupturas en las formas tradicionales del cuidado de la salud, en las visiones conservadoras y estereotipadas de la comprensión de la violencia, favoreciendo el acceso a servicios de acogida y evitando la reproducción de inequidades de género.

DESCRIPTORIOS

Atención Primaria de Salud
Violencia contra la mujer
Población rural
Personal de salud
Gestor de salud
Relaciones profesional-paciente

*Extraído de tese "Violência contra as mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio", Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. ¹ Professora Adjunta, Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, RS, Brasil. marta.c.c@ufsm.br ² Professora Titular, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. ³ Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres está presente em toda a sociedade, sendo um fenômeno relacionado à construção de gênero e à distribuição do poder dentro de cada grupo social. Aponta-se que as relações entre homens e mulheres se encontram sob conflito e as formas interativas, em crise, isto é, sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. Assim, a violência pode ser entendida como comportamento de reconquista do poder ou para prevenir sua perda⁽¹⁾.

No meio rural, a violência adquire formas complexas e múltiplas e manifesta-se nas relações sociais cotidianas, evidenciadas pela discriminação quanto à posse, ao trato e ao manejo da terra, sobrecarga de trabalho justificada nas assimetrias de poder, que sustentam hierarquias intrafamiliares e sociais, e na *legitimidade masculina* da divisão sexual do trabalho no âmbito da agricultura familiar.

No campo da saúde, por longo período histórico, as naturalizações da violência de gênero consolidaram condutas de omissão ou sustentaram a *inexistência de olhares* que permitissem o reconhecimento público (e diagnóstico) dos eventos de violência e sua constituição enquanto problema de saúde pública passível de prevenção e intervenção, para além dos limites da coerção policial e de sua redução a uma questão de segurança pública.

Em muitos casos, as intervenções nas situações de violência contra a mulher ocorrem somente quando suas consequências são percebidas como doença, caso contrário, a queixa não é considerada nas ações em saúde e as consequências são referidas à ordem do social e/ou do psicológico. Deste modo, a conduta dos profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, resultando em respostas inadequadas às demandas das mesmas⁽²⁻³⁾.

Observa-se, então, uma tendência ao reducionismo biologicista e fragmentado na atenção à saúde da mulher. Os profissionais de saúde mostram-se despreparados para atuar nessas situações, o que pode ser justificado pela insuficiência da formação profissional na área da saúde em relação à violência e pela falta de suporte institucional e de equipe multiprofissional para auxiliar nessa demanda⁽⁴⁾.

Acredita-se que a compreensão dessas condutas de omissão, no campo da violência, requer elementos plurais de leitura analítica e, nesse sentido, propõem-se aproximações com a teoria das Representações Sociais. A teoria das Representações Sociais (RS) designa um conjunto de fenômenos, os conceitos que os englobam e a teoria construída para explicá-los. As RS são formas interpretativas da realidade social e têm por principal finalidade tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade e, para tanto, utiliza dois mecanismos interpretativos: a ancoragem e

a objetivação que atuam tendo, por base, a memória. Esses mecanismos podem apreender o modo com que o social transforma um conhecimento em representação e como essa representação transforma o social, e compreendem a articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são construídas as representações⁽⁴⁾.

Seguindo essas ideias, a noção das RS pode auxiliar no resgate de quatro dimensões importantes em estudos que buscam entender os sujeitos e grupos: cognitiva, afetiva, simbólica e imaginária; o papel do sujeito como produtor de sistemas simbólicos e sociais; a ênfase no estudo de sistemas simbólicos complexos; as interações intra e intergrupos; e, o funcionamento e a mudança de uma sociedade⁽⁵⁾.

Ao se optar pela análise do fenômeno da violência contra as mulheres rurais, sob a ótica de gênero e das Representações Sociais, buscou-se descartar definições abstratas, direcionando o estudo para a relatividade dessas noções, da multiplicidade de valores orientadores de condutas e das interinfluências do campo social no qual são construídas. Nesse enfoque, entende-se, também, que aquilo, que os atores sociais nomeiam como violência, *varia segundo as representações que fazem do fenômeno e segundo a natureza da sociedade na qual o fenômeno é definido*⁽⁶⁾.

Este estudo tem como objetivo conhecer de forma descritiva e analisar, em cenários rurais da metade sul do Rio Grande do Sul, as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores da saúde.

MÉTODO

A fim de atingir o objetivo proposto, optou-se por desenvolver um estudo qualitativo, agregando-se o domínio e a perspectiva teórico-metodológica das Representações Sociais (RS). A pesquisa, nessa perspectiva, comprometida com situações sociais naturais e complexas, é, necessariamente, uma pesquisa qualitativa, uma tradição específica dentro das ciências sociais que depende, fundamentalmente, da observação de pessoas em seus próprios territórios e da interação com essas pessoas mediante sua própria linguagem⁽⁷⁾.

Escolheu-se, como espaço de interação e solo cultural, a base geográfica do Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER). A região, escolhida para o desenvolvimento desse programa, foi a Metade Sul do Estado do Rio Grande do Sul, que vem sofrendo crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visíveis as disparidades regionais. Porém, devido ao tamanho da área, surgiu a necessidade de reduzi-la a oito municípios emblemáticos das características dessa região, que são: Arambaré, Camaquã, Cançu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul.

Os participantes da pesquisa foram 56 sujeitos, constituídos de grupos por especificidades profissionais e/ou atuantes na gestão pública, gestores municipais, profissionais responsáveis pela saúde da mulher, profissionais e trabalhadores da saúde, que atuam em áreas rurais e que estavam em exercício no momento da geração de dados.

Para a produção/geração dos dados, utilizou-se instrumento que permitiu apreender as representações, sendo adaptado e advindo do método associativo, que buscou focalizar a expressão verbal menos controlada, mais espontânea e mais autêntica⁽⁸⁾. Optou-se por utilizar a associação livre de palavras, considerando-se a dimensão ampla do termo ou palavras indutoras *violência contra as mulheres rurais*. A geração dos dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2010.

A associação livre é uma técnica majoritária para o reconhecimento dos elementos constitutivos do conteúdo de uma representação, o núcleo central de entendimento, por reduzir a dificuldade ou os limites da expressão discursiva. Com essa técnica, solicitou-se ao entrevistado que dissesse todas as palavras, termos ou expressões que lhe viessem à mente a partir das palavras e dos termos indutores. O caráter espontâneo e a dimensão projetiva dessa técnica permitiram acessar o universo semântico (significado) do objeto estudado⁽⁸⁾.

A técnica de associação livre foi tratada em dois momentos: no primeiro, para reconhecer e analisar o sistema categórico ou as lógicas utilizadas pelos sujeitos entrevistados, o que permitiu cercar o próprio conteúdo da representação. O segundo momento permitiu destacar os elementos organizadores desse conteúdo, a partir da frequência do item na população, sua ordem de aparição na associação e a importância do item para os sujeitos. Na geração de dados referentes à associação livre de palavras, optou-se pela ordem natural das evocações.

As evocações foram organizadas previamente, constituindo-se em um *corpus* para análise. O material foi tratado pelo *software Ensemble des programmes permettant l'analyse des évocations* (EVOC), que calcula, para o conjunto do *corpus*, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação. Esse *software* possui subprogramas que permitiram a emissão de dados estatísticos. Esse recurso auxiliou a organizar e permitiu a quantificação das palavras evocadas, o cruzamento entre a frequência de cada uma delas e a ordem de evocação, possibilitando dois tipos de análise: a lexicografia e a categorização para análise de conteúdo⁽⁹⁾.

A partir da distribuição dos dados no *quadro de quatro casas*, se obteve as palavras que compõem o universo semântico do sistema central e do sistema periférico. No quadrante superior esquerdo, situam-se os termos verdadeiramente significativos para os sujeitos e que

constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. As palavras, localizadas no quadrante superior direito, denominam-se primeira periferia; no inferior esquerdo, localizam-se os elementos de contraste; e aquelas, localizadas no quadrante inferior direito, constituem a segunda periferia da representação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Também foi desenvolvida análise a partir do subprograma COMPLEX do EVOC 2000 que permitiu uma descrição estatística das palavras, o que possibilitou conhecer se a Representação Social é mais característica a um subgrupo do que a outro e os elementos comuns entre os subgrupos. Para diferenciar esses subgrupos, utilizaram-se as variáveis das características dos participantes.

O COMPLEX gerou uma lista que abarca a comparação entre os termos emitidos por dois subgrupos, com as palavras ditas somente por um grupo e também as comuns aos dois, com cálculos estatísticos marcando de qual subgrupo o termo é característico, sendo que o programa considera as mais comuns a partir da frequência maior que 5.

Considerando os argumentos moscovicianos⁽⁵⁾, foram elaboradas as análises nas categorias instrumentais definidas pela origem profissional dos participantes: gestores, enfermeiras, médicos e agentes comunitários de saúde, e pelas categorias teóricas fundamentadas nos conceitos de objetivação e ancoragem (processos fundamentais na criação das RS). A objetivação transforma algo estranho em algo quase concreto, transforma o que está na mente em algo que existe no mundo físico. A ancoragem tenta ancorar ideias estranhas, reduzidas a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar.

Do ponto de vista das técnicas metodológicas, a organização das RS, a partir de um núcleo central e de um sistema periférico, constitui-se em contribuição para a eficiência prática das análises entre o material e o simbólico. Portanto, aliaram-se categorias instrumentais, teóricas e técnicas metodológicas.

Este estudo foi realizado de maneira a respeitar as normas da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos. Obteve-se a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sob o protocolo CPS-ESP 496/09.

RESULTADOS

Na construção do *corpus* da expressão indutora *violência contra mulheres rurais* através da associação livre de palavras, obteve-se 53 palavras e expressões diferentes, distribuídas em 213 evocações manifestadas pelo conjunto de participantes. Dentre os vocábulos, cita-se que uma palavra foi mencionada 23 vezes, enquanto que 11 palavras foram citadas apenas uma vez.

Associando-se a frequência de evocação dos termos às suas posições médias de evocação, gerou-se o Quadro 1, de centralidade. No quadrante superior esquerdo (Quadrante 1), estão os elementos com menor ordem de evocação (mais prontamente evocados) e com maiores

frequências, atributos que indicam o provável núcleo central. No universo dos participantes, evidenciam-se, como elementos centrais, os vocábulos *medo*, *álcool*, *sobrecarga-trabalho da mulher*, *desrespeito*, *agressão-física* e *agressão*.

Quadro 1 - Centralidade dos termos evocados pelo conjunto dos participantes do estudo, em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado *violência contra mulheres rurais*.

	OME < 2,4			OME ≥ 2,4		
	Quadrante 1			Quadrante 2		
	Palavra	F	OME	Palavra	F	OME
f ≥ 8	Agressão	9	2,000	Agressão-verbal	10	2,600
	Agressão-física	9	1,444	Cultura	16	3,250
	Álcool	14	1,929	Submissão	14	3,000
	Desrespeito	10	2,100			
	Medo	16	2,250			
	Sobrecarga-trabalho da mulher	11	1,350			
	OME < 2,4			OME ≥ 2,4		
	Quadrante 3			Quadrante 4		
	Palavra	f	OME	Palavra	F	OME
f ≤ 3 < 7	Abuso-sexual	7	2,286	Covardia	7	2,714
	Desamor	4	1,750	Desestrutura-familiar	5	2,800
	Insegurança	3	2,333	Difícil-acesso	4	2,750
	Machismo	5	2,200	Falta-lazer	3	3,333
	Situação-financeira	3	2,333	Ignorância	3	3,000
				Poder	6	3,167
				Privação	6	2,500
				Velada	5	3,400

Fonte: Costa MC. Evocações gerais dos participantes do estudo, Municípios da Metade Sul, RS, 2011.

No quadrante inferior direito (Quadrante 4), localizam-se as palavras de menor frequência e com maior OME (menos prontamente evocadas), que integram o sistema periférico, situando-se as palavras *covardia*, *privação*, *poder* e *desestrutura-familiar*. Reitera-se que o sistema periférico mantém uma relação dialética com o sistema central, em que toda a mudança no núcleo central depende da relação entre sistema central e sistema periférico, porque este absorve as informações e filtra-as⁽⁷⁾. Pode-se dizer que o sistema periférico é questionador do núcleo central e é potencialmente indutor de mudanças para esse núcleo.

Entre os elementos do quadrante superior direito (Quadrante 2), destacam-se dois termos por reforçar o núcleo central – *cultura* e *submissão* – que foram evocados respectivamente 16 vezes e 14 vezes, mas com um OME maior que a média. Já no quadrante inferior esquerdo (Quadrante 3), destacam-se os vocábulos *abuso-sexual*, *machismo* e *desamor*. Ambos os quadrantes, que representam o sistema intermediário, são assim denominados por suas aproximações do núcleo central ou dos elementos periféricos⁽¹¹⁾.

Os quadros apresentados a seguir permitem visualizar a comparação das associações de palavras entre os grupos de participantes do estudo a partir de suas categorias profissionais. Pelo fato dos grupos serem constituídos de reduzido número de participantes, optou-se por excluir a frequência menor que 2.

Nesse sentido, no grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher, observou-se que, dentre as palavras mais frequentes para os gestores surgiram: *desestrutura-familiar* e *agressão*. Já entre os responsáveis pela saúde da mulher, evidenciou-se a palavra *submissão*. Quando analisadas as palavras comuns entre ambos, identificou-se *álcool*, *cultura* e *medo*, como se demonstra no Quadro 2.

Quadro 2 - Palavras mais frequentes e comuns no grupo de gestores e responsáveis pela saúde da mulher em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado *violência contra mulheres rurais*.

	Palavras mais frequentes		Palavras comuns			
	Gestores	Responsáveis pela SM	GES	RES SM		
Desestrutura-familiar	2	Submissão	2	Álcool	4	3
Agressão	2			Cultura	4	3
				Medo	3	3
				Desrespeito	2	1

Fonte: Costa MC. Municípios da Metade Sul, RS; 2011.

O segundo grupo analisado foi o dos profissionais e trabalhadores da saúde que atuam nas áreas rurais, agrupados, inicialmente, em profissionais enfermeiras e profissionais médicos. Na análise, observou-se que, para as profissionais enfermeiras, *machismo*, *agressão-verbal* e *difícil-acesso* foram palavras e expressões mais frequentes, sendo *abuso-sexual* a palavra mais frequente para os médicos (Quadro 3).

Quadro 3 - Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e médicos (as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado *violência contra mulheres rurais*

Palavras mais frequentes		Palavras comuns				
Enfermeiras	Médicos (as)	Enf	Méd			
Machismo	3	Abuso-sexual	5	Submissão	6	1
Agressão-verbal	2			Cultura	5	1
Difícil-acesso	2			Álcool	3	3
				Desrespeito	3	3
				Covardia	2	1
				Agressão	3	1
				Medo	3	1
				Poder	3	1
				Sobrecarga-trabalho da mulher	1	4
				Desestrutura-familiar	2	1
				Privação	1	2

Fonte: Costa MC. Municípios da Metade Sul, RS; 2011.

Já em ambas as categorias profissionais, as palavras *submissão* e *cultura* foram as mais comuns, seis e cinco vezes, respectivamente, para o grupo das enfermeiras. Entretanto, cada vocábulo foi citado somente uma vez entre os médicos, o que pode configurar um elemento de análise influenciada pelo gênero, considerando-se que o grupo das enfermeiras é constituído exclusivamente por mulheres ao passo que o dos médicos, em sua maioria, é composto por homens.

As palavras *álcool* e *desrespeito* foram as mais comuns dentre os dois grupos, ambas com frequência 3 em cada um deles.

Realizou-se, também, a análise das palavras mais frequentes e comuns na categoria profissional enfermeira na relação com os agentes comunitários de saúde. Entre as enfermeiras, a palavra mais frequente foi *desestrutura-familiar* enquanto que, as palavras *velada*, *desvalorização*, *falta-diálogo* e *opressão* foram mais frequentes entre os agentes comunitários de saúde, conforme consta no Quadro 4.

Ao se analisar as evocações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na relação com os médicos, identificou-se que as palavras *agressão-verbal*, *desamor*, *desvalorização*, *falta-diálogo*, *machismo* e *opressão* foram mais frequentes entre os agentes comunitários de saúde, e, entre os médicos, *desestrutura-familiar* foi a mais frequente, conforme consta no Quadro 5.

Chama a atenção o termo *abuso-sexual*, dentre as palavras comuns, mencionado seis vezes pelos médicos e uma vez pelos agentes comunitários. Identificou-se, com quatro evocações, o termo *sobrecarga-trabalho da mulher*. Isso se reporta à sobrecarga de atividades desenvolvidas pelas mulheres rurais, seja no contexto doméstico ou no espaço da agricultura, da lavoura, o que, de certa forma, é inferido pelos participantes do estudo como forma de violência contra essas mulheres.

Quadro 4 - Palavras mais frequentes e comuns no grupo de enfermeiras e agentes comunitários de saúde em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado *violência contra mulheres rurais*

Palavras mais frequentes		Palavras comuns				
Enfermeiras	Agentes Comunitários	Enf	ACS			
Desestrutura-familiar	2	Velada	3	Submissão	6	4
		Desvalorização	2	Medo	3	6
		Falta-diálogo	2	Agressão-verbal	3	6
		Opressão	2	Cultura	1	5
				Agressão-física	1	4
				Agressão	3	3
				Sobrecarga-trabalho da mulher	1	4
				Machismo	3	1
				Desrespeito	3	1
				Álcool	1	3
				Poder	3	1
				Privação	1	3
				Difícil-acesso	2	1
				Covardia	2	1

Fonte: Costa MC. Municípios da Metade Sul, RS; 2011.

Quadro 5 - Palavras mais frequentes e comuns no grupo de agentes comunitários de saúde e médicos(as) em resposta ao estímulo - palavras que lhe vêm à cabeça, quando você ouve o enunciado *violência contra mulheres rurais*

Palavras mais frequentes		Palavras comuns				
Agentes Comunitários	Médicos(as)	ACS	Méd			
Agressão-verbal	6	Desestrutura-familiar	2	Abuso-sexual	1	6
Desamor	2			Sobrecarga-trabalho da mulher	4	4
Desvalorização	2			Agressão-física	4	1
Falta-diálogo	2			Cultura	4	1
Machismo	2			Submissão	4	1
Opressão	2			Álcool	3	1
				Privação	3	1
				Velada	3	1

Fonte: Costa MC. Municípios da Metade Sul, RS; 2011.

DISCUSSÃO

Nos termos evocados pelos participantes do estudo e demonstrados no Quadro 1, identifica-se que os vocábulos mencionados mostram atributos que refletem a dominação masculina e podem indicar uma *tomada de consciência* da dominação de gênero. É possível que se comece a admitir *diferença como desigualdade de poder* e o exercício do poder masculino comece a ser questionado em sua legitimidade simbólica.

Essa constatação é instituinte dos papéis masculinos e femininos como elementos de permanência da dominação entre os sexos, o que acaba *justificando* e *naturalizando* a violência como constitutiva dessa relação e socialmente aceitável⁽¹²⁾. Mas, admitindo-se o potencial *transformador* desses significados, poder-se-ia dizer que as justificativas, que se assentam nesses argumentos de dominação, são possíveis de serem superadas. No campo da saúde, por exemplo, a noção de integralidade pode alimentar novos olhares sobre a dominação de gênero e ser instituinte de novas práticas.

Assim, admitindo-se essa influência, as evocações em ambos os quadrantes qualificam a mulher como submissa e justificam as motivações do agressor para os atos violentos, atrelando-as aos vocábulos cultura e machismo. Essa constatação reforça a dominação simbólica sofrida pelas mulheres rurais, principalmente nas relações conjugais, seja incidindo na decisão da mulher que incorporou comportamentos de submissão ou de pressões para a manutenção da família, ou ainda, na imagem que se tem de *mulher ideal*. Quanto ao termo cultura, é possível que este seja evocado *pejorativamente*, fazendo particular referência à *cultura pomerana* presente, com força, nessa região. Nesse sentido, *serve bem* para justificar o imobilismo nas ações institucionais e dos profissionais, em seu isolamento, nas práticas de consultório. As dificuldades em produzir atenção adequada, considerando-se essas *vidas em violência*, induzem a justificativas legitimadas pela cultura particular dos grupos sociais.

Contudo, considera-se que os profissionais de saúde não podem ignorar as situações de violência, pois sua intervenção é necessária para a prevenção, detecção e tratamento do problema. Dessa forma, uma maior sensibilização e capacitação dos profissionais, especialmente no que se refere à identificação precoce de violência doméstica, implicaria em um cuidado mais adequado e eficaz às mulheres⁽¹³⁾.

O possível núcleo central (Quadrante 1) sugere, inicialmente, a representação relacionada ao vocábulo *medo*, o que representa a determinação de aspectos pautados no gênero, ou seja, na posição social e cultural de inferioridade da mulher, o que justifica e naturaliza a violência. Associados a isso, os termos *álcool* e *desrespeito* aparecem como evocações associadas e consideradas desencadeadores, muitas vezes, dos atos de agressão, o que contribui para justificar e dar invisibilidade a esses atos contra as mulheres rurais, como consequência de *momentos de descontrole*.

Para o vocábulo *medo*, infere-se que esse não se vincula somente à figura da mulher em situação de violência, mas também à atitude de muitos profissionais de saúde frente a essa problemática, em que tal medo e a sensação de impotência desses e das mulheres diante dos agressores refletem a dominação masculina presente na sociedade e, em particular, em algumas culturas, em que

a violência se sustenta nas desigualdades de poder instituídas e naturalizadas na relação homem/mulher.

Conforme observado no Quadro 2, os vocábulos *álcool* e *cultura* foram frequentes nas evocações dos gestores e responsáveis pela saúde da mulher. Esse fato é decorrente do contexto desta pesquisa, em que a utilização frequente de bebidas alcoólicas pelos homens é justificada nos costumes étnico-culturais, principalmente, vinculados à cultura pomerana, naturalizando tanto esse consumo como a violência contra mulher, como *efeito* e *costume*, portanto, natural, na relação homem-mulher.

Nesse enfoque, relacionando violência a um diagnóstico clínico de alcoolismo, isenta-se o agressor da responsabilidade pelas atitudes violentas, reconhecidas como naturais entre os costumes culturais dessas comunidades rurais, justificadas plenamente pela ilegitimidade diagnóstica. Muitas vezes, os representantes do poder público do setor da saúde entendem que, nesse contexto, a violência contra as mulheres e o uso de álcool são naturais e transitam entre a esfera pública e privada, envolvendo doença, valores morais, culturais e sendo modulados pelas diferenças baseadas nas construções de gênero, não sendo, portanto, de responsabilidade ou passíveis de intervenção pelo poder público da esfera da saúde.

Na comparação das evocações do grupo de enfermeiras e médicos (as), expostas no Quadro 3, observa-se associação entre os vocábulos álcool e desrespeito, em que se justificam as atitudes de desrespeito do homem contra a mulher em decorrência da utilização do álcool. Evocações, que qualificam o homem como alcoolista, também podem indicar que o desrespeito à mulher ocorre apenas quando o homem está sob o efeito de álcool, desconfigurando a violência de gênero, a que incorpora as desigualdades de poder na relação homem-mulher e que institui legitimidade aos atos violentos ocorridos nessa relação.

Na aproximação das palavras comuns das evocações do grupo de enfermeiras e agentes comunitários de saúde, encontrou-se a palavra *submissão* com seis evocações pelas enfermeiras e quatro pelos ACS. Pode-se inferir que a submissão persiste instituída como modelo social *admissível* para as mulheres, o que reforça a culpabilização e a naturalização desse tipo de violência.

A palavra comum *medo* aparece mais na categoria dos agentes comunitários de saúde. Isso pode revelar a proximidade dos ACS com as mulheres de suas comunidades de abrangência, o que lhes permite identificar, como forma mais expressiva da violência, as agressões verbais e o medo. O medo, muitas vezes, representa a permanência dessas mulheres em situações de violência, pelo receio do que poderá acontecer caso tentem reagir às situações vivenciadas. Também reflete o medo desse trabalhador em saúde de envolver-se com essas situações, o que ajuda a perpetuação de tais eventos violentos como parte do cotidiano dessas mulheres, no qual muitas delas apresentam

histórias de resignação como *destino de gênero*, e os profissionais *nada* podem fazer.

No entanto, considera-se que a violência contra a mulher é um problema da sociedade que exige estratégias de intervenção coletivas, abrangendo tanto as necessidades legais, como as de saúde simultaneamente. Igualmente o apoio social é importante para auxiliar as mulheres em situação de violência, especialmente no que se refere ao sofrimento decorrente dessas situações. Dessa forma, os profissionais de saúde podem contribuir em muito para aumentar a jurisprudência terapêutica e reduzir a violência contra as mulheres⁽¹⁴⁾.

Dentre as palavras mais comuns, identificou-se, entre ambos os grupos, a evocação *agressão*. Isso mostra que, para os dois grupos, a violência contra as mulheres rurais centra-se na agressão, o que demonstra direcionamento nas formas mais plausíveis e perceptíveis da violência, ou ainda naquelas que deixam alguma marca visível e diagnosticável, ou seja, passível de ser atribuída a uma CID (Classificação Internacional de Doenças).

A frequência do termo *abuso-sexual*, nas evocações dos (as) médicos (as), observada no Quadro 5, revela que, para esse grupo, a violência contra as mulheres rurais vincula-se aos atos que se revestem de dominação masculina sobre o corpo e a sexualidade feminina, mostrando a reprodução social do direito sexual do homem sobre sua esposa. Infere-se que as culturas de gênero masculinas hegemônicas (heteronormativas) possam estar influenciando esse tipo de referência ao *abuso sexual*, pois, nesse grupo, há número maior de homens. Saliencia-se que, nas análises de gênero, é comum encontrar esta visão de sexualidade como impulso biológico instintivo e é *historicamente aplicada muito mais à sexualidade masculina que domina, controla e é violenta*⁽¹⁵⁾, sendo aceita, muitas vezes, como natural.

A partir dos vocábulos mencionados nos grupos dos(as) médicos(as) e dos(as) agentes comunitários(as) de saúde, pode-se evidenciar que os participantes consideram que, para algumas mulheres rurais, a situação de violência é um *destino*, que advém do consentimento/resignação, culpa/medo. Dessa forma, as violências também são tratadas no âmbito institucional da saúde e acabam sendo naturalizadas e banalizadas pela tradição sociocultural marcada pelas relações hierárquicas de gênero.

Como visto no Quadro 5, em ambos os grupos, foi frequente a evocação do termo *sobrecarga-trabalho da mulher*. Infere-se que as mulheres rurais têm jornadas de trabalho duplas ou triplas, determinadas pela subsistência dos papéis sociais masculinos e femininos. Na leitura dos participantes, esse fato configura violência pela sobrecarga de trabalho, estando vinculada às desigualdades de gênero, pois os serviços domésticos e o cuidado com a casa e os filhos são considerados específicos e exclusivos das mulheres. As mulheres rurais ocupam uma

posição subordinada e seu trabalho geralmente aparece como *ajuda*, mesmo quando elas trabalham tanto quanto os homens ou desenvolvem atividades iguais a eles. Essa é uma indicação de que o trabalho da mulher é visto como uma extensão do trabalho doméstico, reforçando a invisibilidade que cerca a percepção sobre o papel feminino na agricultura familiar⁽¹⁶⁾.

As evocações igualmente mostram elementos próprios ao contexto das áreas rurais, em que o lugar do produtivo (a lavoura, os cultivos) é domínio simbólico masculino; o domínio feminino institui-se no espaço privado, ou seja, o do reprodutivo e, de certa forma, *improdutivo*, no que se refere, principalmente, ao sistema de produção-geração de renda. Esses domínios, na prática agrícola das mulheres, fazem-nas transitar e ter responsabilidades nas duas esferas, o que resulta em sobrecarga de trabalho e em desigualdades entre homens/mulheres nos espaços de produção e reprodução.

Nas análises das evocações entre as categorias profissionais, observa-se que as evocações dos médicos e das enfermeiras, em relação aos agentes comunitários de saúde, trazem, com frequência, o termo *desestrutura-familiar*. Surgem, então, vários questionamentos: será que essa referência é resquício de que existia uma estrutura anterior adequada que *era boa*? Será que, quando as mulheres não tinham consciência de seus direitos e *apanhavam caladas*, significa que a família era estruturada? Ou, quando as mulheres limitavam-se ao seu papel na família e na hierarquia sociofamiliar, era diferente? Ou ainda, os profissionais representam a (des)estrutura familiar para tirar de si a responsabilidade de intervenção, uma vez que se trata de problema privado ou social?

Observou-se, ainda, nas representações dos ACS, um tensionamento mais sensível ao sofrimento em si do que dentre os demais profissionais e gestores, fugindo das representações simplesmente biológicas ou próprias do destino de mulher. Isso pode estar atrelado à capacidade dos ACS de visualizar essa problemática no cotidiano dos domicílios e no âmbito social local, e não somente na sua centralidade biológica, o que mostra maior responsabilização pelas demandas contextuais e relacionais das comunidades rurais.

O desenvolvimento de práticas eficazes para a identificação de mulheres em situação de violência doméstica, bem como para a prevenção da vitimização requer um amplo entendimento dos efeitos da violência doméstica e os desafios para os profissionais de saúde em lidar com ele. Sendo assim, são necessárias novas perspectivas na criação de práticas adequadas e de uma abordagem responsável para a violência doméstica. É necessário um compromisso social e político mais amplo para o enfrentamento da violência contra as mulheres, assim como o reconhecimento da violência e do sofrimento dela decorrente como uma situação passível e legítima de intervenção nos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Na apreensão das representações sobre violência contra mulheres rurais, observou-se que, na dimensão dos gestores e profissionais, a vida das mulheres rurais é tensionada por múltiplos aspectos do que significa ser mulher. Constituem-se, assim, conflitos e desafios na vida prática dessas mulheres que, em meio aos avanços entre o novo e o conservador, o central e o periférico atestam permanências da dominação masculina.

As Representações Sociais, como formas interpretativas da realidade social nesse meio, associam a violência às assimetrias de poder, em que as desigualdades de poder justificam a natureza da sujeição feminina. Isso legitima as atitudes de gênero que cristalizam papéis masculinos e femininos como elementos da dominação entre os sexos, sendo a violência resultante dessa relação e socialmente aceitável.

REFERÊNCIAS

- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MTF. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 Supl. 2:S205-16.
- 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; 19(3):417-24.
- Guedes RN, Fonseca RMGS, Egly EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2013 July 28];47(2):304-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf
- Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2013 July 28];42(3):467-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a07.pdf
- Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Porto MSG. Re-pensando crenças e valores: sociologia e representações sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D, organizadores. Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília: Thesaurus; 2009. p. 139-62.
- Spink MJP. O estudo empírico das representações sócias. In: Spink MJP, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 85-145.
- Abriç JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
- Vèrges P. Conjunto de programas que permitem a análise de evocações: EVOC: manual. Versão 5. Aix-em-Provence: [S. n.]; 2002.
- Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
- Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):145-53.
- Costa MC, Lopes MJM. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2013 July 28];46(5):1088-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_08.pdf
- Gracia E, Lilia M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Med Chile*. 2008;136(3):394-400.
- Wright CV, Johnson DM. Correlates for legal help-seeking: contextual factors for battered women in shelter. *Violence Vict*. 2009;24(6):771-85.
- Giffin K. Violência de gênero, sexualidade. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Supl.1:S146-55.

-
16. Lopes MJM. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. Gênero e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 55-62.
17. Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysari M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):347-55.

ERRATA

Como publicado no v.48, n.2, de 2014, nas páginas 221 a 222, nas referências do artigo “Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares”, exclua-se a lista publicada e leia-se a lista a seguir:

1. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MTF. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 Supl. 2:S205-16.
2. 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; 19(3):417-24.
3. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the Family Health Strategy for gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2013 July 28];47(2):304-11. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_05.pdf
4. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2013 July 28];42(3):467-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a07.pdf
5. Moscovici S. *Representações sociais: investigação em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003.
6. Porto MSG. Re-pensando crenças e valores: sociologia e representações sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D, organizadores. *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus; 2009. p. 139-62.
7. Spink MJP. O estudo empírico das representações sócias. In: Spink MJP, organizadora. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 85-145.
8. Abric JC. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France; 1994.
9. Vèrges P. *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações: EVOC: manual*. Versão 5. Aix-em-Provence: [S. n.]; 2002.
10. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1996.
11. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(2):145-53.
12. Costa MC, Lopes MJM. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2013 July 28];46(5):1088-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_08.pdf
13. Gracia E, Lilia M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Med Chile*. 2008;136(3):394-400.
14. Wright CV, Johnson DM. Correlates for legal help-seeking: contextual factors for battered women in shelter. *Violence Vict*. 2009;24(6):771-85.
15. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Supl.1:S146-55.
16. Lopes MJM. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadoras. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 55-62.
17. Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysaari M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):347-55.