



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO
ACADEMICO E DOUTORADO**

MARIA TAMIRES ALVES FERREIRA

**NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO:
contribuições para a assistência em saúde e o cuidar em enfermagem**

TERESINA-PI

2016

MARIA TAMIRES ALVES FERREIRA

**NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO:
contribuições para a assistência em saúde e o cuidar em enfermagem**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de mestra em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

Área de Concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

TERESINA-PI

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Universidade Federal do Piauí

Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco Serviço de
Processamento Técnico

F383n Ferreira, Maria Tamires Alves.

Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero : contribuições para a assistência em saúde e o cuidar em enfermagem / Maria Tamires Alves Ferreira. -- 2016.

94 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Inez Sampaio Nery.”

Violência contra a mulher. 2. Saúde da mulher.
3 Enfermagem - Assistência. I. Título.

CDD 362.829 2

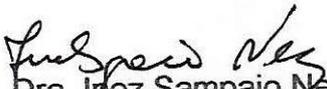
MARIA TAMIRES ALVES FERREIRA

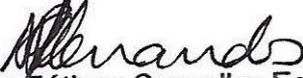
**NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO:
contribuições para a assistência em saúde e o cuidar em enfermagem**

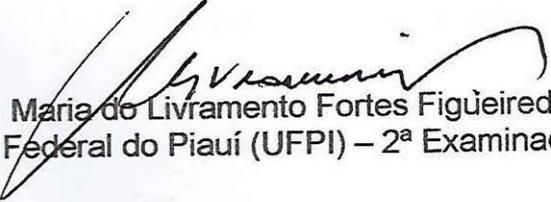
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em 01 de Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Irtez Sampaio Nery
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente


Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará (UFC) – 1ª Examinadora


Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2ª Examinadora


Profa. Dra. Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco
Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Suplente

À todas as mulheres brasileiras que
foram, são ou, infelizmente, ainda serão
marcadas pela violência perpetradas por seus
parceiros íntimos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meus passos nessa caminhada sublime e me permitir a realização desse sonho.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI) na pessoa do magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pela oportunidade de realização deste mestrado.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela competência e dedicação com que tem conduzido este programa.

Às Professoras da banca examinadora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo e Dra. Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco por aceitar o convite e pelas valorosas contribuições.

À minha orientada Profa. Dra. Inez Sampaio Nery pela amizade, disponibilidade e incentivo nessa caminhada. Sabiamente soube me orientar, escutar, falar, explicar e impulsionar nos momentos oportunos, meus sinceros agradecimentos.

À minha família, exemplo de união, em especial aos meus pais Luís Alberto Camelo Ferreira e Vera Lúcia Alves de Melo e, meus tios, Francisco Hélio Camelo Ferreira e Alessandra Ferreira Soares, pessoas íntegras e exemplos para a vida, que sempre me ensinaram a importância da educação e cujos esforços e oportunidades proporcionadas permitiram que eu concretizasse esta conquista.

À minha querida irmã Taís Ferreira pela amizade, cumplicidade e apoio.

À tia Socorro, a base da minha formação, pelo seu amor à arte de ensinar.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos e oportunidades de aprendizado.

Aos meus colegas de mestrado que compartilharam sentimentos de solidariedade e amizade, em especial minhas amigas Mary Ângela, Michelângela e Alessandra que foram meu alento ao longo de todo o mestrado. A convivência com vocês tornou meu caminho menos árduo.

Às minhas amigas enfermeiras e demais colegas de trabalho que compartilham comigo a maravilhosa arte de cuidar.

Aos amigos e colegas pelo carinho, compreensão e paciência pelos momentos que estive ausente.

Aos funcionários do Programas de Pós-Graduação em Enfermagem pela disponibilidade em ajudar e desempenhar tão bem as suas funções.

Ao Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência da Defensoria Pública do Estado do Piauí e a Casa Abrigo, por terem me acolhido juntamente com minha proposta de pesquisa, facilitando meu caminho na produção dos dados.

Às mulheres vítimas de violência de gênero que aceitaram participar desta pesquisa e contribuíram com suas valorosas narrativas de vida, o que ajudou a engrandecer e enriquecer este trabalho.

Enfim, agradeço a todas aquelas pessoas que torceram ou intercederam por mim de alguma forma. Muito obrigada.

**“Que NADA nos
DEFINA.
Que NADA nos
SUJEITE.
Que a
LIBERDADE seja
nossa própria
SUBSTÂNCIA.”**
(Simone de Beauvoir)

RESUMO

A violência de gênero se configura como um grave problema de saúde pública, tendo em vista a dimensão do fenômeno, os gastos públicos e a gravidade das sequelas orgânicas e psicoemocionais que repercutem negativamente na saúde da mulher que a vivencia. Por ser complexa e multifacetada, é necessária a atuação de serviços que formam a rede de apoio e de uma equipe multidisciplinar. Dentre os serviços se destaca o de saúde, no qual a enfermagem tem importante papel na prestação de cuidados. O estudo objetivou compreender as narrativas de vida de mulheres vítimas de violência de gênero. Pesquisa qualitativa que utilizou o método narrativa de vida e a análise temática dos dados segundo Bertaux. A técnica empregada foi a entrevista em profundidade, realizada com nove mulheres vítimas de violência de gênero atendidas pela Defensoria Pública e Casa Abrigo no período de outubro a novembro de 2014. Foram identificadas cinco categorias temáticas: vivência da violência de gênero na infância; relatos da violência na relação conjugal; permanência e/ou rompimento da relação com o agressor; interfaces da violência de gênero com a saúde; e expectativas da mulher vítima de violência de gênero. As mulheres do estudo desde crianças vivenciavam a violência e o mesmo acontece com seus filhos, caracterizando a intergeracionalidade desta ocorrência. Na relação conjugal, havia a coexistência de mais de um tipo de violência, com destaque para a física e psicológica. O ciúme e uso de álcool e outras drogas foram apontados como fatores desencadeadores dos atos violentos, que têm como causa as questões de gênero e a ordem patriarcal. A dependência emocional e financeira contribuiu para a permanência da mulher na relação com o agressor, a qual foi rompida quando ocorreram agressões físicas graves ou quando a violência foi convergida contra os filhos. A violência repercutiu negativamente na saúde das participantes e dos seus filhos. Contudo, as depoentes esperam um futuro melhor, sem violência, com emprego e de dedicação aos filhos. A partir das narrativas, conclui-se que as mulheres vitimadas e a família necessitam de uma atenção multidisciplinar em saúde, em que a enfermeira deve estar inserida e prestar um cuidado sistematizado, humanizado, holístico e ético. Para romper o ciclo de violência são necessárias ações da rede de apoio que oportunizem o resgate da autoestima, a conquista da autonomia e que proporcionem o empoderamento da mulher vítima de violência de gênero.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Saúde da Mulher. Enfermagem.

ABSTRACT

Gender violence is configured as a serious public health problem, given the phenomenon's dimension, public spending and the severity of organic and psycho-emotional sequelae that impact negatively on women's health who experiences it. Because it is complex and multifaceted, the performance of services that form the support network and a multidisciplinary team is required. Among the services, highlights the health one, in which nursing plays an important role in providing care. The study aimed to understand the life narratives of women victims of gender violence. Qualitative research that used the life narrative method according Bertaux and thematic analysis of the data. The technique employed was in-depth interviews conducted with nine women victims of gender violence assisted by the Public Defender and Home Shelter from October to November 2014. Five thematic categories were identified: experience of gender violence in infancy; reports of violence in the conjugal relationship; interfaces of gender violence to health; and expectations of women victims of gender violence. The women in the study from children experienced the violence and the same happens to their children, featuring intergenerational this occurrence. In the marital relationship, there was the coexistence of more than one type of violence, especially the physical and psychological. Jealousy and use of alcohol and other drugs were identified as triggers of violent acts, which are caused by gender issues and the patriarchal order. The emotional and financial dependence contributed to the woman's stay in the relationship with the aggressor, which was broken when there were serious injuries or when violence was converged against the sons. The violence reflected negatively on the health of participants and their sons. However, respondents expect a better future, without violence, with employment and dedication to sons. From the narrative, it is concluded that the victimized women and the family require a multidisciplinary health care, in which the nurse must be inserted and provide systematic, humane, holistic and ethical care. To break the cycle of violence actions are required support network actions that give the opportunity for rescue of self-esteem, achievement of autonomy and that provide the empowerment of women victims of gender violence.

Keywords: Violence against Women. Women's Health. Nursing.

RESUMEN

La violencia de género se configura como un grave problema de salud pública, dada la magnitud del fenómeno, el gasto público y la gravedad de las consecuencias orgánicas y psico-emocionales que repercuten negativamente en la salud de la mujer que la vivencia. A ser compleja y multifacética, es necesaria la actuación de los servicios que forman la red de apoyo y un equipo multidisciplinario. Entre los servicios destaca el de la salud, en que la enfermería desempeña un papel importante en el cuidado. El estudio tuvo como objetivo comprender las narraciones de la vida de las mujeres víctimas de violencia de género. Método de investigación cualitativa que utiliza la narración de la vida según Bertaux y el análisis temático de los datos. La técnica empleada fue de entrevistas en profundidad realizadas a nueve mujeres víctimas de violencia de género atendidas por la Defensoría Pública y Casa Abrigo, entre octubre y noviembre de 2014. Se identificaron cinco categorías temáticas: experiencia de la violencia de género en la infancia; relatos de violencia en la relación conyugal; permanencia y/o interrupción de la relación con el agresor; las interfaces de violencia de género con la salud; y las expectativas de las mujeres víctimas de violencia de género. Las mujeres del estudio, desde niñas vivenciaron la violencia y lo mismo se sucede a sus hijos, caracterizando la intergeneracionalidad de esta ocurrencia. En la relación matrimonial, hubo la coexistencia de más de un tipo de violencia, especialmente la física y psicológica. Los celos y el uso de alcohol y otras drogas fueron identificados como factores desencadenantes de los actos violentos, que son causados por cuestiones de género y el orden patriarcal. La dependencia emocional y financiero contribuyó a la estancia de la mujer en la relación con el agresor, que fue rota cuando hubo lesiones graves o cuando la violencia fue convergida contra los hijos. La violencia se refleja negativamente en la salud de los participantes y sus hijos. Sin embargo, los deponentes esperan un futuro mejor, sin violencia, con el empleo y con dedicación a los hijos. De la narración, se concluye que las mujeres víctimas y la familia requieren un cuidado de salud multidisciplinario, en el que se debe insertar la enfermera y proporcionar un cuidado sistemático, humano, integral y ético. Para romper el ciclo de violencia son necesarias acciones de la red de apoyo que le dan la oportunidad para el rescate de la autoestima, el logro de la autonomía y proporcionen el empoderamiento de la mujer víctima de violencia de género.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer. Salud de la Mujer. Enfermería.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização da problemática e objeto de estudo	13
1.2 Questões norteadoras e objetivo	18
1.3 Justificativa e contribuições do estudo	19
2.0 REFERENCIAL TEMÁTICO	21
2.1 Conceitos e concepções sobre violência e gênero	21
2.2 As políticas de enfrentamento e a rede de apoio às mulheres vítimas de violência de gênero	25
2.3 O cuidar em saúde e de enfermagem à mulher vítima de violência de gênero	31
3.0 ABORDAGEM METODOLÓGICA	40
3.1 Tipo de estudo	40
3.2 O Método Narrativa de Vida	40
3.3 Participantes e cenário da pesquisa	41
3.4 Produção e análise dos dados	43
3.5 Aspectos éticos	46
4.0 NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLENCIA DE GÊNERO	47
4.1 Caracterização socioeconômica das participantes	47
4.2 Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero	48
4.2.1 Vivência da violência de gênero na infância	48
4.2.2 Relatos da violência na relação conjugal	53
4.2.3 Permanência e/ou rompimento da relação com o agressor	62
4.2.4 Interfaces da violência de gênero com a saúde	68
4.2.5 Expectativas da mulher vítima de violência de gênero	72
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74

REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	85
Apêndice A – Roteiro de Entrevista	86
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
Apêndice C – Ofício Circular para Defensoria Pública do Estado do Piauí	89
Apêndice D – Ofício Circular para Casa Abrigo	90
ANEXOS	91
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	92
Anexo B – Autorização da Defensoria Pública do Estado do Piauí	93
Anexo C – Autorização da Casa Abrigo	94

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
SPM	Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PI	Piauí
NV	Narrativas de Vida
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
DEAMs	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
CEDDM	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
SAMVVIS	Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SASC	Secretaria da Assistência Social e Cidadania
UFPI	Universidade Federal do Piauí
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da problemática e objeto de estudo

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multicausal, destituído de fronteiras, raça e classe social. Nos últimos anos, vem sendo apontada como um problema histórico, social e mundial, que tem aumentado em dimensões alarmantes, tornando-se motivo de preocupação dos países, organizações governamentais e não governamentais, estudiosos, autoridades e outros segmentos da sociedade (VASCONCELOS et al., 2012).

As mulheres têm maior risco de sofrer violência de familiares e pessoas próximas do que de estranhos. Neste cenário, destaca-se o parceiro íntimo, tendo como causa e consequência a desigualdade de poder nas relações de gênero, que naturaliza o poder masculino em detrimento ao feminino (LETTIERE; NAKANO, 2011).

É um problema que repercute negativamente na vida de quem a vivencia, independentemente da forma de manifestação – sexual, física, psicológica, moral ou patrimonial. Algumas consequências são lesões físicas, traumatismos, problemas psicológicos, insônia, ansiedade, distúrbios ginecológicos e alimentares, gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, abuso de álcool e drogas, entre outros. Desta forma, identifica-se uma interface entre violência de gênero e saúde (AGUIRRE et al., 2010; FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Estima-se que um em cada cinco dias de falta ao trabalho é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de seus lares. A cada cinco anos, a mulher vitimada perde um ano de vida saudável e o custo da violência doméstica para os cofres públicos oscila entre 1,6% e 2% do Produto Interno Bruto (PIB) de um país (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Mundialmente, quase um terço das mulheres são vítimas de violência física e/ou sexual por seu parceiro íntimo. Estas mulheres apresentam maior probabilidade de manifestar importantes problemas de saúde, em que 16% se tornam mais propensas a ter um bebê de baixo peso ao nascer, têm duas vezes mais chances de ocorrer um aborto, e quase o dobro da probabilidade de sofrer de depressão. Em algumas regiões, são 1,5 vezes mais suscetíveis a contrair HIV em comparação às mulheres que não sofreram violência de gênero (OMS, 2013).

A primeira pesquisa brasileira realizada em larga escala com 16 grandes cidades por Reichenheim et al. (2011), que teve como foco o modo como os casais resolviam os conflitos do cotidiano, mostrou a prevalência de agressão psicológica (78,3%), enquanto para o chamado abuso físico menor foi 21,5% e para a agressão física grave foi de 12,9%. A prevalência de qualquer tipo de abuso físico em 12 meses foi de 14,3%. Esses números são maiores do que as estimativas médias na América do Norte (2%), moderadamente superiores aos da Europa (8%) e África subsaariana (9%) e próximos aos níveis relatados na Ásia e Oceania (12%). No entanto, foram bem abaixo da média citada do norte da África e Oriente Médio (33%). A prevalência global também foi inferior à média de 21% da América Latina, embora aproximada dos valores no México (15%) e Uruguai (10%).

Neste estudo, ainda foi identificado que, em todas as regiões do Brasil, cerca de três quartos a dois terços das mulheres relataram que foram vítimas de pelo menos um ato de agressão psicológica nos últimos 12 meses, e cerca de uma em cada cinco (norte e nordeste) para uma em cada oito (centro-oeste, sul e sudeste) mulheres relatou um episódio de agressão física durante o mesmo período. Em mais da metade destes casos, os agressores foram os parceiros atuais ou antigos (REICHENHEIM et al., 2011).

De acordo com o Mapa da Violência 2012, em 68,8% dos atendimentos às mulheres vitimadas, a agressão ocorreu no ambiente doméstico e, em pouco menos da metade dos casos, o agressor é o parceiro ou ex-parceiro. A reincidência da violência é extremamente elevada, principalmente entre as mulheres com mais de 30 anos de idade, e a violência física (44,2%) e psicológica (20,8%) são preponderantes (WAISELFISZ, 2012).

No Piauí, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que 16% dos homens sofreram agressão física dentro da própria residência, enquanto que para as mulheres esse número praticamente triplica, correspondendo a 47%. Entre aquelas agredidas, 59% afirmam ter ocorrido em âmbito de suas relações domésticas, afetivas ou familiares, e o cônjuge, ex-cônjuge ou parente era o agressor. Esse valor supera o da média nacional que é de 41,61% (BRASIL, 2013a).

Em Teresina, pesquisa realizada por Souza et al. (2013) com mulheres vitimadas e homens agressores atendidos no Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, no período de janeiro a junho de 2012, evidenciou que a

maioria das mulheres agredidas (67,14%) se encontrava na faixa etária de 20 a 39 anos, eram solteiras (41,71%) e donas de casa (35,4%); o cônjuge ou ex-cônjuge foram apontados como os principais responsáveis pelos incidentes violentos (73,56%). Foram identificadas formas de violência moral (37,87%), psicológica (32,72%), física (19,67%), patrimonial (8,27%) e sexual (1,47%); a ameaça (38,8%) e a injúria (31,1%) foram os meios mais utilizados pelos agressores, seguidos pelo espancamento (16,3%), e utilização de objeto perfurante/cortante (3,8%); o local de agressão preponderante foi o lar (88,46%).

A expressão máxima da violência contra a mulher é o óbito. A pesquisa de Waiselfisz (2012) colocou o Brasil em 7º lugar no mundo em número de feminicídios, que constituem a morte intencional da mulher, com uma taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres e esse número aumentou em quase 230% nos últimos 10 anos. As armas de fogo (49,2%) continuam sendo o principal instrumento da agressão, seguido de objeto cortante ou penetrante (25,8%), e 41% dos incidentes ocorreram na residência ou habitação.

Nesse mesmo estudo, foi identificada grande heterogeneidade entre os estados, onde o Espírito Santo ficou em primeiro lugar com uma taxa de 9,6 homicídios para cada 100 mil mulheres, mais que o dobro da média nacional, enquanto o Piauí apresentou o menor índice do país, de 2,5. Nas capitais dos estados, os níveis se tornam ainda mais elevados, em que se destacam Vitória, João Pessoa, Maceió e Curitiba com níveis acima de 10, enquanto Teresina ficou na 24ª posição entre as capitais, com 3,2.

Resultado semelhante foi verificado em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com uma taxa de mortalidade anual de 5,82 óbitos por 100.000 mulheres no Brasil, em que se destaca a região nordeste com a maior taxa (6,90), seguida pela região centro-oeste (6,86) e norte (6,42). Novamente, a unidade da federação com maior índice é o Espírito Santo (11,24) e o Piauí com o menor (2,71). Dos feminicídios no país, 50% envolveram o uso de armas de fogo e 34% de instrumentos perfurantes, contundentes ou cortantes (GARCIA et al., 2011).

A fonte básica para análise dos homicídios no Brasil nos mapas da violência até hoje realizados, em que se destaca o Mapa da Violência 2012 e a pesquisa desenvolvida pelo Ipea, é o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Dessa maneira, alguns fatores relacionados à qualidade e cobertura do SIM, que podem

resultar em subestimação das taxas, diferenças na qualidade da informação do registro de mortalidade entre as regiões do país, deficiências do sistema, podem explicar a observação de que estados como Piauí, Maranhão e Amazonas, que estão localizados nas regiões norte e nordeste, as quais têm as maiores taxas nacionais de feminicídio, apresentam valores inferiores aos demais estados destas regiões (GARCIA et al., 2011).

Outro fator que limita os sistemas específicos de informação em saúde na identificação precisa das situações de violência contra as mulheres é a subnotificação. Atualmente, a lei nº 10.778/2003 instituiu a obrigatoriedade, em âmbito nacional, da notificação compulsória da violência contra a mulher no âmbito da saúde, que deve ser registrada no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), via Ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (KIND et al., 2013).

Dentre os motivos apontados pelos profissionais de saúde para a não notificação da violência de gênero, destacam-se o medo de exposição e retaliação do agressor, acreditar ser um problema apenas do casal e tempo escasso no processo de trabalho devido à grande demanda dos serviços. Outros desconhecem a notificação, sua importância e obrigatoriedade (KIND et al., 2013).

Diante dessa dimensão do fenômeno da violência de gênero, dos gastos públicos e da gravidade das sequelas orgânicas e emocionais que produz, desde a década de 80 (século passado), a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o problema como global e de saúde pública, representando uma grave violação aos direitos humanos das mulheres (OMS, 2013).

Diante da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa as áreas da saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça, cultura, entre outros, preconiza-se a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade. Esta conjuntura constitui a rede de enfrentamento (BRASIL, 2011a).

Os serviços que formam a rede devem ser constituídos por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde, em que se preconiza a capacitação permanente dessa equipe visando garantir a qualidade do atendimento prestado, com atualização constante das informações sobre os direitos da mulher e discussão sobre relações de gênero e

violência. Essas medidas são parte do desenvolvimento de estratégias de ação que qualificam os profissionais e preparam-nos para um acolhimento e abordagem humanizada, baseada em condutas adequadas e embasada pelos aspectos éticos e de compromisso com o resgate da autoestima e cidadania das mulheres atendidas (BRASIL, 2011a).

Dentro dessa rede, o setor saúde constitui um ponto de convergência dos casos resultantes dos atos violentos devido às consequências físicas, psicológicas e reprodutivas na saúde das mulheres vítimas de violência de gênero. Isso representa demanda para os serviços de urgência, reabilitação física, psicologia e assistência social, sendo necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar e capacitada para prestar assistência de qualidade (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Dessa forma, esse setor deve desempenhar ações de combate à violência que não se limitem a cumprir apenas obrigações assistenciais. É preciso realizar a notificação do agravo e os encaminhamentos necessários da vítima aos demais serviços especializados que formam a rede de enfrentamento, atuando de maneira articulada, e desempenhar ações de prevenção à violência, tendo em vista que nenhuma ação de saúde pública é completa sem prevenção (ILHA; LEAL; SOARES, 2010).

Na realidade, os profissionais de saúde têm dificuldades em reconhecer as situações de violência, visto que as mulheres normalmente apresentam “queixas vagas” relacionadas às consequências da agressão nos aspectos físico, mental e reprodutivo. Ademais, na maioria dos casos em que se suspeita de violência de gênero, não há investigação, e quando o agravo é confirmado não sabem como agir (GARBIN et al., 2006; GOMES; ERDMANN, 2014).

Essa não percepção da violência se deve, na maioria das vezes, à falta de qualificação dos profissionais para identificar o agravo, proceder adequadamente diante de um caso e atender a mulher integralmente, bem como ao tempo escasso para escuta adequada durante a consulta. Nesta, em geral, a atenção é direcionada às lesões físicas, as marcas do corpo, além de existir a crendice de que é um problema que diz respeito apenas ao casal, que “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (GARBIN et al., 2006).

Além disso, percebe-se que os serviços de saúde ainda tendem a uma assistência fragmentada, baseada no modelo biomédico, que se limita a tratar apenas o que é aparente, com soluções paliativas, práticas e de curto prazo. Assim,

o conhecimento da subjetividade do outro e as questões biopsicossociais não são abordadas, e é reconhecido o dever do profissional que atua na assistência em não se limitar ao conhecimento técnico e científico e atentar-se à subjetividade do sujeito (LETTIERE; NAKANO, 2011; GOMES et al., 2012a).

Conhecer a subjetividade da mulher vítima de violência de gênero requer ouvir o que esta tem a dizer. Dessa forma, é necessário dar voz e visibilidade a essa mulher como sujeito de sua história para que se possa conhecer uma realidade a partir de quem a vivencia cotidianamente nas suas relações. Assim, constituíram-se como objeto de estudo as narrativas de vida das mulheres vítimas de violência de gênero.

Essa ação poderá firmar-se como importante subsídio para atuar tanto na prevenção à violência como na identificação e assistência às mulheres agredidas. Poderá, também, contribuir na sensibilização dos profissionais de saúde para que oportunizem um espaço de escuta ativa e sem julgamentos, de forma que o cuidado em saúde seja voltado à mulher a partir de suas necessidades e demandas sociais, realizada de maneira humanizada, integral e qualificada. Com isso, espera-se colaborar para o rompimento do ciclo da violência e ajudar as mulheres vitimadas a ressignificarem suas vidas.

1.2 Questões norteadoras e objetivo

Com base na contextualização do fenômeno da violência de gênero e na delimitação do objeto de estudo, têm-se as seguintes questões norteadoras: como as mulheres vivenciam as situações de violência de gênero? Quais as expectativas e necessidades dessas mulheres? Que subsídios as narrativas das mulheres podem fornecer para a assistência em saúde e cuidado de enfermagem?

Então, ao considerar a problemática abordada e os questionamentos levantados que conduziram a construção deste estudo, foi elaborado o seguinte objetivo: compreender as narrativas de vida de mulheres vítimas de violência de gênero.

1.3 Justificativa e contribuições do estudo

A aproximação com a temática da violência de gênero ocorreu, a princípio, com a participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE) na Universidade Federal do Piauí. Com as reuniões científicas realizadas periodicamente e as pesquisas desenvolvidas, permitiu-se desenvolver e atualizar conhecimento sobre o cuidado humano de enfermagem, considerando a multidimensionalidade do ser humano em suas distintas fases da vida e em diferentes contextos de atuação do enfermeiro para a execução do cuidado.

Posteriormente, a inserção como enfermeira na prática assistencial em um hospital de urgência de Teresina (PI), referência no estado como porta de entrada da alta complexidade, possibilitou o atendimento a mulheres vítimas de violência que procuravam o serviço de urgência devido às agressões sofridas, principalmente, por seus companheiros íntimos. Realidade chocante e estarrecedora.

Diante da prática em um serviço de urgência público superlotado, com recursos humanos deficitários, quantitativo e qualitativamente, na maioria das vezes, os casos de violência não são identificados, a notificação compulsória da violência não é realizada e a assistência à saúde e o cuidado de enfermagem prestado a essas mulheres é ineficaz, apenas técnico e curativo. Assim, não se oportuniza um espaço de escuta ativa e nem se realiza uma assistência integral e humanizada, conforme preconizado.

Dessa forma, a realidade da prática assistencial e a inserção no núcleo de estudos e pesquisas despertaram o interesse para estudar e conhecer a vivência de mulheres vítimas de violência de gênero e características relacionadas à temática: como era a vida das mulheres vítimas de violência, suas angústias, expectativas, necessidades, como elas vivenciavam essa violência.

Conhecer a história de vida dessas mulheres, no contexto da violência de gênero, possibilitaria compreender um pouco da complexidade que envolve a temática e sensibilizar em relação à mesma. Isso, conseqüentemente, poderia contribuir para um atendimento mais adequado e com melhor qualidade.

Uma maneira de conhecer uma realidade é ouvir o que as mulheres que vivenciam/vivenciaram têm a dizer sobre a situação em questão. Cada vida apresenta sua singularidade, envolvida em uma rede de relacionamentos, de modo

que aquilo que não é percebido nas estatísticas é compensado com os relatos, os quais permitem adentrar as realidades sociais e culturais.

Diante disso e das expectativas e inquietações em conhecer o objeto de estudo, decidiu-se utilizar nessa pesquisa o método Narrativa de Vida (NV), que possibilita, por meio do ato de ouvir o outro em profundidade, criar um espaço terapêutico mediante a abordagem integral do indivíduo, ao considerar as dimensões biológica, psicológica, social e cultural. Essa escuta sensível coloca o sujeito como autor e protagonista de sua própria história, e não o restringe a um número/dado ou uma informação. Nesse processo, o escutar é preocupar-se e estar com o outro, o que torna uma ação de cuidado (SANTOS; SANTOS, 2008).

A realização de pesquisa em enfermagem usando a NV possibilita a aproximação entre pesquisador e participantes, fornecendo voz ao sujeito e contribuindo para o paradigma da atenção centrada na pessoa e não apenas no agravo. Além disso, é necessária a realização de estudos que aprofundem a compreensão sobre os sentidos, entendimentos, percepções, experiências, expectativas, necessidades e vivências de mulheres vítimas de violência.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para o Enfrentamento da Violência, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Lei Maria da Penha suscitam dos pesquisadores mais investigação e produção científica sobre a violência contra a mulher. Dessa forma, esse estudo se torna relevante ao seguir tais prerrogativas em relação à construção de conhecimento sobre a temática.

Acredita-se, também, que poderá contribuir ao fornecer visibilidade ao problema da violência de gênero e permitir conhecer uma realidade a partir da história de vida relatada por aquelas que a vivenciaram. Espera-se favorecer a elaboração de políticas de enfrentamento da violência de gênero contra a mulher e a melhoria da assistência prestada, principalmente pelos profissionais de saúde.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Conceitos e concepções sobre gênero e violência

Antes de se discutir a vivência das mulheres em situação de violência de gênero, é necessário abordar alguns conceitos e concepções relacionados. É evidente a problemática da violência que se mostra presente no cotidiano da mulher em todo o seu ciclo vital, principalmente na idade produtiva e reprodutiva no contexto das relações conjugais. Na maioria das vezes, os atos de violência perpetrados por parceiros íntimos são mascarados e justificados por questões de gênero, ocorrendo inclusive uma naturalização da violência pela sociedade, tornando-se necessário o desenvolvimento e construção de um referencial teórico e temático sobre o binômio gênero e violência.

A violência, isoladamente, está presente em todas as civilizações, constituindo um grave problema que surge e se desenvolve no espaço da vida em sociedade. Desde os tempos mais remotos, desperta a preocupação do ser humano em entender sua natureza e origem, a fim de compreendê-la, amenizá-la e eliminá-la do meio social, uma vez que somos objetos e sujeitos desse fenômeno (DAHLBERG; KRUG, 2007).

É um problema que afeta a saúde individual e coletiva, representa um risco à vida, causa enfermidades e pode levar à morte, e é grande o seu impacto na vida da população diante das inúmeras vítimas e o número de consequências emocionais e orgânicas. Por conta disso, a violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública que demanda respostas do sistema (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Nesse contexto de violência, homens e mulheres são vitimados de forma diferente. Os homens são vítimas de uma violência praticada principalmente no ambiente público, enquanto as mulheres no ambiente doméstico, no interior de seus lares, predominantemente por seus companheiros, ex-companheiros e familiares. Essa maior vulnerabilidade feminina tem origem nas histórias de desigualdades de poder entre homens e mulheres, nas relações de gênero, e tem importante impacto na situação de saúde (BRASIL, 2011a). Dessa forma, o conceito de gênero é útil para entender a realidade em que se vive por ajudar a compreender o que representam homens e mulheres nas diferentes sociedades. Neste trabalho, o enfoque de gênero assumido é o de Scott e Saffioti.

O termo gênero foi usado inicialmente pelas feministas americanas para se referir ao caráter fundamentalmente social das distinções baseadas em sexo, como uma rejeição ao determinismo biológico presente nos termos “sexo” e “diferença sexual”. A sua utilização rejeita as justificativas biológicas para as várias formas de subordinação, como: as mulheres têm filhos e os homens mais força muscular. O uso do gênero se tornou uma forma de se referir à construção social dos papéis atribuídos a homens e mulheres pela sociedade, uma concepção social sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1990).

Scott (1990) define gênero em duas partes e implica quatro elementos que se relacionam entre si. A primeira parte fundamentada na constituição das relações sociais baseada nas diferenças entre os sexos e, na segunda, como uma forma primeira de significar as relações de poder.

No que diz respeito aos quatro elementos: o primeiro compreende os símbolos disponíveis culturalmente e que evocam representações simbólicas; o segundo, os conceitos normativos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, entre outras, que tomam a forma de uma oposição binária que afirma o sentido do masculino e do feminino, os quais evidenciam as interpretações do sentido dos símbolos; o terceiro abrange o desafio à nova pesquisa histórica de explodir a noção de fixidez, de descobrir a natureza da repressão ou do debate que produzem a aparência de uma permanência eterna na representação binária de gênero; e o quarto, a identidade subjetiva (SCOTT, 1990).

Dessa forma, o estudo do gênero permite depreender que as desigualdades políticas, econômicas e sociais existentes entre homens e mulheres não resultam simplesmente das suas diferenças biológicas. De fato, são produtos das relações sociais, sob influência histórica e cultural, orientados por valores, ideias e modelos do que é masculino e feminino na sociedade.

De acordo com Saffioti (2004), para melhor compreensão das relações entre homens e mulheres, é necessário considerar tanto gênero como patriarcado. O gênero acompanha a humanidade desde a sua existência, enquanto o patriarcado é mais recente, surgiu articulado com a industrialização do capitalismo e diz respeito necessariamente à desigualdade e opressão, constituindo-se como uma possibilidade dentro das relações de gênero, mas não a única.

Ademais, ao longo da história as mulheres estiveram hierarquicamente inferiores aos homens e tratar essa questão apenas do ponto de vista de gênero

desvia a atenção do poder do patriarca. Esta autoridade tem como destaque o homem/marido, neutralizando a exploração-dominação masculina em detrimento da subordinação feminina (SAFFIOTI, 2004).

Para Ferreira, Canuto e Nery (2012), os indivíduos nascem biologicamente fêmea ou macho, mas dentro da sociedade passam a categorias sociais de mulher e homem com papéis construídos e naturalizados. À mulher é atribuída a função social de cuidadora da casa e dos filhos que deve obediência à figura masculina, na infância ao pai e, mais tarde, ao companheiro, caracterizando uma ordem patriarcal de organização familiar. Essa visão patriarcal ritualiza e naturaliza o masculino como o lugar de ação, de chefia das relações familiares, de decisão, como sujeito da sexualidade, naturalizando a posição de dominador e incumbindo à mulher a posição de submissa, de dominada e de objeto do homem.

Nesse contexto de relações desiguais de poder, a condição de ser mulher determina aspectos de vulnerabilidade, em que se destaca a violência de gênero, um fenômeno sócio-histórico e complexo que repercute negativamente na vida de quem a vivencia e do núcleo familiar envolvido. Essa desigualdade de gênero naturaliza o comportamento violento masculino e legitima a violência contra a mulher (GOMES et al., 2012b).

A OMS (2013) traz em sua definição de violência contra a mulher a influência das desigualdades de poder entre os sexos. Afirma que é qualquer ato ou conduta, baseado no gênero, que represente uso intencional da força física ou do poder, na forma de ameaça ou uso efetivo, que repercute ou possa repercutir em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Recentemente, a Lei Maria da Penha, como é conhecida a lei nº 11.340/2006, configura como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ato ou omissão baseados na cultura de gênero que venha a causar morte, lesão ou sofrimento psicológico, físico ou sexual, bem como dano de ordem patrimonial ou moral, nos âmbitos doméstico, familiar ou em qualquer relação de afeto íntimo (BRASIL, 2012a).

Essa violência contra a mulher recebeu e continua adquirindo várias denominações, desde a década de 50. Em meados do século XX, era denominada de violência intrafamiliar, vinte anos após passou a ser chamada de violência contra a mulher. Nos anos 80, foi chamada de violência doméstica e, apenas nos anos 90,

quando começou a tratar das relações de poder entre homens e mulheres, como violência de gênero (BRASIL, 2011a).

O termo violência de gênero é o conceito mais amplo. Abrange vítimas mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos que têm suas condutas determinadas pelos homens que detêm poder para isso e recebem legitimação da sociedade para punir o que consideram como desvio desses comportamentos preestabelecidos. A execução da dominação-exploração pelos homens exige que sua capacidade de ordenar seja auxiliada pela violência, ainda que não haja tentativa das potenciais vítimas de seguirem caminhos diferentes dos determinados pelas normas sociais (SAFFIOTI, 2001). Por conta disso, a denominação violência de gênero foi adotada neste trabalho.

Pautado nos estudos sobre a violência de gênero, nas legislações vigentes e nas políticas de enfrentamento, tipifica-se este fenômeno nas seguintes formas: física, sexual, psicológica, patrimonial e moral. A violência física consiste em atos de agressão que podem gerar desde pequenas lesões físicas até traumatismos graves e morte. A psicológica abrange situações de humilhação, depreciação, xingamentos, rejeição, ofensa verbal, ameaças e outras formas de desrespeito. A violência sexual é toda ação que obriga a mulher a manter contato sexual com outro ou com terceiros contra sua vontade. E a violência moral é caracterizada por qualquer conduta na forma de calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2012a).

A violência patrimonial foi reconhecida como um tipo de violência e crime apenas com a Lei Maria da Penha, definindo-a como toda e qualquer conduta que configure em subtração, retenção ou destruição de objetos, instrumento de trabalho, documento pessoal, bens, valores e direitos ou recursos econômicos da mulher. Essa é apenas uma divisão didática, pois, normalmente, estas formas apresentam-se sobrepostas, podendo ser identificada a manifestação de mais de um tipo em um só caso de violência contra a mulher. E, independentemente do tipo de violência perpetrada, há interferência substancial nos aspectos familiares, laborais, sociais, fisiológicos, físicos e afetivos, o que interfere sobremaneira na qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

As repercussões das formas de manifestação da violência de gênero na saúde da mulher são inúmeras e graves, como transtornos mentais, depressão, ansiedade, medo, abuso de álcool e outras drogas, tentativa de suicídio, fobias, isolamento social, traumatismos, gravidez indesejada, abortamento, Doenças

Sexualmente Transmissíveis (DSTs), problemas ginecológicos, entre outros. (GARBIN et al., 2006; AGUERRE et al., 2010; 2014; GOMES et al., 2012a; GRIEBLER; BORGES, 2013; CANUTO et al., 2014).

As condições sociais e familiares e alguns fatores relacionados à mulher e ao parceiro podem torná-la mais vulnerável a sofrer violência. As circunstâncias que colocam a mulher em situação de risco são o baixo nível de escolaridade, dependência econômica, baixo nível de empoderamento e ter presenciado e/ou sofrido violência na infância. Os fatores relacionados ao parceiro incluem o consumo abusivo de álcool e drogas, dificuldades de comunicação com a parceira, desemprego e ter sido vítima e/ou presenciado violência quando criança. Os aspectos sociais e familiares incluem a dependência financeira da mulher, desigualdade de poder na relação e isolamento na relação de forma que dificulte a ajuda de terceiros nas situações de violência (FERREIRA, CANUTO, NERY, 2012).

Diante das concepções e conceitos apresentados, empreende-se a íntima relação existente entre gênero e violência, em que se tem a violência contra a mulher como resultado das relações de gênero e da ordem patriarcal relacionada ao processo sociocultural que legitima o poder que o homem exerce sobre a mulher. Dessa forma, ao pensar em políticas públicas, leis e programas voltados à violência contra a mulher, devem ser consideradas também as questões de gênero, visto que são determinantes da saúde.

2.2 As políticas de enfrentamento e a rede de apoio às mulheres vítimas de violência de gênero

Por muito tempo, a violência de gênero se configurou como um problema invisível e naturalizado, não sendo considerada crime por ocorrer no espaço doméstico, que é tomado como um espaço privado. Havia a ideia de que os problemas e conflitos que ocorriam dentro deste contexto não eram do interesse geral e, portanto, não mereciam ser discutidos publicamente (GRIEBLER; BORGES, 2013)

Entretanto, nos últimos anos, ocorreram mudanças nesta posição devido à ação de movimentos feministas e sociais, organismos nacionais e internacionais, mudanças na legislação e alterações sociais e culturais que trouxeram à luz a questão da violência contra a mulher e as questões de gênero. Então, entendeu-se

que este fenômeno deveria ser discutido como um problema público e não mais do nível privado, sendo necessárias políticas públicas específicas para atuar na prevenção e no enfrentamento da violência, bem como ao atendimento dos envolvidos (GRIEBLER; BORGES, 2013).

No Brasil, a participação ativa do movimento de mulheres e suas reivindicações foram importantes para a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que traz de forma clara os direitos sexuais e reprodutivos e destaca a violência de gênero, ao considerar a relevância do tema (MINAYO, 2007).

Essas conquistas nacionais contam com apoio do legislativo no que diz respeito à aprovação de leis que reconhecem a violência contra a mulher. Dentre estas, a lei nº 10.778/2003 determinou a notificação compulsória da violência contra a mulher e estabeleceu essa forma de registro, a lei nº 10.886/2004 definiu juridicamente e tipificou a violência doméstica no Código Penal e as penas a que estão sujeitos os agressores e, em agosto de 2006, foi sancionada a lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que exige do poder público a criação, manutenção e gestão de serviços de prevenção e combate à violência doméstica (BRASIL, 2011a).

A Lei Maria da Penha alterou o Código Penal, possibilitando que os agressores sejam presos em flagrante e tenham a prisão preventiva decretada e, com o intuito de agilizar os processos, estipulou a criação de um mecanismo judicial específico: os juizados especiais com competência cível e criminal. E, ainda, prevê uma série de medidas de caráter social, preventivo, protetivo e repressivo, como medidas de proteção como a saída do agressor do lar, proteção dos filhos e direito da mulher recuperar seus bens (BRASIL, 2012a).

Essa lei também definiu diretrizes das políticas públicas e ações integradas para a prevenção e erradicação da violência contra as mulheres, tais como: a implementação de redes de serviços interinstitucionais, a promoção de estudos e estatísticas, a avaliação dos resultados; a implementação de centros de atendimento multidisciplinar, delegacias especializadas e casas abrigo; e a realização de campanhas educativas, capacitação permanente dos profissionais que atuam nos serviços de apoio, celebração de convênios e parcerias, e a inclusão de conteúdos de equidade de gênero nos currículos escolares (BRASIL, 2012a).

Em suma, a Lei Maria da Penha se transformou no principal instrumento legal de enfrentamento da violência de gênero, possibilitando inúmeros benefícios, de modo a privilegiar as mulheres e dotá-las de maior cidadania e conscientização dos recursos existentes para agir e posicionar-se, no âmbito familiar e social, garantindo-lhes sua emancipação e autonomia e invertendo a lógica de hierarquia de poder em nossa sociedade. Além disso, reconhece a obrigação do Estado em garantir a segurança das mulheres nos espaços público e privado, ao definir as linhas de uma política de prevenção e atenção no enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2012a).

Entretanto, a violência de gênero não se limita ao âmbito jurídico, sendo a temática introduzida na agenda de debates da saúde devido à ação do movimento feminista. No sentido de conscientizar quanto à questão de gênero nos diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressiona o setor saúde para que atue não apenas no tratamento das lesões físicas, mas também nas causas por meio de ações concretas. Essa força de atuação do movimento feminista é perceptível nos documentos de organizações internacionais do setor saúde, como a Conferência sobre Violência e Saúde realizada em Washington, em 1994, pela OPAS (MINAYO, 2007).

Atualmente, há maior investimento em programas e políticas de enfrentamento e combate à violência contra a mulher. Entretanto, até 2003, as principais respostas dos governos (federal, estaduais e municipais) se limitavam às Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) (BRASIL, 2011b).

Com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, o Ministério da Saúde com a colaboração de diversos setores da sociedade formulou e, em 2004, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Com essa medida, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram ampliadas e incluíram ações de prevenção, de garantia de direitos e de responsabilização dos agressores com o advento da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2013b).

Essa política incorporou entre seus temas a mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica e na assistência em anticoncepção, abortamento em condições de risco, ações de prevenção de DST/HIV/Aids, violência doméstica e sexual, saúde de mulheres adolescentes e no climatério/menopausa, saúde mental

e gênero, câncer ginecológico e doenças crônicas e degenerativas, saúde das mulheres lésbicas, negras, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural e em situação de prisão (BRASIL, 2004).

Destaca-se nessa política a promoção da atenção a adolescentes e mulheres em situação de violência doméstica e sexual, organizando redes integradas de apoio, promovendo ações de prevenção de DSTs/Aids e de hepatites. Ademais, reforçou o empoderamento feminino e a não recorrência dos casos de violência (MINAYO, 2007).

No eixo da assistência, a PNAISM apresenta como prioridade a ampliação da rede de prevenção e atendimento às mulheres em situação de violência, ampliação do acesso à justiça e à assistência jurídica e a capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento. A rede passou a compreender outros serviços que não somente os abrigos e as DEAM, como: centros de referência, defensorias, promotorias ou núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, juizados especializados de violência doméstica e familiar e a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), entre outros (BRASIL, 2011b).

A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 – foi criada em 2005 pela SPM com o objetivo de servir de canal direto para orientar as mulheres em situação de violência sobre seus direitos e sobre os serviços disponíveis para o atendimento de suas demandas. A Central é um número de utilidade pública, funciona por 24 horas, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, que pode ser acessado gratuitamente por mulheres de todo o país, além de atender brasileiras em situação de violência em outros 15 países (Ligue 180 Internacional). Representa, portanto, um importante avanço no tocante à divulgação dos serviços da rede de atendimento e à garantia de acesso das mulheres à rede (BRASIL, 2011a; EDGAR JÚNIOR, 2015).

A Central deve realizar o encaminhamento da mulher para os serviços da rede de atendimento mais próxima, assim como prestar informações sobre os demais disponíveis para o enfrentamento à violência. Assim, o ligue 180 é a porta principal de acesso aos serviços que integram a rede nacional de enfrentamento à violência contra a mulher, com amparo na Lei Maria da Penha, e se constitui em importante base de dados para a formulação das políticas nessa área (BRASIL, 2011a).

Desde março de 2014, o serviço passou a atuar como disque-denúncia, com capacidade de envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada estado. Para isso, conta com apoio financeiro do programa “Mulher, Viver sem Violência”, propiciando-lhe agilidade no atendimento, inovações tecnológicas, sistematização de dados e divulgação (EDGAR JÚNIOR, 2015).

Esse programa foi instituído por meio do decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013. O objetivo foi integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira (BRASIL, 2013c).

O programa está estruturado nos seguintes eixos: implementação da Casa da Mulher Brasileira, ampliação da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), organização e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual, implantação e manutenção dos centros de atendimento às mulheres nas regiões de fronteiras secas, campanhas continuadas de conscientização e unidades móveis para atendimento às mulheres em situação de violência no campo e na floresta (BRASIL, 2013c).

No que diz respeito aos serviços de atendimento, parte-se do princípio que a violência de gênero é um problema presente e recorrente, caracterizada como complexa, multifacetada e de difícil abordagem que requer uma percepção multidimensional do problema e o investimento em políticas de combate, prevenção, assistência e garantia aos direitos das mulheres, realizadas em ações coletivas com o envolvimento de diversos setores do governo e da sociedade – saúde, justiça, segurança, educação, entre outros – formando a rede de apoio (BRASIL, 2011b).

Essa rede é organizada em serviços não especializados que, em geral, constituem a porta de entrada, formada por serviços de saúde, delegacias comuns; e os especializados que atendem exclusivamente as mulheres vítimas de violência, como as casas abrigo e delegacias especializadas. Essa rede deve trabalhar articuladamente para prestar um atendimento de qualidade e integral e encaminhar adequadamente a mulher que vivencia a violência (BRASIL, 2011b).

No Piauí, dentre os serviços especializados que compõem a rede de apoio à mulher vítima de violência, podem-se citar: as Casas-Abrigo, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDDM), o Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de

Violência da Defensoria Pública, o Centro de Referência para Mulheres Vítimas de Violência Francisca Trindade, o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual (SAMVVIS) e as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) (VASCONCELOS et al., 2012).

De 2003 a 2010, houve uma significativa expansão dos serviços de apoio especializados à mulher vítima de violência – aumento de 161% – e maior investimento por parte dos gestores. Entretanto, apesar dos avanços, alguns nós críticos persistem nessa trajetória de enfrentamento da violência contra a mulher. Ainda há muita dicotomia entre o que é preconizado e o que ocorre na realidade dessas mulheres, pois essas instituições ainda não cumprem efetivamente com seu papel protetor. Isso contribui para que as situações de violência se perpetuem, visto que as mulheres encontram diversos obstáculos e falta de medidas preventivas efetivas ao buscar proteção (LETTIERE; NAKANO, 2011).

Dentre os serviços de segurança pública, destacam-se as delegacias de atendimento especializadas que representam um marco importante de rompimento da condição de vítima da violência que, sustentada na Lei Maria da Penha, em princípio, garantirá proteção do agressor e medidas de punição adequadas (BRASIL, 2012a).

Mais recentemente, em reforço às ações previstas na Lei Maria da Penha e à adoção de outras medidas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher para a efetiva proteção das vítimas e redução das desigualdades de gênero no Brasil, foi publicada em 09 de março de 2015 a lei nº 13.104, que altera o Código Penal e prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, sendo incluso no rol dos crimes hediondos. O feminicídio é o homicídio doloso praticado contra a mulher por razões de gênero, que tem como agravante se for praticado durante a gestação ou em três meses posteriores ao parto, em menores de 14 e maiores de 60 anos e se houver presença de descendente ou ascendente da vítima (BRASIL, 2015a)

Destaca-se entre as ações de combate à violência de gênero, a importância das políticas de saúde voltadas para as mulheres, uma vez que a população brasileira é composta em sua maioria pelo sexo feminino (50,77%). Ademais, as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e, embora tenham uma expectativa de vida maior do que os homens, adoecem com maior frequência (BRASIL, 2011a).

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados e bases epidemiológicas sustentáveis, com ações de saúde acessíveis a toda população, devendo as instituições assegurar atendimento adequado. A mulher tem direito ao acesso universal à saúde e ao respeito às singularidades, sem qualquer tipo de discriminação. Aos profissionais da saúde cabe ajudar na garantia desses direitos, uma vez que são pessoas que operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde (BRASIL, 2012b).

Diante da complexidade do fenômeno da violência de gênero e do caráter multidimensional do problema, percebe-se que a violência de gênero não é apenas um problema de justiça e segurança pública, perpassando pela educação, saúde, cultura, assistência social e outros. Dessa forma, há necessidade de colaboração e atuação entre esses diversos setores da sociedade no combate à violência contra a mulher.

2.3 O cuidar em saúde e de enfermagem à mulher vítima de violência de gênero

Os serviços de saúde constituem uma das principais portas de entrada das mulheres vítimas de violência na rede de atendimento. Essas mulheres são acometidas por sofrimentos e adoecimentos que alteram a saúde, necessitando de assistência médica, de enfermagem, psicológica e social, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupro (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, preconiza-se que a mulher vitimada receba um atendimento multidisciplinar, com anamnese e exame clínico cuidadosos, com tratamento das lesões físicas e do aspecto emocional, prevenção de DSTs, como o HIV/Aids, e prevenção da gravidez indesejada, com acompanhamento da mulher por, no mínimo, seis meses (SANTOS et al., 2014).

A assistência deve incluir, além dos cuidados nos aspectos sociais, físicos e psicológicos, os encaminhamentos adequados para os outros serviços que formam a rede de enfrentamento e a realização da notificação compulsória de qualquer suspeita ou confirmação de violência (BRASIL, 2011b).

Destaca-se a importância da notificação pelo seu papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências.

É um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas específicas e está assegurada na legislação brasileira, sendo um instrumento de garantia de direitos e de proteção social. A notificação deve ser um dos passos da atenção integral nas situações de violência de gênero (BRASIL, 2012b).

A identificação dos casos de violência perpassa por algumas dificuldades, desde a das mulheres em relatar a violência vivenciada para os profissionais de saúde, até a dos próprios profissionais em reconhecerem os sinais de violência, visto que normalmente as mulheres se dirigem aos serviços de saúde com queixas vagas (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Um fator que contribui para o silêncio das mulheres vitimadas e a dificuldade de exporem a situação de violência sofrida aos profissionais de saúde é a ordem patriarcal e a questão de gênero, presentes ao ponto de inverter a responsabilização da violência de gênero e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres. Com isso, sentem-se humilhadas, envergonhadas e desonradas às vistas da sociedade e, muitas vezes, até da própria família, multiplicando o trauma sofrido. Além deste fato, as agressões ou os abusos geralmente vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham e intimidam (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde ter sensibilidade para identificar e investigar a ocorrência de violência, ainda mais diante das repercussões negativas na saúde das mulheres que a vivenciam. Entretanto, o que se observa é que muitos desses profissionais não reconhecem a violência contra a mulher enquanto situação associada aos problemas de saúde apresentados por esta (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTE, 2009).

Estudos realizados com profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostram que, embora muitas das queixas das mulheres estejam associadas à vivência de violência, os profissionais de saúde encontram dificuldade em reconhecer a ocorrência, não sabem como proceder diante de tal agravo e nem se sentem preparados para o cuidado (BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTE, 2009; FERRAZ et al., 2009; GOMES; ERDMANN, 2014).

O trabalho realizado por Gomes e Erdmann (2014) com profissionais que atuavam na ESF, mostrou que eles não se sentem preparados para o cuidado à mulher em situação de violência. Esse despreparo perpassa desde o reconhecimento do agravo, encaminhamentos, conhecimento dos serviços, do fluxo,

até a notificação. Apontam a falta de articulação entre os serviços de apoio como um fato que compromete o cuidado, e relatam a pouca ou até mesmo nenhuma abordagem do tema durante o período da graduação, sinalizando para ações no sentido de melhor prepará-los, por meio de maior divulgação dos serviços de apoio, capacitações, treinamentos e discussões.

Dessa forma, quando se analisa o atendimento prestado à mulher com suspeita de violência, é evidente a dificuldade dos profissionais em assumir uma atitude de escuta durante o atendimento. Por não considerarem o contexto social e a vivência da mulher, estabelecem uma relação frágil, tendo como focos do atendimento a queixa principal e a cura das sintomatologias. Tais situações contribuem para que a assistência prestada seja inadequada (VIEIRA et al., 2011).

O Ministério da Saúde reconhece a importância da ESF no processo de identificação de mulheres em situação de violência de gênero, bem como defende que deve ser estabelecido um vínculo entre os profissionais/equipes e indivíduos/famílias/comunidade como uma forma de construir relações de afetividade e confiança entre o usuário do serviço e o profissional da saúde, o que facilitará a identificação e a prevenção do agravo da violência de gênero, visando à promoção da saúde (BRASIL, 2012b).

Um olhar crítico revela as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e o limite das respostas que os serviços podem oferecer diante da tendência ao isolamento e à desarticulação. Para que haja a consolidação da rede e para que os resultados desejados e mudanças sejam alcançados, é necessário articular. Além disso, muitas vezes, esses locais não possuem condições técnicas, estruturais e organizativas de atender a uma demanda específica (SILVEIRA, 2006; BRASIL, 2011a).

Então, visando à assistência integral, resolutividade no cuidado às mulheres vítimas de violência, acolhimento adequado com aconselhamento e atendimento holístico, preconiza-se a colaboração e integração entre os diversos serviços da rede de apoio e a atuação de uma equipe de saúde multidisciplinar, destituída de preconceitos e bem preparada (BRASIL, 2011a).

Muitas vezes o despreparo profissional para cuidar destas mulheres se reflete em julgamentos e preconceitos, como o de culpá-las pelos atos de violência, e limitações das necessidades da vítima apenas ao tratamento de eventuais traumas sofridos. Essa falta ou a pouca resolutividade tende a afastar as vítimas do serviço

de saúde, o que inibe a denúncia e fortalece a invisibilidade do problema (FERRAZ et al, 2009).

Diante das dificuldades em se prestar uma assistência integral e de qualidade pelos serviços de saúde às mulheres, compreender a complexidade da violência de gênero é essencial para o processo de cuidado adequado. Para tanto, os profissionais precisam ser capacitados por meio de um processo de educação continuada (GOMES et al., 2013).

Apesar de não existir um modelo para cuidar, é reconhecido que os profissionais melhor preparados e qualificados terão condições de assegurar uma relação de assistência em saúde para além das ações técnicas, com estabelecimento de vínculos de cuidado com o paciente (FERRAZ et al., 2009; GOMES et al., 2013).

Nesta perspectiva, os serviços de saúde constituem espaços necessários para a atenção à mulher vítima de violência de gênero que, diante das repercussões da violência sofrida, precisa de um atendimento integrado. Para tanto, necessita-se da existência de uma atenção que lhe ofereça proteção e assistência conforme a gravidade do caso, com tratamento integrado e a atuação de uma equipe multidisciplinar, gestores, estratégias e ações que visem oportunizar a mais eficiente assistência.

Na equipe de saúde, a enfermeira assume posição estratégica na identificação das vítimas de violência, enquanto profissional plenamente inserida nos atuais programas de assistência à saúde feminina (VASCONCELOS et al., 2012). Dessa forma, pode contribuir para melhorar a assistência prestada à mulher agredida, oferecendo um cuidado em toda dimensão humana, baseado no respeito, e ajudando a vítima a abolir os sentimentos negativos de medo, vergonha e culpa.

A enfermagem é uma ciência e, ao longo das últimas décadas, vem buscando aprofundar os conhecimentos e as discussões sobre a sua prática e seu objeto: o cuidar. Reconhece que esse cuidar está em constante processo de evolução e, portanto, sujeito a mudanças que ocorrem no sistema de saúde e no seu modo de significar (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

O cuidado de enfermagem pode ser compreendido como um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, o ser que cuida e o ser cuidado, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" embasado na

ciência, na arte, na ética e na estética, voltado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Entre aqueles que são alvos desse cuidado, tem-se a mulher vítima de violência de gênero, mesmo porque é sabido que o setor saúde é integrante da rede de apoio às mulheres vítimas de violência. Nesta concepção, os profissionais de enfermagem, podem se deparar no seu cotidiano de trabalho com uma mulher em situação de violência, o que exige conhecimento específico e habilidade para que o cuidado prestado seja adequado. Neste cenário, a enfermagem desempenha papel fundamental na identificação dos casos de violência, acolhimento, prevenção e intervenção (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010; VIEIRA et al., 2011).

Em pesquisa desenvolvida por Santos et al. (2014) com enfermeiras em unidades de saúde sobre o conhecimento em relação à assistência à mulher vítima da violência, 75% das participantes revelaram que a resistência da vítima em denunciar o agressor dificulta colocar em prática as políticas de proteção à mulher. Além disso, 40% não adotaram nenhum procedimento diante de um caso de violência devido ao medo de represálias, e 60% reconheceram que a causa da violência contra a mulher está relacionada às questões de gênero (SOUSA et al., 2014).

Para realizar um cuidado de enfermagem adequado, este deve ser planejado de forma que promova acolhimento, segurança, respeito e satisfação das necessidades individuais da mulher. Para proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros, é importante ter esse planejamento pautado nos instrumentos básicos de enfermagem, na legislação vigente e nas políticas públicas de saúde (FERRAZ et al., 2009).

Dessa forma, a enfermagem enquanto profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e comunidade, no cuidado à mulher vítima de violência de gênero, pode utilizar importantes instrumentos de trabalho, como a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), enquanto modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde, e a consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem tem como finalidade a promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce. Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/93, é uma atividade privativa do enfermeiro que deve ser obrigatoriamente realizada em todos os níveis de assistência à saúde em

instituições públicas e privadas na assistência em enfermagem (BRASIL, 1993). Dessa forma, é um momento oportuno para investigação e identificação da ocorrência de violência contra a mulher, realização da notificação do agravo e atuação precoce nos casos de violência.

De acordo com a resolução nº 358/2009 do COFEN, a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, sendo um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde do enfermeiro, pois sua implementação implica, efetivamente, em melhora na qualidade do cuidado (BRASIL, 2009).

A SAE possibilitará avaliar a saúde da mulher vitimada, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo para verificar se está sendo efetivo, promovendo melhor qualidade na assistência, maior autonomia ao profissional em suas ações, respaldo legal e o aumento do vínculo entre profissional e cliente.

No entanto, na prática, o cuidar de enfermagem à mulher vítima de violência nos serviços de saúde tem se restringido ao modelo biomédico, em que as ações assistenciais estão direcionadas para a dimensão técnica. Acredita-se que isso esteja relacionado à própria evolução histórica da profissão de enfermagem que, associada ao avanço tecnológico e científico, tenha contribuído para um modo de fazer que se configura em intervenções técnicas, sem a incorporação da subjetividade e com conseqüente distanciamento na relação entre o ser cuidado e o cuidador (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011; VIEIRA et al., 2011).

Estudiosas da área de enfermagem vêm se preocupando com essa prática tecnicista, o que torna necessário discutir os modos de cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência e aprofundar conhecimentos que reflitam o exercício da enfermeira sobre o que fazer e como fazer. Nesse sentido, acredita-se que as teorias de enfermagem podem ser úteis na estruturação do cuidado holístico (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010). Nessa discussão, trazem-se as contribuições das teorias de enfermagem na perspectiva de Jean Watson e de Paterson e Zderad para compreensão do cuidado na dimensão da existência humana.

Na perspectiva de Jean Watson, a enfermagem consiste na ciência e filosofia do cuidado, em que esse cuidado é entendido numa abordagem humanística e comportamental, com fundamento sólido pautado na habilidade de pensar criticamente e de ver o mundo de maneira expandida, com enfoque na promoção da saúde além da cura. Para isso, é preciso autoconfiança, sensibilidade, promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos, assistir as necessidades humanas, utilizar um processo de cuidar criativo para a resolução de problemas e reconhecer nesse cuidar os aspectos fenomenológicos, existenciais e espirituais (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Assim, o profissional de enfermagem ao atender uma mulher vítima de violência de gênero deve lançar mão da subjetividade e estabelecer um vínculo entre o ser cuidador e o ser cuidado para que possa compreendê-la na sua facticidade e atender às suas necessidades humanas, associando o atendimento técnico com o cuidado humanizado e compreendendo os sentimentos negativos expressos naquela ocasião em particular.

Na teoria humanística de Paterson e Zderad, a enfermagem busca entender a experiência da relação entre o ser-enfermeiro e o ser-cliente, de maneira que esse estar-com seja humano e curativo, preocupando-se com as experiências fenomenológicas vividas tanto pela enfermeira como pela pessoa que recebe o cuidado (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010).

Desse modo, a partir da teoria humanística, a reflexão do cuidar à mulher vítima de violência de gênero pela enfermagem entrevê uma assistência que valorize o significado da experiência vivida pelo ser que cuida (a enfermeira) e pelo ser cuidado (a mulher vítima de violência) com a finalidade de compreender o outro como um ser em potencial em uma relação marcada pela intersubjetividade. Para quem recebe este cuidado, essa relação estabelecida proporciona a expressão de seus comportamentos e sentimentos negativos.

A partir das teorias, depreende-se que o cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência de gênero exige mais do que habilidades técnicas, requer uma atenção individualizada que transcenda o sentido de curar e tratar. Para isso, é necessário da enfermeira, um conjunto de medidas, posturas e atitudes na relação de cuidado à mulher, no sentido de compreendê-la em sua plenitude, ouvi-la com sensibilidade e solidariedade, respeitando suas crenças e valores. Isso configurará

qualidade ao cuidado, que será humanizado, acolhedor e, principalmente, com potencial transformador.

Dessa forma, orienta-se que o cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência associe a perspectiva técnica às ações humanizadoras do acolhimento e da existência humana, no sentido de ouvir, tocar e silenciar, garantindo sigilo e encaminhamentos adequados, oferecendo conforto, ajuda, promoção e restabelecimento, no sentido de aliviar o sofrimento humano e considerando os aspectos biológico, psicológico, social e espiritual (VIEIRA et al., 2011).

Ademais, o profissional de enfermagem, ao adotar a postura de ouvir a mulher que busca o serviço de saúde com suas queixas variadas, tem, nesse momento, condições de rastrear situações de violência que estejam contidas no silêncio, no medo e na vergonha, diante do discurso normalmente abstrato das mulheres vítimas de violência de gênero (GOMES; ERDMANN, 2014).

Vale destacar que cuidar do ser humano em sua totalidade inclui elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente por meio de esclarecimentos sobre os direitos das vítimas. Outrossim, a relação da enfermagem com a mulher vítima de violência de gênero é ampla e pode ocorrer em vários cenários possíveis para sua assistência, como a unidade de saúde, escola, serviços hospitalares, domicílio, comunidade e delegacia, indo de encontro ao preconizado pela Lei Maria da Penha e políticas de atenção às mulheres vítimas de violência (VIEIRA et al., 2011).

Em relação ao conhecimento das enfermeiras sobre a assistência em saúde à mulher vítima de violência, em estudo realizado por Santos et al. (2014), 70% referiram dificuldade para lidar com a temática e 40% nunca tinham participado de um curso de capacitação e atualização em violência contra a mulher. Entre as enfermeiras que relataram ter realizado curso, 85% referiram mudanças positivas no atendimento às mulheres vitimadas.

Em relação ao conhecimento sobre os decretos e leis relacionadas à violência de gênero, apenas 20% afirmaram ouvir falar e saber sobre a lei nº 10.778/03, que trata da notificação compulsória da violência, 40% sobre a lei nº 11.340/06, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que é o principal mecanismo para coibir a violência contra a mulher, e 20% conheciam e sabiam o que aborda o decreto nº 7.958/13, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de saúde e segurança pública (SANTOS et al., 2014).

Os resultados do estudo mostram o quanto é necessária, a capacitação das enfermeiras em relação à violência de gênero, tendo em vista que pode interferir nas diversas maneiras de agir e cuidar, especialmente em relação à promoção de uma assistência humanizada de qualidade e desenvolvimento de competência técnica e aquisição de conhecimento para domínio das leis e decretos (SANTOS et al., 2014).

Com isso, espera-se garantir programas e ações de proteção às mulheres e de organização do sistema de saúde para a execução de medidas que promovam a prevenção e intervenções mais adequadas, e um cuidado integral em toda a totalidade e complexidade que a violência de gênero demanda.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Em virtude do objeto selecionado e da questão que norteia o estudo, um caminho emergiu como possibilidade de permitir um mergulho profundo nas nuances e particularidades que o tema comporta, qual seja a pesquisa qualitativa.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa se aplica ao estudo da história, das percepções, crenças, opiniões e representações, produto das diferentes formas de conceber e lidar dos seres humanos com a realidade. Isso permitiu descrever e compreender profundamente a complexidade do problema, ao possibilitar conhecer, entender e discutir a vivência das mulheres vítimas de violência de gênero.

Além disso, a enfermagem, em suas investigações, tem procurado maior aproximação com os participantes do estudo, escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa (SANTOS; SANTOS, 2008; MORAES; NERY, 2012).

3.2 O método Narrativa de Vida

No intuito de compreender a vivência das mulheres vítimas de violência de gênero e capturar as singularidades do estudo, dentre as modalidades em pesquisa qualitativa biográfica a que melhor se adequou ao objeto em questão foi o método Narrativa de Vida (NV) segundo Bertaux (2010), visto que permite conhecer uma realidade que não pode ser quantificada e que é repleta de significados e valores.

A NV ou história de vida, método de pesquisa que emergiu das Ciências Sociais, apresenta dois conceitos distintos ao diferenciar *life history* (história de vida) e *life story* (estória de vida). A *life history* implica a inclusão de documentos para comprovar a narrativa, como dossiês médicos, registros policiais, artigos jornalísticos, entre outros, sendo muito utilizada pela historiografia nas formas de autobiografia e estudos de caso. Na *life story*, por sua vez, metodologia usada nesta pesquisa, não existe a necessidade de comprovação porque a narrativa do sujeito é valorizada como aspecto principal e único para a compreensão dos fenômenos (BERTAUX, 2010).

Neste estudo, foi utilizada a terminologia NV, mesma expressão introduzida na França há cerca de vinte anos por Daniel Bertaux, sociólogo francês e pioneiro na utilização do método. Até esse período, o termo consagrado em ciências sociais era “história de vida”, que consistia na tradução literal da expressão americana *life history*. Entretanto, esse termo apresentava inconvenientes, como o de não distinguir a história vivida por uma pessoa e a narrativa que ela poderia fazer da sua vida. Para Bertaux, a concepção proposta consiste em considerar que a narrativa de vida acontece a partir do momento em que o sujeito conta a outra pessoa um episódio qualquer da sua experiência vivida, que significa que a produção discursiva do indivíduo tomou a forma narrativa (BERTAUX, 2010).

O método NV permite que informações da essência subjetiva das pessoas sejam obtidas e, dessa forma, tentar compreender o universo que as integra. A melhor maneira de conhecer as perspectivas e experiências de alguém é por meio da sua própria fala, dando-lhe a liberdade de expressar livremente sobre sua experiência pessoal em relação ao assunto indagado pelo entrevistador (SILVA et al., 2007; SANTOS; SANTOS, 2008).

O método em questão, também permite ao pesquisador aprender a ouvir o outro que vivenciou a situação objeto de estudo, oferecer escuta, dar voz a quem tem/teve sua voz calada, tendo-o como alguém ativo no estudo, um parceiro. Esse processo ocorre por meio de uma escuta comprometida, participativa e engajada, em que há possibilidade daquele que narra sua história, ao construir a narrativa de sua vida, de se reconstruir, refletir sobre a sua vida enquanto conta, deixando vir à tona aspectos particulares da sua vivência. É possível, inclusive, identificar uma dimensão terapêutica proporcionada pela história de vida (SPINDOLA; SANTOS, 2003; SANTOS; SANTOS, 2008; MORAES; NERY, 2012).

3.3 Participantes e cenário da pesquisa

As participantes do estudo foram mulheres que vivenciam/vivenciaram situações de violência de gênero atendidas na Casa Abrigo e/ou no Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência da Defensoria Pública do Estado do Piauí. Foi usado como critério de exclusão do estudo ser mulher menor de 18 anos e com dificuldades de comunicação.

O número de participantes da pesquisa foi definido em campo, a depender da qualidade de informações obtidas, em um total de nove mulheres, sendo oito da defensoria e uma da casa abrigo. O número de relatos a serem coletados foi delimitado quando se chegou ao que Bertaux (2010) denomina de ponto de saturação, momento em que os relatos se tornam repetitivos ou não acrescentam fatos novos ante os depoimentos anteriormente coletados.

A Casa Abrigo é um local sigiloso que oferece temporariamente abrigo seguro e atendimento integral a mulheres vítimas de violência em risco de morte, até que tenham condições de retomar o curso de sua vida. O Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência da Defensoria Pública do Estado do Piauí é um espaço de atendimento jurídico integral e gratuito à mulher em situação de violência, além de articulador dos serviços que direta ou indiretamente contribuem para o fortalecimento da mulher e promovem condições para a conquista da cidadania (BRASIL, 2011b).

No Núcleo de Defesa da Mulher em Situação de Violência da Defensoria Pública foi feito contato inicial com a psicóloga do serviço, apresentado os objetivos da pesquisa e explicado o método NV. A psicóloga atuou como facilitadora na aproximação inicial da pesquisadora com as mulheres, conforme chegavam ao serviço em busca de atendimento em demanda espontânea.

Àquelas mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, a psicóloga realizava a apresentação da pesquisadora como enfermeira e pesquisadora da violência de gênero e esta apresentava um pouco da pesquisa, objetivos, entre outros esclarecimentos, em um momento inicial por meio de conversa informal, objetivando conhecer um pouco da história de cada uma e criar uma relação de confiança e aproximação com a mulher.

De acordo com Moraes e Nery (2012), a relação de confiança estabelecida entre o pesquisador e entrevistado é importante no método NV para a obtenção dos relatos, ao transformar a entrevista em momento de exteriorização de sentimentos, medos, mágoas, angústias e emoções.

Ao aceitar participar da pesquisa, a entrevista era agendada para outro momento conforme a disponibilidade da mulher. As entrevistas ocorreram em uma das salas privativas do núcleo por ser um ambiente tranquilo e reservado, o que permitiu à mulher se sentir mais à vontade para falar, auxiliando na obtenção de informações. Vale destacar que a abordagem às participantes ocorria somente após

serem atendidas pelos profissionais da defensoria, de modo que não interferisse/atrapalhasse no andamento do serviço.

Na Casa Abrigo, a assistente social do serviço foi facilitadora dessa aproximação com as mulheres vítimas de violência. No período da produção de dados, não havia mulheres em situação de violência de gênero morando na Casa Abrigo. Desse modo, foram contatadas três mulheres que não estavam mais na Casa Abrigo, mas que seguiam em atendimento/monitoramento pela equipe do serviço e que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo.

Essas mulheres foram contatadas pela assistente social do serviço e, ao aceitarem conversar com a pesquisadora, foi agendado um encontro. A equipe da Casa Abrigo as levou até a Secretaria da Assistência Social e Cidadania (SASC), a assistente social realizou a aproximação inicial com a pesquisadora, apresentando-a como enfermeira que estava desenvolvendo um trabalho sobre violência de gênero. Os devidos esclarecimentos sobre o estudo foram realizados e, mediante conversa informal, conheceu-se um pouco da história de cada uma das mulheres, estabelecendo uma relação de confiança. Nesse caso, duas mulheres aceitaram participar da pesquisa e as entrevistas foram agendadas para que ocorressem em outro momento na própria SASC, em ambiente privativo e tranquilo.

Entretanto, foram enfrentadas algumas dificuldades para realização das entrevistas com as participantes da Casa Abrigo, pois no período da produção de dados o estado passou por crise financeira e não foi possível disponibilizar meio de transporte para deslocamento das participantes da pesquisa à SASC, nem da equipe à mulher a ser entrevistada por problemas, como falta de combustível. Por conta disso, apenas uma mulher que era acompanhada pela equipe da Casa Abrigo participou da pesquisa, pois ela se disponibilizou a se deslocar por conta própria até a SASC para realização da entrevista.

3.4 Produção e análise dos dados

A validação do instrumento de produção de dados ocorreu no mês de outubro de 2014. Para tanto, foram selecionadas duas participantes que não faziam parte da amostra da pesquisa e foi aplicado o instrumento. Durante o processo de validação, foi possível verificar que ao pedir às participantes da pesquisa que contassem sua história a respeito de sua vida que tivesse relação com a violência de gênero, houve

dificuldade na compreensão da expressão “violência de gênero”, possivelmente pelo pouco conhecimento do termo. Dessa forma, foi modificado para “violência contra a mulher” por ser popularmente conhecido.

A produção de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2014, utilizando como técnica a entrevista em profundidade e como instrumento um roteiro semiestruturado (APÊNCIDE A), contendo dados gerais e uma questão norteadora para responder aos objetivos do estudo. O tempo de duração das entrevistas foi variável, desde relatos de 10 minutos até 50 minutos.

O método começou pedindo-se à participante da pesquisa que contasse sua história conforme desejasse, falando livremente, por meio de uma entrevista aberta, dizendo “*Fale-me livremente a respeito de sua vida que tenha relação com a violência contra a mulher*”, interferindo o mínimo possível, a não ser para esclarecer algum detalhe ou estimular a fala do interlocutor. Dessa forma, recomenda-se ao interlocutor uma escuta atenta, porém, não passiva, mas com cautela para não abordar nenhum tema que não tenha sido trazido à tona pelo entrevistador (GLAT; PLETSH, 2009; REIS et al., 2012).

As informações obtidas foram gravadas em áudio por meio de um aparelho de mp4 por permitir preservar e registrar todos os detalhes da fala das depoentes. Também foi utilizado um caderno de campo, em que se registraram impressões e reflexões da pesquisadora, gestos, atitudes e sentimentos aflorados das participantes. Detalhes que ajudaram e foram utilizados posteriormente no momento da análise dos relatos. Durante os depoimentos, muitas mulheres se emocionaram em alguns momentos, outras falavam com tom de voz baixo, timidamente, mostraram como eram as agressões físicas e até mesmo as cicatrizes, marca das agressões físicas deixadas em seus corpos pelos seus companheiros.

O que se observou nesse método é que, ao contrário dos outros, os fatos dignos de interesse são apontados pelos próprios participantes, e não os que o pesquisador achou que iria encontrar, pois a estrutura geral da entrevista não é determinada pelo entrevistador, mas sim pelos informantes, por suas experiências de vida. Ao fazer o relato, o participante está ao mesmo tempo compartilhando com o entrevistador uma análise avaliativa e prospectiva (GLAT; PLETSH, 2009).

Esse relato nem sempre corresponderá ao real, tendo em vista que importará o sentido que o sujeito atribui a esse real, de forma que, na análise posterior dessa fala, o indivíduo seja visto como social, pois a partir do seu vivido, tem-se acesso à

sua cultura, valores, ideologias e meio social (SILVA et al., 2007). Ademais, é importante ressaltar que as participantes do estudo podem ser entrevistadas em qualquer momento da sua vida e não precisam estar vivenciando naquele momento o tema que está sendo abordado (REIS et al., 2012).

Imediatamente após a realização da entrevista, a mesma era transcrita pela pesquisadora, palavra por palavra, conservando inclusive os erros gramaticais presentes na linguagem informal. Posteriormente, foram corrigidos alguns destes erros para que a leitura ficasse mais compreensível para o leitor, e outros foram mantidos, visando manter a originalidade e espontaneidade do discurso.

A transcrição das entrevistas permitiu lembrar o encontro e a emoção que ele comporta e, a análise desses relatos, possibilitou encontrar respostas para as questões formuladas e descobrir o que está subjacente aos discursos dos sujeitos, perpassando o que é aparentemente comunicado, o não dito.

Após a transcrição das entrevistas, os depoimentos foram submetidos à análise temática que segundo Bertaux (2010), que consiste em descobrir nos relatos os núcleos de sentido correspondentes ao tema, a partir do desmembramento do texto em unidades para, posteriormente, realizar a categorização. Esta conformação consiste em agrupar expressões, tópicos mais frequentes ou ideias em função de seus caracteres semelhantes ou que possuam relação entre si, que emergem do discurso dos entrevistados.

Cada leitura dos relatos revelava novas informações e significados com conteúdos semânticos. A primeira leitura permitiu conhecer o teor dos depoimentos; nas seguintes, foi destacado por cores o que mais chamava atenção nos depoimentos; por último, analisou-se o que foi destacado e, por meio da técnica de recorte e colagem, foram recortados dos relatos e agrupados os núcleos de sentido com maior frequência de aparição e que traziam significado para o objetivo do trabalho e realizada a categorização para a construção das categorias temáticas.

Posteriormente, foi realizada a discussão dos resultados, tendo como base o referencial temático elaborado a partir dos temas que emergiram dos relatos e organizados em categorias temáticas. Os relatos foram identificados de acordo o número das entrevistadas em E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E9.

3.5 Aspectos éticos

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI) e aprovada no dia 30 de outubro de 2014, sob o parecer nº 852.372 (ANEXO A). No caso do Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Piauí e da Casa Abrigo, por não contarem com uma comissão ou comitê em pesquisa, foram enviados ofícios circulares (APÊNDICES C E D) solicitando autorização para realização do estudo (ANEXOS B e C).

Por se tratar de pesquisa com o envolvimento de pessoas, foram cumpridas as exigências das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos regidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), preservando-se o sigilo da identidade e o direito a sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

4 NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Os resultados são apresentados a partir das narrativas de vida das mulheres participantes do estudo. De início, tem-se a caracterização socioeconômica destas mulheres e, para ajudar a conhecer cada uma delas, traz-se brevemente a história de vida narrada que tinha relação com a violência de gênero. Na segunda parte, são apresentadas as cinco categorias temáticas que emergiram dos discursos das entrevistadas. Em seguida, trazem-se as contribuições para a assistência em saúde e cuidado de enfermagem às mulheres vítimas de violência de gênero.

4.1 Caracterização socioeconômica das participantes

Para caracterizar as participantes do estudo, utilizaram-se aspectos socioeconômicos, conforme descrito.

Dados socioeconômicos das mulheres vítimas de violência de gênero. Teresina (PI), out./nov. 2014.

E	Idade	Situação conjugal	Religião	Grau de Instrução	Profissão/Ocupação	Nº de filhos	Renda mensal (SM)
01	37	Casada	Evangélica	Ensino médio	Agente comunitária de saúde	01	01
02	33	União estável	Evangélica	Ensino fundamental incompleto	Vendedora	04	<01
03	26	União estável	Evangélica	Fundamental incompleto	Do lar	03	01
04	40	Solteira	Católica	Ensino superior	Agente Administrativa	02	01
05	35	Casada	Evangélica	Ensino fundamental incompleto	Cabeleireira	03	<01
06	48	Solteira	Católica	Ensino fundamental incompleto	Do lar	02	01
07	51	Solteira	Católica	Ensino médio	Do lar	00	<01
08	40	Solteira	Católica	Ensino superior	Professora	01	03
09	23	Divorciada	Católica	Ensino fundamental incompleto	Do lar	03	01

Legenda: E – Entrevistada; SM – Salário Mínimo (R\$ 724,00); PI – Piauí.

Todas as participantes residiam em Teresina, com faixa etária entre 23 e 51 anos, vítimas dos próprios companheiros, sendo que no momento da entrevista não estavam mais convivendo maritalmente com seus agressores. No que diz respeito à situação conjugal, quatro eram solteiras, duas casadas, mas apenas judicialmente, duas em união estável (com outro companheiro que não o agressor) e uma divorciada.

Quanto à religião, cinco se declararam católicas e quatro evangélicas. Destacou-se a baixa escolaridade, em que cinco tinha ensino fundamental incompleto, duas ensino médio e duas ensino superior. No que tange à profissão/ocupação, quatro se declararam do lar, uma agente comunitária de saúde, uma vendedora, uma agente administrativa, uma cabeleireira e uma professora. Apenas uma mulher não possuía filho. Em relação à renda mensal, cinco mulheres tinham renda de um salário mínimo, três viviam com menos de um e apenas uma recebia três salários.

A partir das narrativas das mulheres do estudo, emergiram cinco categorias temáticas: a vivência da violência de gênero na infância; relatos da violência na relação conjugal; permanência e rompimento da relação com o agressor; interfaces da violência de gênero com a saúde; expectativas da mulher vítima de violência de gênero.

4.2.1 Vivência da violência de gênero na infância

Nesta categoria, é possível observar que a violência ocorre nas diferentes gerações – as participantes do estudo, suas mães e filhos sofriam violência. Isso caracteriza a denominada transgeracionalidade da violência ao ser compreendida como uma herança transmitida de geração a geração na família.

A mulher sofre com a violência em todas as fases da vida. Na infância, as agressões ocorrem de forma indireta, ao presenciar as agressões à mãe pelo pai, e direta ao sofrer agressões pelo pai/padrasto. Na vida adulta, tornaram-se vítimas de seus cônjuges e seus filhos também passaram a sofrer direta ou indiretamente, de modo que a violência é passada de uma geração para outra. Em todas as situações, também é evidente a relação de gênero e a ordem patriarcal de organização familiar, em que o homem é detentor do poder e usa a violência como uma maneira de resolver conflitos.

As participantes do estudo vivenciaram a violência desde a infância, seja indiretamente ao presenciar a violência deferida contra a mãe, ou diretamente ao sofrerem agressões de familiares.

Na violência assim doméstica eu já vivi desde o meu pai, porque meu pai era agressivo com minha mãe, sabe?! Aí de lá eu vinha sofrendo, entendeu?! Me casei e me casei com um homem ruim também, do mesmo jeito. (E1)

Porque o papai gostava muito de me bater e minha mãe também, aí no caso como era só eu dentro de casa, aí um batia de um lado e o outro batia do outro. (E6)

Aí com 7 anos eu vim pra Teresina morar com minha irmã mais velha [...] eu não gostava do esposo dela porque ele mexia comigo, tipo querendo pegar e tudo [...] Pegava aqui nos meus seios se eu passasse por ele. Ele só não tocava mais porque eu me livrava [...] eu não lembro bem o que eu fui comprar numa merceariuzinha, que quando eu retornei tava tudo escuro, aí ele tentou me pegar dentro do quarto por trás, só que eu era pequenininha, mas eu era um pouco esperta, aí eu peguei e me liberei dele [...] fiquei lá fora em frente a casa, chorando embaixo de uma árvore, e aí guardei aquilo ali para mim, só para mim [...] E aí uma segunda vez foi numa festa que a gente foi na casa do patrão dele, aí beberam e tudo. Nesse dia choveu muito e a gente estava indo embora de pé para casa e parou em um determinado local e eu não sei o que foi que ela foi fazer [a irmã] que ela se ausentou e foi nesse momento que ele me agarrou novamente, aí ele não conseguiu fazer nada porque ela ainda estava por perto. (E8)

Desde a infância as mulheres sofriam violência de gênero dentro do núcleo familiar por quem deveria garantir segurança e proteção. A violência ocorria de maneira indireta, ao presenciar as agressões deferidas contra a mãe, e diretamente ao sofrer o ato de violência. No caso da entrevistada 8 (oito), foi cometida violência sexual por um ente familiar, o cunhado, que naquele momento de ausência dos pais é quem deveria protegê-la, o que acarretou intenso sofrimento psíquico.

Em ambas as situações de violência, como testemunhas e vítimas, fica evidente a ordem patriarcal de organização familiar e a questão de gênero, que naturaliza o homem como chefe da família na posição de dominador, e a mulher como submissa que deve obediência à figura masculina, na infância ao pai e na vida adulta ao cônjuge.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes corresponde a qualquer ato ou omissão praticada que prejudique o bem-estar e seja capaz de causar dano psicológico, sexual e/ou físico, cometida por algum membro da família

ou responsável tanto no ambiente doméstico quanto público contra crianças e adolescentes (DE ANTONI; BATISTA, 2014).

Nesse tipo de violência, existe uma relação de poder, em que há violação dos direitos da vítima e negação dos seus valores humanos fundamentais, sendo um fenômeno construído historicamente nas e pelas relações sociais. Dessa forma, nessas relações de diferentes gerações, ocorre um abuso de poder disciplinar e coercitivo por parte dos pais ou responsáveis. A violência intrafamiliar, em sua face física, é muitas vezes justificada como necessária ao processo educativo, de forma que as ações de bater para ensinar e corrigir são toleradas socialmente, desde que não causem danos físicos (MOREIRA; SOUSA, 2012).

A violência sexual durante a infância foi relatada e, mesmo sofrendo uma forma tão grave de violência, é evidenciado o silenciar perante a situação de agressão:

Eu tinha medo de falar para ela (irmã) porque ela gostava muito dele, ela não ia acreditar em mim. Como eu era criança, né, tinha medo de dizer para alguém. Eu nunca relatei isso para ninguém, só relatei isso para uma pessoa amiga, depois de muito tempo, eu já tinha uns 20 e poucos anos. Para uma amiga que era de dentro da casa dela. [...] fiquei lá fora em frente a casa, chorando embaixo de uma árvore, e aí guardei aquilo ali para mim, só para mim [...] Desde já eu chorava, implorava pra minha irmã me levar pra mim morar com minha mãe.
(E8)

Por medo de ser desacreditada, diante da dependência afetiva da irmã em relação ao cunhado, a depoente guardou sigilo de uma forma tão grave de manifestação da violência de gênero, a sexual. Os abusos e a ausência da mãe causavam sofrimento emocional. O ato de silenciar em relação ao fato perdurou até os dias atuais, sendo revelado apenas para uma amiga, 13 anos após o ocorrido, e no momento da entrevista desta pesquisa.

Essa dificuldade em relatar esse momento da sua vida, mostra a dificuldade da mulher em superar o fato que ainda lhe causa sofrimento psicológico, evidenciado pelo choro e tom de voz baixo durante a entrevista. Além disso, o fato de ter confidenciado esse episódio delicado apenas para uma amiga e no momento da entrevista mostra que a relação de confiança entre pesquisador e entrevistada, necessária no método NV, foi estabelecida.

Como ocorre no ambiente familiar, na esfera privada, local que deveria oferecer segurança e proteção, e quem deveria proteger é justamente quem a comete ou é conivente, a violência se reveste da tradicional característica de sigilo e o rompimento do silêncio somente ocorre quando a criança ou o adolescente consegue vencer a culpa e o medo. Além do fato do relato da criança, muitas vezes, ser desacreditado por achar que ela “não sabe o que diz” (MOREIRA; SOUSA, 2012).

Algumas vezes a violência que ocorre no lar não é diretamente contra a criança ou o adolescente, mas contra a mulher, que é a mãe. Nestes casos, os filhos também são atingidos, mesmo que de maneira indireta, pois independentemente de presenciarem ou não os atos de violência, são afetados da mesma maneira como se fosse a própria pessoa agredida. Resultados de estudos mostram que a violência assistida por filhos de mães agredidas fisicamente por maridos provoca consequências mais graves às crianças e adolescentes que as próprias agressões por eles sofridas (MOREIRA; SOUSA, 2012; DE ANTONI; BATISTA, 2014).

É possível identificar a presença de consequências não apenas físicas. Transparece nas expressões o sofrimento psicoemocional pelo qual essas mulheres passaram e ainda passam – “tinha medo de dizer para alguém”, “chorando”, “guardei aquilo ali para mim”, “não aguentava mais de tanto apanhar”, “vinha sofrendo”.

As situações de violência vivenciadas no núcleo familiar durante a infância, seja presenciando a violência cometida contra a mãe no ambiente doméstico ou sofrendo diretamente a violência cometida pelos familiares, aumentam o risco de repetir e reproduzir a cada geração esses comportamentos, recriando vítimas e perpetuando um ciclo de violência, ou a se envolver com pessoas violentas e sofrer essa forma de violência na vida adulta nas relações conjugais futuras. Essa reprodução de comportamentos violentos é um fator agravante e multiplicador (FERREIRA; CANUTO; NERY, 2012; ZANCA; WASSERMANN; LIMA, 2013; DE ANTONI; BATISTA, 2014).

Pode-se verificar que, desde a infância, algumas mulheres vivenciaram situações de violência, na forma física e até sexual, ou testemunhando a violência contra a mãe. Dessa forma, o histórico de ambiente familiar com violência sofrida ou presenciada na infância pode ser identificado como um importante fator que contribui para a ocorrência da violência de gênero na vida adulta.

A violência exercida contra a mulher pelo cônjuge pode ultrapassar os limites da relação entre os dois e afetar também os filhos, que se tornam vítimas, assim como suas mães foram quando crianças. Há, então, uma coocorrência da violência contra a mulher e filhos, aumentando a probabilidade de esse comportamento ocorrer nas relações futuras, perpassando de uma geração a outra:

É porque assim, ele não tem paciência com o menino... qualquercoisa ele quer bater. Aí eu peguei e fui sozinha para o posto porque é distante da minha casa. [...] quando eu cheguei tinha batido no menino, que ele deu assim no braço dele que ficou a marca, né?! [*mulher mostra como ficou a marca*]. E depois disso ele ainda deu outra que aí que foi que ficou mesmo chega inchou, que ele é agressivo mesmo. (E1)

Eu descobri que ele estava a fim dela [*enteada do agressor*] [...] E chegou a um ponto que eu não queria acreditar, eu estava vendo as palavras que ele dizia, mas eu não queria acreditar que aquilo era verdade [...] E aí eu descobri que um certo dia eu fui trabalhar e ela estava no banheiro, como o banheiro não tinha tranca, ele sabia que ela estava dentro do banheiro e ele entrou no banheiro enquanto ela estava pelada e fez de conta que ia pegar o papel higiênico e ficou olhando para ela por alguns minutos, depois pegou o papel higiênico e saiu. E aí foi onde ela começou a se trancar. Então eu descobri com tudo isso que ele estava apaixonado por ela [...] (E5)

Os relatos mostram a coocorrência de violência contra a mulher e a prole, que segue um padrão, ao ser perpetuada de geração em geração, em que os filhos estão vivenciando uma situação de violência similar à que as mulheres sofreram quando crianças e, hoje, nos seus relacionamentos vivenciam como mães.

Filhos de casais violentos tendem a reproduzir e naturalizar o comportamento em suas relações, tendo em vista que aprendem que é uma forma apropriada de resolver conflitos. A violência perpetrada contra a mulher no núcleo familiar, ao repercutir nos filhos, pode iniciar um ciclo contínuo do problema, que passa a ser transmitido de geração a geração, sob o amparo social e cultural, como uma herança, a que se denomina transgeracionalidade da violência (SANTOS; OJEDA; MORÉ, 2011).

No contexto das relações conjugais e na estruturação familiar, a subjetividade utiliza o mecanismo de repetição para elaborar e fixar uma situação traumática e, juntamente com a estruturação do psiquismo humano, implica um longo processo de construção em que o indivíduo usa de modelos, contribuindo para o processo de identificação, por meio dos quais reproduz a violência. Dessa forma, mulheres que

reportam terem sido vítimas de violência durante infância e adolescência são mais propensas a sofrer agressões de seus parceiros. Essa transmissão transgeracional tem sido apontada como um dos fatores importantes para o crescimento da violência (SILVA; FALBO NETO; CABRAL FILHO, 2011).

A família é o principal agente socializador de comportamentos e, nos casos de famílias em que ocorre violência, os filhos aprendem que as condutas agressivas não normais, representando um método eficaz de controle das pessoas. Dessa maneira, filhos que fazem parte de uma família em que há violência contra a mulher, há maior chance de se também tornarem vítimas diretas e sofrer agressões e, nas relações futuras, de se tornarem vítimas, no caso das mulheres, ou agressores, quando se trata dos homens.

De acordo com dados da Central de Atendimento 180, nas denúncias de violência contra a mulher recebidas, no que diz respeito à relação dos filhos com a violência, 64,5% presenciam a violência, 18,74% sofrem a violência e apenas 16,91% não presenciam e nem sofrem a violência (BRASIL, 2015b).

Percebe-se que, juntamente à transgeracionalidade da violência, existe a coocorrência da violência contra a mulher e os filhos, em que boa parte das situações conflituosas no casal, resolvidas por meios violentos, passa a vir acompanhada também de violência cometida contra a prole. Para Reichenheim, Dias e Moraes (2006), a violência contra a mulher é sempre um fenômeno complexo que costuma envolver todo o núcleo familiar. Nesse sentido, existe uma concomitância entre violência perpetrada contra a mulher pelo cônjuge e a violência contra os filhos.

4.2.2 Relatos da violência na relação conjugal

Nesta categoria, são evidenciadas as diversas formas de violência cometidas contra a mulher em seus relacionamentos conjugais, seja física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral. Apesar das diferenças nas suas formas de manifestação, não são excludentes. O que se observa em alguns relatos é a prevalência de uma forma de violência sobre a outra; contudo, na maioria das vezes, estas se entrelaçam e se misturam, e observa-se a coexistência dessas variadas formas. Ao álcool e ciúme foi atribuída a causa dos atos violentos, embora constituam apenas fatores

desencadeadores, a causa da violência contra a mulher está na ordem patriarcal da sociedade e nas questões de gênero.

As violências física e psicológica foram as mais relatadas, evidenciadas nos xingamentos, ameaças, empurrões, agressões com objetos entre outros. A violência psicológica quase sempre acompanhou os relatos de violência física:

Ele me agredia muito, quando ele chegava em casa ele quebrava as coisas, botava eu pra correr com as crianças, me agredia muito, me batia muito e chegou um ponto deu não aguentar mais e deixei [...] Quando ele chegava bêbado e ele chegava já me agredindo com palavras, me dando soco, às vezes chegou a me bater com pau, com cordas dobrada, e muitas outras agressões... puxava meu cabelo, me empurrava, às vezes eu tava dormindo, às vezes eu estava sentada ele chegava me espantava pela mãozada no meu rosto. Então a agressão foi assim (E5).

[...] ele me ameaçava de morte, me batia e me maltratava com palavra, num tem? Aí eu tive que fazer um BO contra ele [...] Ele tenta me tratar como se eu fosse uma vagabunda, uma prostituta, entendeu? Não tem respeito nenhum. (E9)

Os cônjuges agrediam as parceiras principalmente fisicamente, com socos, tapas, puxões de cabelo, pancadas com pedaços de pau, empurrões, espancamentos, entre outros, e esses golpes eram proferidos, em sua maioria, nas regiões da cabeça e pescoço. Essa violência física era acompanhada de ameaças de morte, ofensas verbais e constrangimentos, caracterizando a violência psicológica. Com isso, as mulheres se sentiam menosprezadas e desrespeitadas diante dos atos de violência e, para sua proteção e dos filhos, tinham que deixar o lar e registrar ocorrência contra o agressor.

Em outros estudos, assim como neste, as formas de violência mais relatadas pelas mulheres foram a física e a psicológica, as quais se manifestaram na forma de socos, empurrões, lesões por armas e objetos, chutes, insultos constantes, humilhações, ameaças, desvalorização e outras (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012; GRIEBLER; BORGES, 2012).

Em pesquisa realizada por Lamoglya e Minayo (2009) com mulheres que sofreram violência pelos seus companheiros e ex-companheiros, mais da metade das queixas (53%) ocorreram por lesão corporal, seguidas de ameaças/tentativas de feminicídios (39%) e abuso psicológico (8%). No que diz respeito às lesões físicas, além dos espancamentos, as regiões da cabeça e pescoço foram as mais atingidas.

A violência psicológica é cometida sobre a mesma vítima, torna-se crônica, estabilizada e ritualizada. O parceiro íntimo usa esse tipo agressão na intenção de denegrir a imagem da mulher, em uma relação de poder, em que se tem o companheiro na condição de dominador e a mulher de dominada, fazendo-a sofrer e perder sua autoestima, sentindo-se sem valor e desprezada (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Na medida em que não deixa marcas físicas no corpo, ocorrendo normalmente de forma sutil, a violência psicológica dificilmente pode ser comprovada quando é denunciada, exceto quando há testemunhas, o que constitui um limite às mulheres submetidas a essa forma muito comum de violência (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

Nos depoimentos, ainda se identificou uma forma grave de violência de gênero, a sexual, manifestada pelo estupro dentro do casamento. Muitas vezes, esse motivo contribui para a invisibilidade do problema pela mulher, agressor e sociedade:

Às vezes eu não queria ter relação e ele me pegava a força. (E5)

A violência sexual estava presente no cotidiano da depoente, caracterizada como um ataque em que o companheiro íntimo, o agressor, sem o consentimento dela, em uma relação de poder, obrigava-a a ter relações sexuais forçadamente, contra a sua vontade, apenas para satisfazê-lo. Este ato pode não ser considerado uma violência pela sociedade, pelo companheiro e até mesmo pela própria mulher, tendo em vista que, ao ser analisado pela perspectiva das relações de gênero, a mulher é vista como submissa ao homem com obrigação de obedecer e satisfazer o companheiro.

A violência sexual ocorre em diferentes circunstâncias e cenários, independente do sexo, classe social e etnia, apesar das mulheres em todas as faixas etárias serem as maiores vítimas. Tal prática, mesmo quando cometida por familiar, seja pai, companheiro ou marido, é considerada crime (FACURI et al., 2013).

A violência sexual foi a menos presente nos relatos das mulheres vitimadas, possivelmente relacionada ao fato de ser, muitas vezes, confundida e mascarada pela relação sexual. Para Facuri et al. (2013), a violência sexual quando ocorre no

âmbito doméstico, envolvendo uma pessoa do vínculo conjugal, contribui para a invisibilidade do problema e menor taxa de procura por auxílio.

É uma forma de violência que desperta na mulher sentimentos de intensa humilhação, submissão e dependência, devido à situação em que são obrigadas a reduzir-se como objeto sexual do companheiro. (ZANCA; WASSERMANN; LIMA, 2013).

Pode-se dizer que, assim como na violência física, a sexual quase sempre vem acompanhada da violência psicológica, principalmente pelo intenso sofrimento psíquico que causa. Isso vai ao encontro do que foi encontrado no estudo desenvolvido por Santos (2014), em que a violência psicológica acompanhou 90% dos relatos sobre formas físicas ou sexuais de violência. Entretanto, a violência psicológica é a modalidade mais difícil de ser identificada, mesmo pelas mulheres vitimadas, visto que é ocultada por ações que aparentemente não se relacionam com a violência em sentido amplo, pela existência de vínculos afetivos entre a vítima e o agressor, ou porque muitos somente consideram violência quando há ocorrência de agressão física.

Outra forma de violência identificada nos relatos foi a patrimonial, manifestada pela destruição ou posse do patrimônio da vítima por parte do agressor. Apesar de ocorrer frequentemente na sociedade, muitos ainda não se atentam devidamente e nem a consideram como violência de gênero, inclusive as próprias mulheres, apesar de repercutir no aspecto financeiro, psicológico e social:

[...] eu conheci esse senhor que eu estou com problema hoje com ele [...] como ele é estrangeiro eu fui avalista dele, numa outra residência para ele [...] E aí ele começou a não pagar mais a prestação, começou a chegar carta de cobrança lá na casa da minha mãe [...] Eu estava pagando um carro, ele tomou o carro, levou o carro, o carro no meu nome [...] ele não fazia nada, ele não trabalhava, não fazia nada, sempre eu trabalhando, trazendo tudo para dentro de casa [...] E ele ainda me ameaçava o tempo todo, “se eu sair daqui eu tomo a menina, tomo a casa, tomo o carro, o carro é meu”. [...] E eu não sei onde ele está, onde está o transporte, porque eu que estou pagando, ainda tem 11 parcelas para pagar, e quem está pagando sou eu, ganhando R\$ 900,00, a parcela é R\$ 400,00. E ele comprou esse negócio no meu nome dizendo que pagava e não paga, quem paga sou eu. E para num sujar meu nome eu tenho que pagar até o final, mesmo sem saber onde tá. Está difícil. Aí agora eu tenho que alugar minha casa, sair da minha casa, vou alugar a casa para poder pagar a prestação do carro para vê se as coisas melhoram. Eu dou R\$ 400,00 no carro, aí eu fico só com R\$ 500,00 para pagar água luz, comer, cuidar da criança, porque ele também

não dar a pensão, o processo ta aí para ele dar a pensão [...] que as coisas dele, ele não levou tudo, ele levou as minhas coisas quando ele saiu, levou um álbum de fotografia do meu filho que eu tinha do acompanhamento da gravidez, do nascimento da criança, dos meses que a criança completou, ele levou tudo, anulou a minha vida com o meu filho, do passado. Por que que ele fez isso? Só de maldade porque não interessa para ele a vida, o que aconteceu no passado antes deu conhecer ele. Não sei qual o motivo ele fez isso. (E4)

Muitas vezes, o agressor usava o artifício de ameaçar abstrair os bens da vítima para que esta se calasse e continuasse a aceitar a agressão – “se eu sair daqui eu tomo a menina, tomo a casa, tomo o carro”. Somando-se a isso, ao findar da relação, o agressor ainda subtraiu e comprometeu os bens da vítima de relevância patrimonial e econômico-financeira direta, como levar o carro sem autorização e fazer dívidas em seu nome. Isso prejudicou a situação financeira da mulher e da família, dificultando inclusive a satisfação das suas necessidades vitais de moradia e alimentação, ameaçando a sobrevivência da família.

Destaca-se o fato do ex-companheiro lhe tirar um objeto de profundo valor afetivo e pessoal, o álbum de fotografia do seu primeiro filho. Pelo depoimento, é perceptível que, dentre tudo que o agressor lhe tirou, mesmo possuindo maior valor comercial, a subtração do álbum foi o que mais lhe atingiu. O filho não morava com a entrevistada e, por meio desse ato, o agressor conseguiu tomar o único elo que possuía: as fotografias. Isso é evidenciado na expressão “ele anulou a minha vida com o meu filho”.

A violência patrimonial somente passou a ser considerada como tipo de violência de gênero com a Lei Maria da Penha, como é popularmente conhecida a lei 11.340/2006. Segundo esta, compreende-se como patrimônio tanto os bens de relevância patrimonial e econômico-financeira direta, como também aqueles que apresentam importância pessoal, por serem objetos de valor efetivo ou de uso pessoal, e profissional, os necessários ao pleno exercício da vida civil e que sejam indispensáveis à digna satisfação das necessidades vitais (BRASIL 2012a).

A violência patrimonial, assim como a violência psicológica e sexual, ainda é pouco reconhecida e denunciada como forma de agressão. Isso acontece porque muitas mulheres desconhecem que a retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos pessoais, documentos pessoais, bens e recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades, possam ser considerados um crime previsto em lei e passível de punição (BRASIL, 2012a). No Brasil, essa

temática ainda é pouco explorada e os estudos ainda são incipientes e insuficientes. Dessa forma, torna-se interessante e relevante, investigar os motivos, significados e implicações da violência patrimonial.

Dessa forma, pode-se evidenciar por meio das narrativas que as mulheres do estudo sofreram as mais variadas formas de violência, sendo as mais relatadas a física e psicológica e, por conseguinte, a sexual e a patrimonial, menos citadas. Em todos os casos, o agressor era o parceiro íntimo.

Isso é evidenciado nos dados de denúncias da Central de Atendimento Ligue 180. Esse serviço recebe em média 1.348 ligações por dia, em que 70,75% das denunciantes são as próprias vítimas e 82,53% dos agressores eram homens com quem as mulheres tinham relação afetiva. Os tipos de violência mais relatados foram a física (51,68%) e a psicológica (31,81%), e as menos reconhecidas a sexual (2,86%) e patrimonial (1,94%) (BRASIL, 2015b). Na maioria dos casos de violência contra a mulher, em idade produtiva e reprodutiva, o agressor é o companheiro íntimo (DEEKE et al., 2009; GRIEBLER; BORGES, 2012).

O uso de álcool e outras drogas e o ciúme são apontados pelas depoentes como causas principais dos atos de violência cometidos pelos companheiros. Entretanto, percebe-se que, na realidade, a verdadeira causa da violência contra a mulher é de ordem patriarcal e por questões de gênero.

Nos casos em que o agressor está embriagado, ou sob efeito de outras substâncias psicoativas, existe uma maior tolerância por parte das vítimas, como se a culpa pela violência fosse do álcool e não do agressor, o que torna mais fácil perdoar, visto que muitas acreditam que o agressor praticou a violência por causa da substância e, quando estiver sóbrio, a violência não acontecerá novamente. Dessa forma, o uso do álcool e drogas é citado como principal desencadeador dos atos de agressão:

Aí bom ele não falava nada não, era assim igual essa parede, mas na hora que ele melava a boca [...] Porque estava num ponto que na hora que eu via ele bêbado ali, meu sangue parecia que congelava, meu corpo parecia que ficava todo gelo, ficava que eu num segurava nada na mão [...] Se ele usava [drogas], como o irmão dele disse, os amigos dele falam, era fora, dentro de casa eu nunca vi. Mas que eu sempre estranhei, isso aqui não é só cachaça, tinha hora que ele chegava que ele vinha se arrastando, ele se sentava ali fora, que quando eu pensava que ele estava dormindo, ele já estava era quebrando tudo dentro de casa [...] E aí depois do dia que ele botou a faca na minha garganta, mesmo é que eu fiquei com medo dele.

Na hora que ele se embebedava já ia certinho na gaveta, aí ali para pouco ele estava com a faca [...] Fazia uma hora, duas horas, podia esperar que a baderna era segura até 5 horas da manhã. E não tinha dia certo não, era todo dia, se ele bebesse, era todo dia (E6).

E eu me casei novamente, e esse também bebia, e ele era usuário de drogas, só que ele dizia para mim que tinha deixado. Chegou um certo tempo que eu cheguei a descobrir né que estava muito frequente, foi usando cada vez mais, se aprofundando e chegou a um ponto dele começar a me bater. (E5)

Nos depoimentos, as mulheres colocam que os companheiros enquanto estavam sóbrios não eram agressivos, mas a partir do momento em que estavam sob o efeito do álcool e outras drogas se tornavam violentos e cometiam os atos de agressão física, ameaças, tentativas de feminicídio, destruíam os objetos de casa, entre outros.

Resultado semelhante foi identificado por Almeida, Pasa e Scheffer (2009), ao constatar que 59,3% dos agressores de suas companheiras eram usuários de álcool/drogas, sendo que 59,1% cometeram violência física e 88,0% violência psicológica, havendo associação significativa entre o uso de álcool/drogas e a ocorrência de violência física e psicológica.

Em trabalho desenvolvido por Griebler e Borges (2012), o uso de substância, sobretudo o álcool, por parte do homem agressor, esteve associado em 39,4% dos casos de violência contra a mulher, o que indica que o uso do álcool pelo parceiro parece desempenhar papel importante no contexto de violência.

Ao longo dos anos, o consumo de bebida alcoólica vem aumentando, facilitado pelo baixo custo, aceitabilidade social e fácil acesso e, quando associado com outras drogas, é considerado importante fator gerador de violência, uma vez que resulta em níveis elevados de agressividade, relacionada principalmente às propriedades psicoativas da substância. No sexo masculino, a violência associada ao uso de álcool, na maioria das vezes, é direcionada aos familiares, principalmente filhos e cônjuges, e vivenciada de diversas maneiras, como espancamentos, agressões verbais, violência sexual, ameaças e homicídio (ALMEIDA; PASA; SCHEFFER, 2009).

Dessa forma, é importante colocar que o álcool e outras drogas podem estimular o comportamento agressivo dos homens, favorecendo atitudes violentas por causa dos efeitos que provocam, o álcool como desinibidor e as drogas

estimulantes, reduzindo a capacidade de controle dos impulsos. Entretanto, não se pode afirmar que existe uma relação causal, que o uso dessas substâncias seja condição determinante dessa situação, causando a violência (ALMEIDA; PASA; SCHEFFER, 2009).

Para Ferreira, Canuto e Nery (2012), o álcool isoladamente não deve ser considerado como causa da violência, mas como um fator que pode agravá-la ou precipitá-la quando associado a outros comportamentos e fatores. É usado como desculpa pelo agressor para justificar o comportamento violento, que agride esteja sóbrio ou alcoolizado.

A opressão e dominação masculinas naturalizadas pela cultura, o sentimento de posse e de dono da mulher são expressados em um indivíduo sóbrio e se exacerbam quando este se encontra sob efeito de substâncias como álcool e drogas. Sendo assim, a violência de gênero é uma expressão de dominação da mulher pelo homem, resultando na anulação da autonomia feminina, e o álcool e as drogas são apenas facilitadores.

O ciúme por parte dos parceiros também é apontado pelas mulheres como um dos elementos que contribuem para engendrar os atos de violência, além de limitar suas relações sociais, impedindo-as de sair de casa e relacionarem-se com as pessoas:

É assim, ele não tem motivo para tanta agressividade, porque ele disse que tem ciúme de mim. Ciúme de que?! Que eu não tenho amizade assim com homem. Minhas amigas mesmo, assim de mulher mesmo, que vai lá em casa é difícil porque não gostam dele, por causa da presença dele que é com a carona trancada todo o tempo. (E1)

Eu já vivia presa, porque eu não podia mais sair, se saísse era meio mundo de confusão, eu não podia conversar com uma colega minha, porque ali eu já estava recebendo recado de macho, se caísse uma ligação errada no meu celular ali já era outra confusão porque já era macho meu, se eu ia para um hospital eu estava atrás de macho. Então ia fazer o que, não estava vivendo, eu estava prisioneira dele e de mim [...] porque o homem acha que pode tudo e que a mulher é um objeto dele, que tem que ter ela ali do jeito que ele quer, presa ali, fazendo só o que ele determinar naquele momento. (E6)

O companheiro, por desconfiança de que a mulher estivesse se relacionando com outros homens, com ciúmes, passava a controlá-la e vigiar seus passos, chegando ao ponto de impedi-la de sair de casa, ter amizades, visitar familiares,

privando-a do direito de ir e vir e isolando-a de seus contatos sociais. Limitava, assim, sua liberdade e autonomia.

O ciúme gera comportamento inadequado na relação conjugal, como a violência, elimina a liberdade da mulher e coloca-a como submissa ao homem. Gradativamente, o agressor deixa a parceira isolada socialmente, impedindo-a de trabalhar, ir ao hospital, visitar familiares e amigos, entre outros. A violência é então utilizada como disciplinamento e punição para a mulher que não se enquadra no seu papel esperado.

Em vários estudos, o ciúme é apontado como fator desencadeador das situações de violência, sendo um motivo que remete ao machismo pelo sentimento e prática de posse e domínio do homem sobre a mulher, marcado pelo desejo de mantê-la como uma propriedade exclusiva, servil e tutelada (LAMOGLIA; MINAYO, 2009; ZANCA; WASSERMANN; LIMA, 2013).

Desde a mais tenra infância, aprende-se a incorporar os papéis de gênero, em que comportamentos e emoções são socioculturalmente atribuídos a meninos e meninas na forma de vestir-se, expressar-se, determinação de cores, tipos de brincadeiras e brinquedos. À mulher cabe o papel de cuidadora da casa, do marido e dos filhos, e atribuem-lhe delicadeza, subordinação e obediência. O homem deve ser forte, corajoso e dominador, o mantenedor e chefe da família (SANTOS; OJEDA; MORÉ, 2011; FERREIRA; CANUTO; NERY, 2012).

Nesse contexto, a violência contra a mulher é entendida como resultado de uma ideologia de dominação masculina que é produzida e reproduzida tanto por homens como por mulheres, em que as diferenças são transformadas em desigualdades hierárquicas com o propósito de dominar, explorar e oprimir. Nessa ação violenta a mulher é o ser dominado, tratado não como “sujeito”, mas como um “objeto” que é silenciado e se torna dependente e passivo, que perde sua autonomia e sua liberdade (FERREIRA; CANUTO; NERY, 2012; SANTOS; IZUMINO, 2014).

Nessas relações marcadas por assimetrias, quando a mulher não se enquadra nesse perfil que lhe é socialmente determinado de condição de submissão e obediência, a violência é utilizada pelo homem como uma forma de punição pela desobediência e disciplinamento para colocá-la “em seu lugar” (FERREIRA; CANUTO; NERY, 2012).

Essa questão de gênero como causa da violência é colocada diretamente pela entrevistada 6 (seis), quando em determinado momento do seu relato ela diz

que a culpa da violência não é da mulher, mas sim do homem, “porque o homem acha que pode tudo e que a mulher é um objeto dele, que tem que ter ela ali do jeito que ele quer, presa ali, fazendo só o que ele determinar naquele momento”.

Assim, a partir da análise dos depoimentos, depreende-se que cada causa representa ora os motivos desencadeadores das agressões ora coadjuvantes na retroalimentação positiva do circuito violento. E, como destacado, o álcool e as drogas parecem não ser primariamente a causa da violência de gênero, e sim as relações de gênero e a ordem patriarcal.

Muitas vezes o álcool e as drogas são utilizados como desculpa para o comportamento violento. Essas substâncias apenas agem como desinibidores ou estimulantes da violência preexistente no indivíduo, podendo precipitar os atos de agressão, embora as mulheres do estudo e a sociedade não vejam a situação sob essa perspectiva.

Dessa maneira, o álcool e outras drogas e o ciúme parecem atuar como desencadeadores dos atos de agressão, mas não como causas, tendo em vista que os verdadeiros precedentes da violência contra a mulher são os papéis sociais impostos a homens e mulheres, marcados pela desigualdade de poder. E essa questão de gênero, reforçada pela cultura patriarcal, estabelece relações de violência entre os sexos.

4.2.3 Permanência e/ou rompimento da relação com o agressor

Nesta categoria temática, é possível identificar que as mulheres, normalmente, vivem em relações violentas por longo período até superar a barreira da ocultação, deixar de aceitar a violência sofrida e denunciar o agressor. Os motivos apontados como causa da permanência na relação conjugal conflituosa são a dependência econômica e afetiva.

Durante esse período de relacionamento, quando ocorreu a separação conjugal ou denúncia do parceiro junto às delegacias, essa queixa foi retirada e a relação reatada, voltando a conviver com o agressor, no denominado ciclo da violência. Essa relação com o agressor foi rompida, de fato, com prosseguimento na denúncia junto aos órgãos competentes, quando foram perpetrados contra a mulher

atos de violência mais graves que os habituais, especialmente os que colocaram sua vida em risco, ou quando a violência passou a ser cometida contra os filhos.

Esse ciclo da violência fica evidente quando as mulheres rompem o relacionamento após a agressão, mas retomam com promessas de mudança do parceiro, o que também demonstra dependência emocional. Quando o ato de violência foi registrado na delegacia, posteriormente a mulher retirou a queixa, reatou com o agressor e voltou a sofrer novas agressões, em um ciclo de violência:

Aí eu registrei, mas só que assim, dessa vez eu desisti, aí depois eu reconciliei com ele, aí ele começou de novo, aí eu tomei a brigar, aí não teve desculpa, desisti. (E1)

Aí ele foi embora para Argentina de lá ficou ligando, ligando, mentindo, dizendo que as coisas iam ser diferentes e eu, besta, cai na conversa dele, de novo. (E4)

As mulheres rompem o relacionamento conjugal, por vezes denunciam a violência cometida junto às delegacias especializadas, esperando que as agressões cessem, tendo em vista que não aguentam e nem toleram mais a situação. Entretanto, diante das falsas promessas de mudança do parceiro, retiram a denúncia, retomam o relacionamento e as agressões voltam a ocorrer, seguindo um padrão que tende a se repetir durante a relação conflituosa.

Tais achados também foram encontrados em estudo desenvolvido por Griebler e Borges (2012), ao verificar que, dentre as mulheres que procuravam a delegacia para registrar o boletim de ocorrência, 50% relatavam que as agressões já tinham ocorrido antes, sendo que, destas, apenas 16,3% registraram essas agressões na delegacia.

Em estudo realizado por Acosta, Gomes e Barlem (2013), no qual foram analisadas as ocorrências policiais em dois anos de funcionamento de uma delegacia especializada, destaca-se a reincidência de registros policiais pela mesma vítima, sendo que a maioria das mulheres (63%) que procuravam a delegacia para registrar a ocorrência tinha escrituração no serviço por agressões anteriores.

Com a Lei Maria da Penha, foi criado um mecanismo para tentar impedir a retirada da queixa, ao determinar que, nos crimes que exigem a representação da vítima, como ameaça, a mulher somente poderá renunciar à denúncia perante o juiz, em audiência marcada para esse fim e por solicitação da mulher (BRASIL, 2012a).

Essas relações conjugais violentas obedecem a um padrão de funcionamento do “ciclo da violência”, em um ciclo de três fases sucessivas: fase da tensão, da explosão e a fase da lua de mel. Na primeira, ocorrem provocações mútuas, ameaças, xingamentos, humilhações, até um ponto-limite que desencadeia a violência física, a segunda fase. Posteriormente, vem a fase da lua de mel com os pedidos de desculpas e as promessas do companheiro de que aquilo não se repetirá e a mulher, com esperança de mudança de atitude do cônjuge, reata o relacionamento; e, nos casos em que há queixa policial, o registro é retirado (FALCKE et al., 2009; ABDALA; SILVEIRA; MINAYO, 2011).

Por vezes, quando a mulher registra logo após o episódio agudo, o objetivo da denúncia junto à delegacia não é a prisão do acusado e nem sua punição, mas interromper momentaneamente o ciclo de violência e amedrontá-lo, ao introduzir uma autoridade externa que pode modificar a correlação de forças. Devido a isso, retira a queixa contra o companheiro, o que evidencia o padrão do relacionamento conjugal (FALCKE et al., 2009).

As mulheres permaneceram nessa relação conjugal violenta por anos. As causas para esse silêncio e passividade frente às situações de violência, bem como permanência junto aos agressores, são principalmente a dependência emocional e econômica em relação ao parceiro:

Dez anos eu sofri com tudo isso porque eu queria ver se tinha um jeito de reconstituir meu casamento para que não viesse terminar. (E5)

Eu tenho medo pela violência que foi 15 anos, não é 15 dias para você viver aquela violência direto, constante ali dentro de casa, semana, mês, sem ter dia, sem ter hora para você dormir, para você comer [...] Só que ele achava assim, não ela não vai sair, porque ela não tem trabalho, a casa que eu tinha é onde ele está lá. Ele achava que eu ia ter que ficar então. Aí ele ela não tem para onde pedir ajuda, num tem para onde correr, então ela vai ter que ficar aqui de qualquer jeito [...] Quando a gente tem pai, tem mãe, tem para onde você correr, tem um lugar para você se acolher com seus filhos é bom, quando você não tem, muitas vezes a gente se obriga a ficar naquele lugar sofrendo porque não tem para onde ir, que era o meu caso. Ir para onde? Assim, porque muita gente fala “ela aguenta isso porque ela quer”. Às vezes não é porque a gente quer. A gente está ali naquele momento por depender daquilo ali, não é porque a gente quer. (E6)

Diante dos relatos, percebe-se que a violência perdurou por anos no cotidiano das depoentes de maneira constante e incisiva. Por dependência afetiva, acreditando na possibilidade de reconstrução do casamento, e pela dependência financeira, visualizando-se sem condições de sustentar a si e aos filhos sem o suporte do companheiro, visto que não trabalhavam e não tinham para onde ir, permaneciam na relação com o agressor.

Dados da Central de Atendimento Ligue 180 corroboram com o encontrado nesta pesquisa no que tange à longa permanência na relação com o agressor e à elevada frequência dos atos de violência. Das mulheres vitimadas que ligaram para o serviço, 37,33% mantiveram uma relação com o agressor por 10 anos ou mais, 18,44% entre cinco e 10 anos, e 20,89% por menos de cinco anos. Quanto à frequência da violência, 42,93% afirmam sofrer diariamente, 34,05% semanalmente, 9,69% mensalmente e 5,55% uma vez, mostrando que na maioria dos casos a ocorrência é alta (BRASIL, 2015b).

Em trabalho desenvolvido por Acosta, Gomes e Barlem (2013), 80% das mulheres sofriam com a violência por um longo período até terem coragem para denunciar o agressor. Atrelado a isso, estavam fatores como a dependência financeira e emocional em relação ao cônjuge.

Diante da dependência emocional em relação ao companheiro, as mulheres acreditavam que estes poderiam mudar de comportamento e reatavam o relacionamento. O sentimento de afetividade que sentem em relação ao companheiro impede as mulheres de dar prosseguimento à denúncia (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

A mulher não gosta de ser violentada, porém, estima o parceiro. Por conta disso, acaba permanecendo na relação, entre idas e vindas, passagens por delegacias especializadas, sujeitando-se aos atos de violência e acreditando nas promessas de mudança de comportamento do agressor, seguindo o padrão do ciclo de violência.

No que diz respeito à dependência financeira feminina, de acordo com o estudo realizado por Gomes et al. (2012c), este é um dos motivos colocados pelas mulheres como causa para não deixarem seus companheiros, principalmente quando têm filhos, pois a mulher fica impossibilitada de sustentar a família sem remuneração própria.

Conforme o quadro apresentado, as entrevistadas 5 (cinco) e 6 (seis) tinham poucos anos de escolaridade, até o ensino fundamental incompleto. Este é um fator associado à vivência e naturalização da violência, tendo em vista que mulheres com melhores níveis educacionais apresentam mais recursos e maior autonomia, com mais habilidades para reconhecer e romper com relacionamentos abusivos, tornando-o elemento de proteção contra a violência (LAMOGLIA; MINAYO, 2009; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011; GOMES et al., 2012c).

O baixo grau de instrução limita as possibilidades de escolha profissional, fazendo com que optem por profissões pouco valorizadas socialmente e de baixa remuneração. Outras vezes, limitam-se ao trabalho doméstico, tornando-se mais dependentes, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade e desamparo (SANTOS; OJEDA; MORÉ, 2011)

A partir do momento em que os atos de violência se agravam, especialmente quando representam risco à vida, ou quando atingem diretamente os filhos, os quais se somam como vítimas, a mulher decide pela denúncia e rompimento da relação conjugal violenta:

Mas aí chega um tempo que não deu mais, ele já partiu para violência, quando ele partiu para me agredir, aí não dava mais. Enquanto ele estava só falando era uma coisa, quando ele partiu para cima de mim aí é diferente. (E4)

[...] chegou um ponto que eu tomei uma decisão que eu não aguentava mais, porque as agressões não era mais só comigo... ele também começou a querer agredir a minha filha. Então foi um ponto que eu tive que colocar um ponto final na história, que não dava, e foi muito assim, não deu e eu cheguei ao ponto de chegar a esse local aqui [*defensoria*] [...] E aí ele ficava muito agredindo ela com palavras. Chegou a um ponto dele dizer que ia matar eu e ela [...]. (E5)

Aí ele tentou matar os dois meninos [*filhos*], aí foi aonde eu tive que sair, que eu não ia esperar para ver o pior acontecer. (E6)

Enquanto a violência perpetrada era apenas a psicológica, com palavras, a mulher recuava da denúncia e continuava a suportá-la. A partir do momento em que os atos de violência se tornaram mais incisivos e o companheiro partiu para o tipo físico, a entrevistada rompeu a relação.

A exposição direta dos filhos à violência foi outro fator importante que contribuiu para o rompimento da relação, visto que, quando os atos de agressão se

estenderam aos filhos, as mulheres na condição de mães romperam a relação com o companheiro e, por vezes, prosseguiram com o processo na intenção de protegê-los. A violência perpetrada contra os filhos era grave, desde ameaças, agressões físicas, abuso sexual à tentativa de homicídio.

O registro da ocorrência dos casos de violência na delegacia pela mulher ocorre impulsionado pela gravidade da lesão sofrida, se o ato violento ocorreu em espaço público ou privado, por incentivo dos familiares, e pela exposição de risco dos filhos à violência sofrida (GRIEBLER; BORGES, 2012).

Dessa forma, quase sempre os filhos se tornam vítimas da violência de gênero, mesmo que indiretamente. Isso mostra que a violência cometida contra a mulher não se limita a esta e seu agressor, envolvendo todo o núcleo familiar, em que os filhos se destacam. Segundo Vieira et al. (2011), esse ato da mulher de denunciar a violência perpetrada pelo parceiro íntimo revela a necessidade de proteger e criar os filhos livres da violência por eles assistida e, por vezes, vivenciada.

Diante dos aspectos apresentados nesta categoria, verifica-se que a maioria dos motivos identificados que contribuem para a permanência da mulher no relacionamento marcado pela agressão, por tempo prolongado, relacionam-se ao pouco empoderamento feminino para o enfrentamento do fenômeno. Apenas em situações extremas de agressão a mulher denuncia o agressor. Isso pode indicar uma deficiência na rede de enfrentamento em fornecer mecanismos de apoio, subsídios e instrumentos para o apoderamento da mulher.

Em um estudo realizado por Aguirre et al. (2010), mulheres vítimas de violência doméstica de uma região do Chile apontaram que as conquistas obtidas pelos serviços de atenção, frequentemente, correspondem ao campo psicológico, como fortalecimento da autoestima (35,7%) e a percepção de maior tranquilidade (19%). As necessidades não atendidas se referiam ao apoio econômico (23,8%). Ao sugerir melhorias para os programas, 40,5% das mulheres citaram a importância dos programas serem mais abrangentes, da participação de reuniões de grupos com mais frequência, ter a oportunidade de se capacitar e conseguir um emprego, ou obter ajuda social para as necessidades de habitação e de trabalho.

Essas necessidades relatadas pelas mulheres vítimas de violência chilenas parecem não diferir das brasileiras. Nesse sentido, as políticas públicas devem ser reorganizadas na perspectiva de proporcionar oportunidades para as mulheres

saírem das situações de violência, com resgate da autoestima, proporcionando emprego, qualificação profissional, escolarização e moradia, para que consigam independência financeira e tornem-se provedoras do sustento da família. Isto favorecerá o rompimento do ciclo de violência, do contrário a mulher viverá em condição de permanente desamparo.

Para isso, é necessária maior atuação da rede de apoio no combate à violência de gênero. De acordo com Vasconcelos et al. (2012), apenas a existência de rede não é suficiente para que os resultados desejados sejam obtidos e se alcancem mudanças, é necessária maior articulação e consolidação.

Deve-se atuar em políticas inclusivas para essas mulheres vitimadas e firmar parcerias com outros órgãos para auxiliar na promoção do empoderamento e conquista da autonomia. É viável pensar a possibilidade de parceria com a Comissão Estadual de Emprego do Piauí e com serviços de intermediação de mão de obra, buscando encaminhar com maior grau de prioridade essas mulheres em situação de violência para oportunidades de formação e acesso ao mercado de trabalho.

No caso das mulheres que sofrem violência e não se enquadram nos casos de abrigo ou aquelas que têm que deixar a Casa Abrigo, uma possível solução é incluí-las no Programa Minha Casa, Minha Vida, que apresenta um dispositivo que prioriza mulheres nesta situação.

Vale destacar a importância de ampliar a divulgação das redes de apoio às mulheres vítimas de violência, uma vez que são capazes de proporcionar moradia e segurança para a mulher e filhos que vivem em situação de risco à vida, ainda que temporariamente, como no caso das Casas Abrigo.

4.2.4 Interfaces da violência de gênero com a saúde

Nesta categoria, “Interfaces da violência de gênero com a saúde”, identifica-se uma série de consequências da violência de gênero que repercutem negativamente no âmbito da saúde das mulheres agredidas e dos seus filhos, principalmente psicológicas, mostrando a íntima relação entre violência e saúde.

A violência de gênero é danosa à saúde da mulher que a vivencia, representando um grave problema evidenciado pelos sinais e sintomas apresentados:

Eu estava tão magra, tão magra que as minhas roupas estavam tudo caindo, só de preocupação, sem dormir, eu ainda não estou dormindo direito... eu deito, mas num consigo dormir. Às vezes eu durmo, aí quando eu acordo assim de madrugada o sono vai embora e eu fico só pensando nos problemas, pensando nas coisas. (E4)

[...] Que ele não ta querendo nem comprar o de comer para dentro de casa, eu só tenho é dívida e receita e doença, tomo remédio controlado para dormir, tem dia que eu tomo dois remédio controlado pra dormir e ele num ta nem aí, eu estou cheia de problema [...] eu fiz histerectomia está com três meses, nunca tive um dia de resguardo [*chorando*]. (E7)

[...] Eu estava doente já dos meus nervos. Tomo remédio tarja preta. Aí eu estava com Síndrome do Pânico depois, tive depressão pós-parto [...] aí eu vivo me tratando até agora, depressão e pânico [...] Quero criar meu filho, ver ele crescer, que quando eu tive a doença eu pensava que ia morrer a qualquer momento e não ia criar ele [*chorando*]. [...] Tudo isso por conta dessas coisas que foi juntando, juntando, juntando, aí não deu mais. [...] Aí durante esse tempo todo eu não tive felicidade de jeito nenhum. (E8)

A partir dos discursos, empreende-se que a violência contra a mulher atrela-se a inúmeras repercussões negativas à saúde, especialmente de ordem psíquica e física, como depressão, problemas nervosos, síndrome do pânico, insônia, emagrecimento, hipertensão e outros danos relatados. Disto, infere-se o quanto as situações de violência, em suas diversas manifestações, acarretam perda na saúde.

Este resultado é corroborado pelos achados de estudos em que as principais alterações físicas encontradas foram o aumento da pressão arterial, dores no corpo, principalmente de cabeça, e dificuldades para dormir. As repercussões psicológicas foram os sentimentos de tristeza, ansiedade, estresse, agressividade, insegurança, baixa autoestima, medo, isolamento social, culpa, nervosismo e esquecimentos. Além disso, sintomas depressivos, psicossomáticos e Transtorno de Estresse Pós-Traumático foram observados no que se refere às consequências psicopatológicas da violência contra a mulher (AGUERRE et al., 2010; GRIEBLER; BORGES, 2013; CANUTO et al., 2014).

Esse intenso sofrimento psíquico foi observado durante as entrevistas, com relatos emocionados e acompanhados de lágrimas ao lembrar a história vivida marcada pela violência. A ausência de marcas físicas visíveis não implica a inexistência de sofrimento (marca invisível). As sequelas da violência psicológica

são profundas, com impressões deixadas na alma, que podem ser captadas apenas por um olhar sensível, atento, humano e não apenas clínico.

Em virtude desse padrão de relacionamento familiar marcado pela violência, esta não se limita à mulher/mãe, e os filhos tornam-se vítimas de formas variadas (física, psicológica e sexual) e sofrem graves consequências:

Ela era uma pessoa alegre, e ela se tornou uma pessoa triste, ela quase não fala com ninguém [*mulher chorando copiosamente*] E ela ficou... não sei... eu me sinto culpada por tudo isso. E hoje ela se tornou uma pessoa nervosa, ela tem medo de tudo, ela tem medo até de se apegar com as pessoas [...] (E5)

A menina tem um pânico tão grande dele que ave Maria, se ela vê assim uma pessoa parecida com ele ali ela já tá passando mal [...] Que ele tem um ódio tão grande da menina, que eu não sei entender por que. Ele não diz. Aí depois disso ele só chamava ela de mulher, “Ah, aquela mulher”, e eu sem entender quem era, “que mulher rapaz, tu só tem eu”. “Aquela mulher que dorme bem ali”. Eu disse isso é jeito de tu te referir a tua filha, “mas você sabe que eu não gosto dela, eu num gosto dela, eu tenho raiva dela”. Ele dizendo era na cara dela mesmo. Aí eu “porque?”. E ele “é problema meu, eu num vou dizer para você e nem para ninguém” [...] porque eu mesma me sinto culpada, não vou dizer que não me sinto assim, porque eu me sinto. A minha filha é muito nervosa, é muito agitada, tem hora que ela é muito agressiva, tem hora que do nada ela explode e ela não era desse jeito. (E6)

Nos recortes dos depoimentos supracitados, averiguam-se os filhos como vítimas diretas de ameaças, tentativas de homicídio, violência verbal, física ou mesmo sexual deferidas pelo pai/padrasto, que resultaram em consequências psicológicas e comportamentais. Isso pode ser verificado quando as mães relatam detalhadamente a violência perpetrada pelos agressores e as reações dos seus filhos de medo de serem novamente agredidos ou, inclusive, mortos em função do espancamento e das ameaças. As duas depoentes ainda afirmam se sentirem culpadas pela situação.

A violência repercutiu na saúde psíquica dos filhos, fato evidenciado pela mudança de comportamento. Eram pessoas alegres que se tornaram tristes, nervosas, com medo, dificuldade de relacionamento e agressivas. Segundo Silva, Falbo Neto e Cabral Filho (2009), os resultados da violência estendem-se aos filhos em situação de risco, aumentando a probabilidade de sofrer depressão, ansiedade, transtornos de conduta e atrasos no desenvolvimento cognitivo.

A convivência numa relação com pais violentos tem consequências físicas e psicológicas para os filhos igualmente à própria vítima, comprometendo o perfil social. A principal reação dos filhos é o medo de serem novamente agredidos ou assassinados, conseqüentemente evitam sair de casa, ir para a escola e aumenta a necessidade da presença da mãe para sentirem-se seguros (SANTOS; OJEDA; MORÉ, 2011).

Um cenário conturbado, como o evidenciado nos relatos, deixa perceptível a desestruturação familiar, o que trouxe consequências sobre os filhos que se tornaram vítimas da violência, inclusive com risco de se tornarem agressores ou vítimas em relacionamentos conjugais futuros.

Ainda é possível identificar um sentimento de culpa no relato das depoentes 5 (cinco) e 6 (seis) diante da situação de violência vivenciada pelos filhos. O sentimento de responsabilidade intensificava o sofrimento ao presenciar tais situações, percebido nos depoimentos emotivos e com choro intenso. De acordo com Griebler e Borges (2012), a presença de um clima de ameaças constantes e de medo na vida da mulher e de seus filhos está associada à impotência, paralisia, submissão e sentimento de culpa.

De acordo com Palhoni (2011), alterações na saúde ou em elementos que modifiquem a percepção subjetiva da saúde podem reduzir a capacidade do indivíduo em usufruir dos meios necessários a uma vida com qualidade. Ademais, por conta dessas repercussões na saúde, as mulheres vitimadas procuram com maior frequência os serviços de saúde.

Nesse cenário, o profissional que atua nos serviços deve estar preparado e ter sensibilidade para na sua rotina assistencial identificar os casos de violência de gênero e prestar atendimento integral, com qualidade, centrado no cuidado acolhedor, holístico e humanizado, e oportunizando uma escuta ativa e atenta, sem julgamentos e preconceitos. Para tanto, é necessário investir na educação permanente desses profissionais (SANTOS et al., 2014).

A educação permanente deve ser realizada visando promover a sensibilização ao possibilitar uma reflexão coletiva, fortalecer as relações interpessoais e estimular as ações conjuntas com o intuito de preparar e dar segurança para uma assistência diferenciada, que não se detenha aos aspectos físicos da mulher e inclua a dimensão subjetiva no cuidado.

Essa é uma necessidade atual no cuidado de enfermagem, tendo em vista que a enfermeira, enquanto profissional inserida nos serviços de assistência à saúde, deve permitir o estabelecimento de uma relação efetiva com as usuárias ao implementar procedimentos terapêuticos que priorizem os aspectos psicológicos, o acolhimento e a assistência humanizada.

4.2.5 Expectativas da mulher vítima de violência de gênero

Nesta categoria, é evidenciado que, apesar das situações de sofrimento que essas mulheres passaram e ainda passavam, não deixavam de planejar o futuro, de acreditar na vida e ter esperança de uma vida melhor que o passado e o presente vividos. As mulheres, em quase sua totalidade, expressaram expectativas futuras:

Eu, daqui para frente quero trabalhar, eu não quero mais me casar, é o que eu penso no momento, eu não quero mais me envolver com ninguém, porque eu já sofri muito. Eu quero, como é que se diz... eu quero aproveitar o momento que eu não tive com os meus filhos, que eles passaram também muita coisa junto comigo, quero aproveitar daquilo que eu não tive, que eu perdi muito tempo de dar para eles, ficar perto deles, cuidar deles, ajudar eles ter um futuro melhor, e ficar também de olho neles para que eu possa ajudar para que não venha a acontecer a mesma coisa que aconteceu comigo com eles. E minha vida vai continuar e acho que vai ser melhor. (E5)

Só que agora está numa parte difícil. Está fácil e está difícil, porque a gente começar tudo de novo, lá de baixo, sem nada, é muito difícil, na idade que eu estou é meio complicado, mas eu tenho fé que eu chego lá, porque se eu ficasse com ele, provavelmente eu também não ia ter nada, ia ficar sempre lá em baixo, porque tudo ele destruía dentro de casa, tudo, tudo, tudo. Então se eu ficasse com ele não ia ter nada, só sofrimento, correr risco de morrer, ver meus filhos morrer, ele fazer alguma coisa grave com os meninos, eu ia ficar na culpa [...] Minha expectativa é arrumar um trabalho, fazer curso, é ajudar meus filhos melhorar mais ainda, porque são muito bons, não é porque são meus filhos, são tudo de bom para mim, pelo menos como filhos são bons, não me dão trabalho em escola, não são meninos de andar em rua, então o que eu pretendo é isso, dar o melhor de mim para eles, trabalhar, e estando dentro da minha casa tá tudo maravilhoso. Tenho tudo que eu preciso. E continuar crescendo, lutando, porque eu não tinha força para lutar, eu não tinha força para fazer nada. (E6)

As expectativas futuras são muito positivas, em que as mulheres esperam sair do ciclo de violência, dedicar-se aos filhos e aproveitar o momento ainda não compartilhado, ajudando-os a conseguir um futuro melhor e evitar que passem por

situações de violência de gênero nos seus relacionamentos quando adultos. Relatam a dificuldade em recomeçar uma nova vida, principalmente, em conseguir um emprego. Entretanto, apesar das dificuldades, relatam estarem em melhores condições quando comparado ao relacionamento violento, marcado pelo sofrimento e risco de morte para a mulher e filhos. Anseiam por um emprego, como uma possibilidade de melhorar de vida.

Em relação às perspectivas para o futuro, resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada por Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) com mulheres de uma delegacia especializada, em que foram encontradas perspectivas de mudar o agressor, de realização pessoal, de saírem do ciclo de violência e dedicarem-se aos filhos.

Neste estudo, destaca-se que o item “perspectivas de mudar o agressor” não foi relatado, possivelmente pelo fato das participantes do estudo serem mulheres atendidas pela Casa Abrigo e pela Defensoria Pública, que haviam passado pela fase inicial de registro da ocorrência na delegacia e estavam dando prosseguimento no processo de denúncia dos seus agressores e, conseqüentemente, não conviviam mais com os mesmos. Ao contrário, o estudo de Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) foi desenvolvido com mulheres que buscavam a Delegacia de Atendimento Especializado ainda para prestar a queixa inicial do seu agressor, na maioria das vezes, companheiro íntimo com quem ainda conviviam.

A realização pessoal no aspecto profissional, na forma de conseguir um novo emprego, apareceu de maneira praticamente unânime nos relatos. A isto se associa a possibilidade de conseguir independência financeira e melhores condições de vida para si e para os filhos. Nesse sentido, é importante que os serviços de apoio propiciem cursos de capacitação para estas mulheres e oportunizem condições de emprego para melhoria de sua situação econômica.

No que diz respeito à realização pessoal no aspecto afetivo, há uma tendência a não querer mais se relacionar com um novo companheiro, mostrando-se descrentes na possibilidade de felicidade em um novo relacionamento e por medo de sofrer violência de gênero novamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas das mulheres do estudo revelam uma vida marcada pela violência de gênero desde a infância, ao sofrer agressões diretas de familiares, ou indiretamente ao presenciarem os atos de violência perpetrados contra a mãe, o que pode ter contribuído para que na vida adulta tenham se tornado vítimas de seus parceiros íntimos. Dentro do núcleo familiar, os filhos destas mulheres também sofrem com a violência, direta e indiretamente, em uma situação parecida com a das mães na infância. Assim, há uma coexistência da violência de gênero contra a mulher e as agressões contra os filhos, ao mesmo tempo em que prossegue nas gerações seguintes, em uma transmissão transgeracional da violência.

Os discursos evidenciam, ainda, um cotidiano imerso em relações conjugais conflituosas constantes, marcados pela violência psicológica, física, sexual e patrimonial que, na maioria das vezes, não ocorrerem isoladamente. As modalidades de violência física e psicológica se sobrepõem às demais, constituindo o eixo central nos conflitos. O uso de álcool/drogas e o ciúme são apontados pelas participantes do estudo como causa da violência. Entretanto, devem ser interpretados apenas como facilitadores da agressão, tendo em vista que a verdadeira causa da violência são as relações desiguais de gênero e a ordem patriarcal.

A dinâmica de interação entre o casal que alimenta e perpetua as características do vínculo violento, revela um processo cíclico, relacional e progressivo, denominado ciclo da violência. As mulheres permanecem durante anos nos relacionamentos violentos com seus agressores e, nesse período, denunciam e/ou separaram-se do companheiro. Após promessas de mudança deste, alegando que violência não se repetirá, reatam, e as agressões reincidem. Os motivos apresentados para justificar a permanência na relação são a dependência emocional e, principalmente, a econômica em relação ao agressor.

As participantes do estudo não conviviam mais com os seus agressores, algumas, inclusive, estavam em outro relacionamento. Os motivos relatados que contribuíram para o rompimento da relação e/ou denúncia foram as agressões físicas graves contra a mulher e os filhos, que se tornaram vítimas diretas da violência do pai/padrasto, mediante ameaças e tentativas de homicídio.

Identifica-se a relação entre violência e adoecimento das vítimas – mulheres e filhos – evidenciada nos relatos por sinais e sintomas de lesão física, em que duas mulheres mostraram à pesquisadora as cicatrizes de agressão por arma branca, emagrecimento intenso, hipertensão, insônia e alterações psicológicas como medo, mudanças de comportamento, depressão e síndrome do pânico. Isso mostra que as marcas da violência estão no corpo e na alma de quem as vivencia.

Apesar das dificuldades enfrentadas e vivenciadas, as perspectivas futuras das mulheres do estudo são positivas. Esperam uma vida melhor, sem violência, com conquista de um emprego, de dedicação aos filhos, de forma que anseiam a não renovação da violência física que sofreram nas relações conjugais futuras de seus filhos.

Nesse contexto evidenciado no estudo, se faz necessário um forte movimento para a quebra deste ciclo de violência, desde o fortalecimento e valorização da mulher e de seu papel social à criação de mecanismos de prevenção e proteção. Ressalta-se, nesse contexto, a existência da rede de serviços de apoio que, se melhor estruturada, articulada e capacitada, atuará no combate à violência contra a mulher e na garantia de seus direitos.

Diante da situação de fragilidade econômica e social das vítimas, a rede de enfrentamento da violência deve elaborar e promover políticas de empoderamento feminino efetivas, no sentido de proporcionar oportunidades para que a mulher melhore sua autoestima, conquiste autonomia econômica e seja capaz de prover, bem como atender à necessidades básicas e da família de moradia, alimentação e saúde.

O setor saúde, como parte integrante da rede de atendimento e por constituir uma das suas principais portas de entrada, merece atenção especial. Diante das repercussões negativas da violência na saúde das mulheres vitimadas, torna-se necessária a atenção multidisciplinar em saúde, em que a enfermeira deve estar inserida, prestando um cuidado sistematizado, humanizado, holístico e ético.

Aos profissionais que atuam nesse cenário, cabe ter habilidade para acolher, reconhecer as situações de violência e proceder adequadamente, visto que, muitas vezes, as mulheres manifestam queixas inespecíficas. Para isso, esses profissionais precisam estar capacitados e sensibilizados com a causa, destituídos de preconceitos e julgamentos preestabelecidos, como “gostam de apanhar, senão já

teria separado ou denunciado”, “deve ter aprontado alguma coisa para merecer” ou “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”.

À enfermeira cabe atender a todas as necessidades assistenciais das mulheres vitimadas, que perpassam o aspecto físico e curativo, devendo abranger toda a complexidade e amplitude do fenômeno, prestando um cuidado humanizado e integral. Ademais, deve utilizar o momento da consulta de enfermagem para investigar a ocorrência de violência, realizar notificação compulsória, prestar esclarecimentos, oferecer apoio, fazer os encaminhamentos necessários da vítima para outros serviços da rede de atenção, atuando como agentes na promoção da saúde e prevenção da violência contra mulher.

Entretanto, diante da falta de qualificação dos enfermeiros em relação ao cuidado às mulheres vítimas, que se expressa na dificuldade em identificar as situações de violência, saber como proceder ao se deparar com tal agravo e não se sentirem preparados para o cuidado, são necessárias estratégias de capacitação. São possibilidades: a inclusão da temática violência de gênero nos currículos dos cursos de graduação, investimentos em educação continuada, com realização de cursos, oficinas e treinamentos periódicos e formação de grupos/rodas de discussão.

Ao reconhecer o processo que envolve a questão da violência de gênero, são necessárias estratégias de intervenção, cuidado, prevenção e enfrentamento, efetivas e direcionadas para todo o núcleo familiar. Essas ações poderão contribuir para romper o ciclo de violência e auxiliar a mulher na recuperação de sua saúde, autoestima e qualidade de vida.

Nesse sentido, a Lei Maria da Penha propõe a realização de medidas educativas de prevenção que abordem e discutam as questões de gênero e violência contra a mulher, voltadas ao público escolar, mulheres vitimadas, homens agressores e à sociedade em geral, visando à conscientização e reformulação de conhecimento, além de propagar informações sobre esta lei e mecanismos de proteção aos direitos humanos das mulheres.

Com essas medidas educacionais, espera-se atuar de maneira efetiva na prevenção e combate à violência de gênero, para que se consiga construir relações conjugais mais simétricas e sem violência. Tendo em vista que essas relações patriarcais e de gênero são construções socioculturais que contribuem para a invisibilidade e naturalização da violência contra a mulher, e que somente a

educação é responsável pela construção de uma sociedade e consegue transformar a cultura, surge a necessidade de um processo educacional efetivo e capaz de atuar e intervir na construção e desenvolvimento de papéis sociais em que a dignidade e o respeito entre homens e mulheres sejam as diretrizes principais.

Nesse sentido, outra possibilidade de atuação da enfermeira é no papel de educadora em saúde. Considerar a história de vida e a realidade social de cada indivíduo ajuda-as a ampliar seus conhecimentos, incita a consciência crítica, que estimula a reflexão, mediante a promoção de palestras e grupos de discussão sobre a violência de gênero para propiciar conhecimento e compreensão do fenômeno.

Essas atividades educativas podem ser desenvolvidas em unidades de saúde, unidades escolares, serviços de apoio especializados, entre outros. Permitem criar um espaço de reflexão coletiva, dialógico e de confiança e podem ter como público-alvo crianças, adolescentes, adultos, mulheres vitimadas e homens agressores. Para isso, a abordagem da temática deve ser adequada a cada público.

Este estudo permitiu conhecer uma realidade a partir da compreensão das narrativas de quem a vivenciou, com um olhar sobre o seu singular e social. Espera-se que os resultados obtidos sejam somados ao campo de conhecimento existente sobre a temática, contribuindo para a elaboração de ações e medidas de prevenção e combate à violência efetivas e direcionadas à mulher e à família, com atuação de toda a rede de enfrentamento, no sentido de oportunizar o empoderamento da mulher vitimada, com resgate da autoestima e conquista da autonomia.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Cláudia; SILVEIRA, Kátia; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Aplicação da Lei Maria da Penha nas delegacias de mulheres. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**. v.4, n.4, p. 571-600, out- dez 2011.

ACOSTA, Daniele Ferreira; GOMES, Vera Lucia de Oliveira; BARLEM, Edison Luiz Devos. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.

ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; PASA, Graciela Gema; SCHEFFER, Morgana. Álcool e violência em homens e mulheres. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0102-79722009000200012&lng=en&lng=pt>. Acesso em: 28 Jan. 2015.

AGUIRRE, Pamela et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. **Revista chilena de neuro-psiquiatria**, v. 48, n. 2, p. 114-122, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272010000300004script=sci_arttext> Acesso em: 20 fev. 2015.

BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. São Paulo; Paulus, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993 Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. **Resolução COFEN-159/1993**. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html> Acesso em: 19 mar 2015.

_____. 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, 2004.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Resolução COFEN-358/2009**. Brasília, DF, 15 de ago. 2009

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfretamento à Violência contra as Mulheres**. Coleção: enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília, 2011a.

_____. **Rede de Enfretamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011b.

_____. **Lei Maria da Penha: Lei nº 11340/2006 – conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar**. Brasília; 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b

_____. Conselho Nacional de Justiça. **O poder judiciário na aplicação da Lei Maria da Penha**. Brasília, 2013a.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres - 2013-2015**. Brasília, 2013b.

_____. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago. 2013c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm> Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2015a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm> Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Balanco 2014**: Ligue 180 central de atendimento à mulher. Brasília, 2015b.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares . Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, 165-74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100014> Acesso em: 10 jan. 2015.

CANUTO, Mary Ângela de Oliveira et al. Reflections on violence against women and their interface with the quality of life. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 8, n. 6, p. 1799-1803, 2014. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6051>> Acesso em: 10 jan. 2015.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG Etienne G. Violência global: um problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup), p.1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a14v15n6>. Acesso em: 10 fev. 2015.

DE ANTONI, Clarissa; BATISTA, Fernanda Altermann. Violência familiar: análise de fatores de risco e proteção. **Diaphora**, v.14, n.2, p. 26-35, set-dez, 2014.

DEEKE, Leila Platt et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e sociedade**, v. 18, n. 2, p. 248-258, 2009.

EDGAR JÚNIOR. **Brasil expande serviço de proteção às brasileiras que vivem no exterior**. Notícias e Mídias – Rádio ONU. Nova York, 10 mar, 2015. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2015/03/brasil-expande-servico-de-protecao-as-brasileiras-que-vivem-no-exterior/#.VQLQsPnF9rz>> Acesso em: 13 mar. 2015.

FACURI, Cláudia de Oliveira et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, May. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2015.

FALCKE, Denise et al. Violência conjugal: um fenômeno interacional. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 2, p. 81-90, 2009.

FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm.** v.14, n.4, p.755-9, Out/Dez 2009. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n4/a22v14n4.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2015.

FERREIRA, Maria Tamires Alves; CANUTO, Mary Ângela de Oliveira; NERY, Inez Sampaio. Causas da violência de gênero no espaço doméstico na percepção das gestoras dos serviços de apoio. In: FERREIRA, Maria Mary (Org). **Conhecimentos feministas e relações de gênero no norte e nordeste brasileiro**. São Luís: Redor; NIEPEM, 2012.

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.2, p.307-314, 2012.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.22, p. 2567-73, dez., 2006.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. São Paulo: Ipea, 2013. Disponível em:<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf> Acesso em: 10 de fev. de 2015.

GLAT, Rosana; PLETSCH, Márcia Denise. O método de história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. **Revista “Educação Especial”** v. 22, n. 34, p. 139-154, maio/ago. 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/268-921-1-PB.pdf. Acesso em: 20 jan 2015.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidar à mulher em situação de violência conjugal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 593-603, set./dez. 2012a.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfretamento da violência contra a mulher. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.173-8, abr/jun. 2012b.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 109-16, 2012c.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vitima de violência conjugal. **Esc Anna Nery [on line]**, v. 17, n. 4, p. 683-9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0683.pdf>> Acesso em: 12 jan. 2015.

GOMES, Nardilene Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzin. 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**. v. 22. n. 1., jan.-fev., 2014.

GRIEBLER, Charlize Naiana; BORGES, Jeane Lessinger. Violência Contra a Mulher: Perfil dos Envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 2, pp. 215-225, abr./jun. 2013.

ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.2, p. 328-34, 2010.

KIND, Luciana et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p.1805-1815, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2015.

LAMOGLIA, Cláudia Valéria Abdala; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.14, n.2, p.595-604, Mar./Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000200028>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Julia Marques; GASPARG, Maria Filomena Mendes. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, Jun. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mar. 2015.

LETTIERE, Angelita; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfretamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.6 [08telas], nov-dez 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_20.pdf> Acesso em: 10 jan, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed.: HUCITEC, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup), p.1259-67, 2007.

MORAES, Samara Dourado dos Santos; NERY, Inez Sampaio. Vivência da utilização do método história de vida em pacientes com câncer de mama. **Revista Nursing**, v. 15, n. 170, p. 362-365, 2012.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Sousa; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 155, 2010.

MOREIRA, Maria Ignez Costa; SOUSA, Sônia Margarida Gomes. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **Rev. O social em questão**, Ano XV, n. 28, 2012.

MOREIRA, Virginia; BORIS, Georges Daniel Janja Boris; VENÂNCIO, Nadja. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000200021&script=sci_arttext> Acesso em: 10 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genebra (SW): OMS, 2013.

PALHONI, Amanda Rodrigues Garcia. **Representações de mulheres sobre violência contra a mulher e qualidade de vida**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8RJF5Y/amanda_rodrigues_garcia_palhoni.pdf;jsessionid=5D4715018CF415555DAF5E1203516B4E?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2015.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; DIAS, Alessandra Silva; MORAES, Claudia Leite. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 595-603, 2006.

REICHENHEIM, Michael Eduardo et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, v. 377, p.1962–75, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60053-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60053-6/abstract)>. Acesso em: 17 maio 2014.

REIS, Adrian Teixeira et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 617-22, out./dez. 2012.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos pagu**. n.16, p.115-36, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Ana Cláudia Wendt dos; OJEDA, Carmen Leontina; MORÉ, Ocampo. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. **Psicologia ciência e profissão**, v. 31, n. 2, p. 220-235, 2011.

SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SANTOS, Rosângela da Silva. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf>> Acesso em: 02 dez, 2014.

SANTOS, Lara Costa et al. A Violência Doméstica contra Mulher por Companheiro e a Lei Maria da Penha. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT**, v. 2, n. 1, p. 79-86, 2014.

SANTOS, Cecília MacDowell; IZUMINO, Wânia Pasinato. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe**, v. 16, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2014.

SCOTT, Joan. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. Porto Alegre-RS: Editora UFRGS, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SILVA, Aline Pacheco et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método história de vida. **Mosaico: estudos em psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 25-35, 2007. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/conte_me_sua_historia_reflexoes_sobre_o_metodo_de_historia_de_vida.pdf>. Acesso em: 01 de nov de 2013.

SILVA, Maria Arleide da; FALBO NETO, Gilliatt Hanois; CABRAL FILHO, José Eulálio. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 121-127, 2009.

SILVEIRA, Lenira Politano. Serviços de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência. In: DINIZ, Simone Grilo; SILVEIRA, Lenira Politano, MIRIM, Liz Andreia. (Orgs). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista de Saúde, p. 45-77, 2006. Disponível em: <http://www.mpdf.gov.br/pdf/unidades/nucleos/pro_mulher/lenira.pdf> Acesso em: 01 out de 2014.

SOUZA, Daliane Fontenele et al. O perfil dos(as) agressores(as) e das vítimas de violência doméstica e familiar contra a mulher em Teresina-PI. **Anais Completos do Seminário Internacional Desfazendo Gênero: subjetividade, cidadania e transfeminismo**. Natal-RN: Tirésias/UFRN, 2013, p. 21-36.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora). **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.2, p. 119-26, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080_62342003000200014&script=sci_arttext> Acesso em: 12 dez, 2014.

VALE, Eucléia Gomes; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. bras. enferm. [online]**. v. 64, n.1, pp. 106-113, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>> Acesso em: 16 mar. 2015.

VASCONCELOS, Tatiana Bandeira et al. Violência de gênero na percepção das gestoras dos serviços de apoio. **Rev enferm UFPE on line**. v.6, n.10, p. 2356-63, out. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/3151/pdf_1494> Acesso em: 02 de jan. de 2014.

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. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 730-7, 2011.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Esc Anna Nery.(online)**, v. 15, n. 4, p. 678-85, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a04v15n4.pdf>> Acesso em: 22 fev 2015

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012** – Atualização: Homicídios em mulheres no Brasil. FLACSO (BR), 2012. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf> Acesso em: 02 jan. 2015.

ZANCAN, Natália; WASSERMANN, Virginia; LIMA, Gabriela Quadros de. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 17, n. 1, jul. 2013 . Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 fev. 2015.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO E
DOUTORADO ACADEMICO**

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

4 Caracterização sociodemográfica

Idade: _____ Situação conjugal/estado civil: _____

Escolaridade: _____ Ocupação/Profissão: _____

Procedência: _____ Renda familiar: _____

Religião: _____ Filhos: _____

5 Questão norteadora da entrevista

Fale-me livremente a respeito de sua vida que tenha relação com a violência contra a mulher.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
ACADÊMICO E DOUTORADO**

APÊNCICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Pesquisador responsável: Inez Sampaio Nery

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – Departamento de Enfermagem

Pesquisadores participantes: Maria Tamires Alves Ferreira

Telefones para contato: (86) 9416-2676/ (86) 3215-5862

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

◆ O presente estudo se configura como uma pesquisa qualitativa com a abordagem descritiva a ser realizado por meio de entrevistas com mulheres vítimas de violência de gênero que são/foram atendidas na Casa Abrigo e no Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Piauí. A produção dos dados se dará no período de outubro e novembro de 2014, após a aprovação por este comitê de ética e autorização das instituições onde tais mulheres são atendidas. Nesta pesquisa, objetiva-se: descrever a vivência das mulheres em situações de violência de gênero; Identificar a expectativas e necessidades das mulheres vítimas de violência de gênero; discutir a vivência das mulheres vitimas de violência de gênero e trazer subsídios para o cuidar em enfermagem. O instrumento utilizado será um roteiro semi-estruturado contendo dados gerais e uma questão aberta. A técnica de abordagem utilizada será a entrevista. Dessa forma, você será entrevistado e poderá narrar livremente a respeito de sua vida que tenha relação com a violência de gênero. A entrevista será gravada em áudio e o que você disser será registrado. Os dados coletados serão transcritos pelas pesquisadoras e, posteriormente, realizar-se-á a análise do conteúdo desses discursos.

◆ Os riscos para os participantes do estudo serão mínimos, mas, entende-se que, no momento em que se entra em contato com os participantes, eles poderão ficar constrangidos com os questionamentos que serão feitos, além de poderem ficar temerosos de que as informações fornecidas se tornem de conhecimento público. Tal risco é minimizado pelo compromisso ético das pesquisadoras em garantir a confidencialidade dos dados que poderia, de certa forma, identificar os sujeitos,

tornando público apenas aqueles que contemplem os objetivos da pesquisa com o poder de contribuir para a discussão e aprofundamento da temática abordada.

♦ **Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações você poderá entrar em contato com Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí com Maria Tamires Alves Ferreira e/ou Prof. Dra. Inez Sampaio Nery, as quais poderão ser encontradas no seguinte endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela – Bairro Ininga, Bloco 12, telefones pra contato: (86) 3215-5862; (86) 9416-2676. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa – Bairro Ininga - CEP: 64.049-550 - Teresina (PI) - tel.: (86) 3237-2332 - email: cep.ufpi@ufpi.br. O participante terá o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO

Eu,

RG:

\CPF:

abaixo assinado, tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero”. Discuti com a Dra. Inez Sampaio Nery (orientadora) e Maria Tamires Alves Ferreira sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa Instituição ou Serviço.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, de _____ de 20 .

Assinatura do pesquisador responsável



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
ACADÊMICO E DOUTORADO**

APÊNCICE C – Ofício Circular para Defensoria Pública do Estado do Piauí

Ofício Nº. – PPGENF Teresina, ___de _____de 2014.

Ilma. Sr^a. Norma Brandão de Lavenére M. Dantas,

Apraz-nos apresentar a mestranda Maria Tamires Alves Ferreira do programa Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, que está desenvolvendo o projeto intitulado “**Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero**” (anexo), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Inez Sampaio Nery. A referida pesquisa será realizada por meio de entrevistas com as mulheres atendidas na Casa Abrigo e no Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Piauí.

Para que a mestranda possa desenvolver o referido Projeto de Pesquisa, solicitamos de V.Sa. autorização para que a coleta dados seja realizada com mulheres vítimas de violência de gênero atendidas na instituição.

Destacamos que a autorização, conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí deverá ser redigida em papel timbrado da Instituição e conter obrigatoriamente o carimbo e a assinatura do responsável pela Instituição, devendo ainda constar o título do projeto, o nome do pesquisador responsável, sujeitos da pesquisa e os objetivos.

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Inez Sampaio Nery

Orientadora



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
ACADÊMICO E DOUTORADO**

APÊNCICE D – Ofício Circular para Casa Abrigo

Ofício Nº. – PPGENF Teresina, __ de _____ de 2014.

Ilma. Sr^a. Dra. Ana Cleide Nascimento,

Apraz-nos apresentar a mestranda Maria Tamires Alves Ferreira do programa Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, que está desenvolvendo o projeto intitulado “**Narrativas de mulheres vítimas de violência de gênero**” (anexo), sob orientação da Prof^a. Dr^a. Inez Sampaio Nery. A referida pesquisa será realizada por meio de entrevistas com as mulheres atendidas na Casa Abrigo e no Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado do Piauí.

Para que a mestranda possa desenvolver o referido Projeto de Pesquisa, solicitamos de V.Sa. autorização para que a coleta dados seja realizada com mulheres vítimas de violência de gênero atendidas na instituição.

Destacamos que a autorização, conforme determinação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí deverá ser redigida em papel timbrado da Instituição e conter obrigatoriamente o carimbo e a assinatura do responsável pela Instituição, devendo ainda constar o título do projeto, o nome do pesquisador responsável, sujeitos da pesquisa e os objetivos.

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Inez Sampaio Nery

Orientadora

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI	
Continuação do Parecer: 852.572		
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sanadas as pendências indicadas, o projeto encontra-se apto para aprovação.		
Situação do Parecer: Aprovado		
Necessita Apreciação da CONEP: Não		
Considerações Finais a critério do CEP: Sr.(a) Pesquisador(a), em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção e sobre ocorrência de eventos adversos. Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.		
TERESINA, 30 de Outubro de 2014		
Assinado por: Adrianna de Alencar Setubal Santos (Coordenador)		
Prof.ª Adrianna de Alencar Setubal Santos Coordenadora CEP-UFPI Portaria Propeq N° 19/2014		
Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa Bairro: Ininga CEP: 64.049-550 UF: PI Município: TERESINA Telefone: (86)3237-2302 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br		
Página 01 de 01		

ANEXO B – Autorização da Defensoria Pública do Estado Do Piauí



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PIAUÍ

Rua Nogueira Tapety, 138, Bairro dos Noivos,
Teresina - PI, CEP: 64.046-020
Fones: (86) 3233-7407 / 3232-0350 / 3233-6954

www.defensoria.pi.gov.br
defensoriapublica@defensoria.pi.gov.br

OF.GDPG.N.º 239/2014

Teresina (PI), 23 de abril de 2014,

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Inez Sampaio Nery
Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Senhora Professora,

Em resposta ao seu Ofício de nº 018/2014 - PPGENF, informamos-lhe que foi autorizada a pesquisa em questão, na forma determinada pelo despacho do diretor dos Núcleos Especializado da Defensoria Pública, em anexo, devendo a aluna mestrande comparecer ao Núcleo da Mulher em Situação de Violência, para acertar a forma da pesquisa, que será supervisionado pela Assistente Social do Núcleo, Sra. Mauricema Holanda Nunes, assim como os dias e horários em que serão desenvolvidas as atividades.

No ensejo, apresento-lhe votos de consideração e apreço.

Atenciosamente,


Norma Brandão de Lavenère M. Dantas
 Defensora Pública-Geral

ANEXO C – Autorização da Casa Abrigo



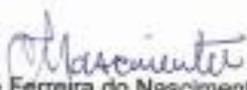
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA
UNIDADE CASA ABRIGO "MULHER VIVA"

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Ana Cleide Ferreira do Nascimento, Coordenadora da Casa Abrigo "Mulher Viva" autorizo a mestrande *Maria Tamires Alves Ferreira* e pesquisadora responsável *Dra. Inez Sampaio Nery*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí(UFPI) a realizar produção de dados, referentes à pesquisa "Narrativas de Mulheres Vítimas de Violência de Gênero", em nossas dependências.

A referida pesquisa será realizada por meio de entrevista usando o Método Narrativas de Vida com as mulheres vítimas de violência de gênero atendidas na Casa Abrigo "Mulher Viva" em Teresina sob orientação da Profª. Dra. Inez Sampaio Nery, com os objetivos de descrever a vivência das mulheres em situação de violência de gênero, identificar as expectativas e necessidades das mulheres e discutir a vivência das mulheres vítimas de violência de gênero bem como trazer subsídio para o cuidar em enfermagem.

Teresina, 30 de abril de 2014


Ana Cleide Ferreira do Nascimento
Coordenadora da Casa Abrigo "Mulher Viva"

Ana Cleide Ferreira do Nascimento
Assistente Social
CRP 58 2002 - 229 (Região)

