



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR UM GRUPO  
DE MULHERES APÓS A DENÚNCIA**

**ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE**

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR UM GRUPO  
DE MULHERES APÓS A DENÚNCIA**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2007**

Esta dissertação integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – **NEPAV**, e conta com o apoio financeiro e da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **FUNCAP** e material do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico – **CNPq**, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico, Processo n. 50.4458/2004-3.

**ERIZA DE OLIVEIRA PARENTE**

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR UM GRUPO DE  
MULHERES APÓS A DENÚNCIA

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

**Grupo de Pesquisa:** Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

**Linha de Pesquisa:** Análise da Situação de Saúde

**Núcleo Temático:** Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência (NEPAV)

Aprovada em: \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliany Nazaré Oliveira – UVA - SMS  
Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Escolástica Rejane Ferreira Moreira– UFC  
Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alix Leite de Araújo - UNIFOR  
Suplente

Dedico este trabalho a minha família e a todas as mulheres que caminharam comigo durante este estudo e em algum momento de seu cotidiano, são vítimas da violência.

## **AGRADECIMENTOS**

Chegou a hora de agradecer àquelas pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Pessoas que me incentivaram de diferentes maneiras. A todos vocês o meu sincero “MUITO OBRIGADO”.

Sou grata a Deus por tudo. A Ele a gratidão pela oportunidade de ter finalizado mais uma etapa dos meus estudos. Obrigado Jesus.

A minha família, em especial aos meus pais Fátima e Erivan, pelas palavras estimuladoras e atos de amor, essencialidade na minha formação. Impossível expressar em palavras meu amor e gratidão por vocês.

A Luiza e Luana, minhas sobrinhas queridas, o meu carinho e as minhas desculpas pelos momentos ausentes.

A orientadora, amiga e Professora Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, que além de saber conduzir as orientações desta dissertação, sempre com disponibilidade e interesse, soube me acolher em todos os momentos, muito além do seu dever. Obrigado por me apresentar a uma área antes desconhecida e hoje tão fascinante.

Ao Rógerio, meu noivo, pela compreensão em todos os momentos de ausência, nos encontros familiares, nas festas de aniversário ou nos churrasco. Você foi muito importante nessa etapa da minha vida.

A Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pela brilhante condução do Mestrado em Saúde Coletiva.

Ao grupo NEPAV, pelo aprimoramento do conhecimento.

Aos colegas da VII Turma do Mestrado em Saúde Coletiva, pelos os momentos de aprendizado e colaboração. Cada um de vocês contribuiu de uma forma especial para esse trabalho.

Um agradecimento muito especial as amigas de Mestrado, Rosana e Geisy, pelo carinho e por me permitir conviver com vocês.

A Rosana, pela inestimável ajuda na fase de coleta de dados, sem sua ajuda, dificilmente teria finalizado esta dissertação no período previsto.

A Geisy, pela valiosa colaboração com seus ensinamentos e domínio da informática.

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pelos conhecimentos passados e dedicação na sua tarefa de formar mestres.

Aos amigos Abreu, Cleide e Marciliano. Agradeço por tornar as burocracias do Mestrado mais fáceis. Obrigada pela ajuda e acolhimento em todos os momentos.

A Fundação Cearense de Apoio de Desenvolvimento Científico e Tecnológico FUNCAP, pelo auxílio financeiro, na realização dessa pesquisa.

A todos os funcionários do CERAM, particularmente a psicóloga Luci Fátima, pela amizade e apoio durante a realização deste trabalho.

As professoras Eliany Oliveira e Alix Araújo, por participarem da minha banca de qualificação, contribuindo com sugestões e comentários valiosos.

Às professoras Eliany Oliveira, Escolástica Ferreira e Alix Araújo, que prontamente aceitaram ao convite em participar da banca de defesa da minha dissertação.

A todos que trabalham na Clínica Reabiliter, pela compreensão e apoio sempre presente.

Aos amigos, colegas e parentes que de alguma forma contribuíram para a concretização deste estudo.

Finalmente agradeço muito especialmente as mulheres, que não podem ser mencionadas, mas que me confiaram suas experiências, seus problemas e suas dificuldades.



## RESUMO

Dentre as diversas modalidades de violência, a doméstica é uma realidade nos lares e independe de classe social, sexo, crenças e preceitos religiosos. A violência contra a mulher pode ser considerada a mais praticada e a menos reconhecida, sendo um problema de saúde pública tão sério quanto o suicídio ou o homicídio, acarretando sofrimento e danos físicos, além de construir uma violação de direitos. A banalização de situações violentas vivenciadas por algumas mulheres ao longo da história parece ter contribuído para a naturalização desse fenômeno, pois apesar dos discursos oficiais e das políticas públicas preconizarem a noção de que as mulheres rompem o silêncio da dominação e da submissão aos atos violentos, a realidade na consecução desse processo é contraditória. Desse modo, este estudo teve como propósitos (i) analisar as formas de enfrentamento encontradas por mulheres vítimas da violência doméstica, no decorrer da denúncia; (ii) investigar a percepção sobre a violência doméstica dessas mulheres acolhidas em uma unidade de proteção à violência, bem como (iii) as dificuldades encontradas durante a denúncia em Fortaleza, Ceará, Brasil. Com abordagem qualitativa e caracterizando-se como pesquisa participante, nove mulheres que se denominaram vítimas de violência doméstica e romperam com o silêncio, fazendo a denúncia, participaram do estudo, de agosto a outubro de 2007, no Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM). O grupo focal, anotações no diário de campo e observações foram às técnicas de coleta de dados e estes foram submetidos à análise categorial e discutidos a partir do Modelo de Crença em Saúde. Os resultados evidenciaram que as dificuldades para mudar as situações são muitas, mas também são variadas as formas como as mulheres falaram sobre os seus problemas, procuraram ajuda e por vezes conseguiram transformar a situação. O medo, a falta de apoio, a dependência financeira, a vergonha, a maternidade e a cultura emergiram como percepção da suscetibilidade e barreiras identificadas pelas mulheres; o risco de morte foi percebido como severidade; o apoio da família e de amigos, a lei, os setores de proteção e Deus foram os benefícios relatados, configurando-se como formas de enfrentamento. Para elas, a violência ultrapassou os limites da natureza física, pois envolveu sofrimento psicológico, emocional, econômico e social. Nesse sentido, a pesquisa evidenciou um quadro de mudança de comportamento muito sério, cuja situação é delicada e de solução difícil, uma vez que a área de abrangência perpassa os campos da saúde, da política e da cultura. Desse modo, essas mulheres romperam o silêncio presente nas relações violentas, procuraram estratégias capazes de minimizar seus efeitos; o suporte familiar, afetivo e legal e ações intersetoriais foram decisivas para a tomada de decisão dessas mulheres vítimas da violência doméstica no decorrer da denúncia.

**Palavras-chave:** violência contra a mulher; políticas públicas; direitos da mulher.

## ABSTRACT

Among the several violence modalities, the domestic is a reality in the homes and doesn't depend on social class, sex, faiths and religious precepts. The violence against the woman can be considered the most practice and the less recognized, is a public health's problem that can be as serious as the suicide or the homicide; it carries out suffering and physical damages, besides building a right's violation. The banality of violence's situation for women during the history appear contribute to seems almost common this phenomenon. This study had as purposes (i) to analyze the coping forms founds by women victims of the domestic violence, in elapsing of the accusation; (ii) to investigate the perception on those women's domestic violence welcomed in a unit of protection to the violence, as well as (iii) the difficulties founds during the accusation in Fortaleza, Ceará, Brazil. With qualitative approach and being characterized as participant research, nine women that were called victims of domestic violence and broken up with the silence, making the accusation, the participated in the study, from August to October of 2007, in the State Center of reference and Support to the Woman (CERAM). The focal group, annotations in the field dairy and observations went the techniques of data's collection and these were submitted to the analysis categories and discussed starting from the Health Belief Model. The results show difficulties for changing the situations and many are the coping forms found by women in picks of helping . The fear, the support lack, the financial dependence, the shame, the maternity, the culture emerged of the study as perception of the susceptibility and identified barriers; the death risk was noticed as severity; the support of the family and friends, the law, the protection sections and God were the told benefits, being configured as coping forms. For them, the violence crossed the limits of the physical nature, because it involved suffering psychological, emotional, economical and social. In the direction, the study shows one serius picture of behavior changes, whose situation is delicate and difficult solution, one time, that the coverage areas to pass through the field of health, culture and politc. This way, those women broke the present silence in the violent relationships, they sought strategies capable to minimize their effects; the support family, affectionate and legal and actions

**Keywords:** violence against woman; public policies; the women's rights.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização mundial de Saúde

SEMP – Secretaria Especial de Políticas Para Mulheres

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DEAMS – Delegacia Especial de Atendimento

IPV – Intimate Partner violence

CERAM – Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher

CNS - Conselho Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISAO DE LITERATURA.....	22
2.1 Caracterizações da violência.....	22
2.2 Entendimentos acerca da violência contra a mulher.....	23
2.3 O papel do setor saúde e os discursos oficiais.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	32
3.1 Referencial Teórico – Modelo de Crença em Saúde.....	32
3.2 Referencial Metodológico.....	33
3.2.1 Abordagem e tipo de estudo.....	33
3.2.2 Local do estudo.....	35
3.2.3 Sujeitos do estudo.....	36
3.2.4 Coleta de dados.....	38
3.2.5 Análise de dados.....	43
3.2.6 Princípios éticos.....	45
4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO.....	47
4.1 Caracterizações das mulheres.....	48
4. 2 Enfrentamento da violência por um grupo de mulheres após a denúncia.....	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6 REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES.....	83
ANEXOS.....	89

## 1 INTRODUÇÃO

A violência nos dias de hoje é uma temática amplamente difundida nos meios de comunicação, sendo um fenômeno complexo e multicausal que atinge milhares de pessoas e as afeta nas diversas dimensões - física, emocional, socioeconômica e cultural.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como violência o uso intencional da força física, poder, real ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (WHO, 2002).

Segundo Durkheim (1966), a violência é definida como um sintoma de funcionamento ineficiente das instituições sociais, nos processos de socialização e em relação às normas sociais e jurídicas vigentes em dada sociedade.

Arendt (1990), que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre a temática violência, considera que nenhum historiador ou estudioso da política deveria ser alheio ao imenso papel que a violência sempre desempenhou nos assuntos humanos, e fica surpresa com quão pouco esse fenômeno é interrogado e investigado pelos cientistas. Ainda relata em seus estudos que a violência tem caráter instrumental, ou seja, é um meio que necessita de orientação e justificação dos fins que persegue.

Por tratar-se de um assunto complexo, a compreensão da violência necessita articular conceitos na busca do seu entendimento e enfrentamento. Souza (1993) ressalta que, historicamente, a violência foi mais comumente identificada como criminalidade e, por isso, quase que objeto de reflexão exclusiva das Ciências Jurídicas. Só mais recentemente, ela passou a ser incorporada de maneira mais sistemática por outras áreas do conhecimento.

A OMS, na década de 1990, previa a complexidade do problema e o impacto da violência no setor da saúde, e projetava para o ano de 2000 estimativas de 1,6 milhão de pessoas mortas em decorrência da violência. Em 2002, lançou o relatório mundial sobre violência e saúde, reafirmando o tema como um dos grandes desafios da saúde pública mundial (WHO, 2000; WHO, 2002).

A sociedade, no âmbito mundial, mobiliza-se no enfrentamento da violência entre os cidadãos, contudo não logra dar respostas exitosas a esse desafio mundial. Dentre as diversas modalidades de violência, a doméstica é uma realidade nos lares e independe de classe social, sexo, crenças e preceitos religiosos.

Na concepção de Izumino (2003), a violência doméstica ou intrafamiliar é aquela praticada no lar ou na unidade doméstica, geralmente por um membro da família que viva com a vítima, podendo ser homem ou mulher, criança, adolescente ou adulto.

Verardo (1993) ressalta que a violência contra a mulher pode ser originada de uma relação de poder estabelecida no âmbito familiar. Na intimidade de nossas casas, haverá sempre a vontade dos mais poderosos, definindo o andamento da vida familiar. Toda família tem aqueles que produzem renda material e outros que dela usufruem.

Historicamente, os efeitos da violência doméstica se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, o que não significa, porém, que as camadas mais privilegiadas não sejam por eles afetadas (GOMES *et al.*, 2006).

Neste caso, mais do que em qualquer outro, vai-se encontrar as delimitações das esferas psicológica, física e sexual borradas, exatamente por estarem envolvidas e re-significadas pelas questões de gênero (SCHRAIBER, 2003).

Claden (2000) relata que a violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como no privado, motivada apenas pela condição de ser mulher.

Nesse sentido, a literatura refere (Americas Watch, 1993; Mesquita, 1995) que a falta de investigação, sobretudo quando as vítimas são membros das classes populares, impede a elucidação dos crimes e a captura de seus autores.

Kronbauer e Meneghel (2005) realizaram investigações em serviços de saúde e mostram prevalências anuais de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, oscilando entre 4-23% e aumentando para valores de 33-39%, quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres. Esse estudo constatou maiores prevalências entre as mulheres mais humildes, as quais

consultam os serviços de saúde três vezes mais do que as demais e que o número de consultas cresce proporcionalmente à gravidade das agressões, porém, é observado que os profissionais de saúde não identificam o fato de que essas mulheres estão em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas são quase que patognomônicas do fenômeno.

Continuando com o pensamento dos autores, esses profissionais criam barreiras para atender as mulheres em razão de fatores como falta de tempo e de recursos, medo de ofender as mulheres, falta de capacitação e frustração ao perceber a não-resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Schraiber *et al.*, (2002) assinalam que no Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a violência de gênero, enfocando, principalmente, a violência física e sexual realizada por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados também os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso.

Outro fenômeno importante que teve influência no campo da saúde foi o movimento feminista. Este tem como filosofia sensibilizar as mulheres e a sociedade sobre a violência de gênero, criar mentalidade para que a cultura patriarcal seja revista, ocasionando assim, mudanças essenciais no setor saúde, considerando que, culturalmente, a violência doméstica é banalizada.

A violência contra a mulher é referida de formas diversas desde a década de 1950. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passou a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 1980, foi denominada como violência doméstica e, na década de 1990, os estudiosos passaram a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (BRASIL, 2006).

Scott (1990) conceitua gênero em quatro dimensões: o aspecto relacional; as representações sociais do que é ser homem e ser mulher; a dimensão normativa que estabelece interpretações dos significados dos símbolos; e, por último, a identidade subjetiva.

Santos e Izumino (2006) relatam que, apesar das diferentes áreas temáticas e correntes teóricas, há um consenso de que a categoria gênero abre caminho para um novo paradigma no estudo das questões relacionadas às mulheres. A perspectiva de gênero enfatiza a diferença entre o social e o biológico.

Em outras palavras, acredita-se que gênero pode ser definido como a interação social estabelecida entre homens e mulheres, ou seja, um conjunto de relações envolvendo crenças, atitudes, valores e visões de mundo que, de forma paradoxal, favorece as disputas pelo poder.

Autores consideram gênero como categoria histórica, cuja investigação demanda muito investimento, podendo ser concebido em várias instâncias: como aparelho semiótico; símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade subjetiva; como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades; como numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas também relações homem-homem e mulher-mulher (SAFFIOT, 1992, 1997; SAFFIOT; ALMEIDA, 1995).

Nestes termos, na visão de Saffiot (1999) gênero diz respeito às relações homem-mulher. Isto não significa que uma relação de violência entre dois homens ou entre duas mulheres não possa se configurar como violência de gênero. A disputa por uma fêmea pode levar dois homens à violência ou vice-versa. Logo, como são relações regidas pela gramática sexual, estas são compreendidas pela violência de gênero.

Verardo (1993) lembra que, ao se falar de gênero, não há referências à diferença biológica, dos sexos, homem e mulher, mas da elaboração social de desigualdade, que favorece a prática da violência. Refere-se a gênero porque não se nasce mulher, torna-se mulher. Tenciona-se um mundo onde ser mulher seja compatível com a condição humana, livre de todas as formas de opressão e violência.

Continuando com a compreensão do autor sobre o tema, ele acentua que mulheres e homens vivem desigualdades sociais e históricas existentes entre eles há séculos e, para as mulheres, essas diferenças têm peso maior. Quando exercem as atividades domésticas, estas são consideradas em segundo plano, não são



contabilizadas nem na economia familiar, nem pela sociedade. Quando trabalham fora de casa, o salário permanece menor do que o dos trabalhadores do sexo masculino. Quando acumulam esta dupla jornada, pagam um preço alto por terem feito esta opção: desgaste físico-mental, desenvolvem uma auto-imagem de super-mulher, super-mãe, super-administradora do lar, super-profissional (VERARDO, 1993).

Baseando-se em uma perspectiva de gênero, a violência contra a mulher é entendida como o resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando-se visível a desigualdade que há entre eles, pois o masculino é quem determina o papel do feminino, porém esta determinação é social e não biológica (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

No Brasil, por quatro séculos, foi predominantemente agenciado o sistema patriarcal, segundo o qual o homem detinha o poder sobre os bens, a família e a mulher. Para as mulheres, era reservado o mundo privado e para os homens o público. Tal segmentação estabelece estereótipos e origina diferentes formas de desigualdade e discriminação sociedade (FUKS, 2002).

Azevedo (1986), ainda na mesma perspectiva, identifica dois grupos de fatores que poderiam explicar a violência contra a mulher. Assim, faz referência aos fatores condicionantes representados, entre outras coisas, pelas formas concretas de opressão do regime socioeconômico e político a que tanto homens como mulheres estão submetidos numa dada formação social e num certo momento da sua história, bem como a posição da mulher neste contexto. Também faz parte desses fatores a ideologia machista, que legitima as relações entre os sexos como vínculos de dominação e a própria educação diferenciada, que possibilita a reprodução da violência.

Diante do exposto, entende-se que a relação familiar dominada pela cultura machista e pelo patriarcado atravessou a história, mas permanece ainda na atualidade, deixando assim suas marcas. Mudar essa cultura supõe uma intervenção ao longo prazo, a começar com a educação como forma de investimento social na criação de outra mentalidade, de respeito e igualdade entre os gêneros.

Adeodato *et al* (2005) assinalam que, além disso, a violência doméstica é associada à freqüente procura dos serviços médicos. Mulheres procuram atenção mé-

dica com sinais e sintomas que podem sugerir uma história de violência doméstica, incluindo depressão, ansiedade e desordem de estresse pós-traumático, aumento do uso de álcool e drogas e mudanças no sistema endócrino.

Nesse sentido, na visão de alguns autores o papel das emergências hospitalares para a prevenção de reincidências das violências domésticas é fundamental, sendo a emergência, a porta de entrada e, em muitos casos, o único contato com o sistema de saúde (DESLANDES *et al.*, 2000).

Sousa e Oliveira (2002) enfatizam a idéia de que eventos de violências levam grande parte das mulheres a procurar os serviços de saúde com queixas diversas, sem a consciência da correlação destas com a agressão e que os setores de saúde são indispensáveis, cabendo aqui destacar a detecção precoce dos casos de violência doméstica. Ainda se encontra, porém, uma resistência dos profissionais de saúde a ver a mulher como totalidade, tratando-se apenas dos males físicos decorrentes da violência, desconsiderando os efeitos psíquicos e sociais.

Dessa forma, a organização do serviço de saúde busca, simultaneamente, garantir atendimento humanizado e de qualidade às mulheres e constituir-se um espaço de aprendizagens múltiplas, fazendo diagnósticos e instituindo terapêuticas corretas, aproximando e sensibilizando os profissionais para a problemática envolvida na violência, e estimulando-os para o trabalho coletivo, com suporte no diálogo com os colegas de formações distintas da sua (MATTAR *et al.*, 2007).

Apesar dos discursos oficiais e das políticas públicas preconizarem a noção de que as mulheres rompam o silêncio da dominação e da submissão aos atos violentos, a realidade na consecução desse processo é contraditória.

A violência contra a mulher é um problema complexo, que engloba fatores sociais, econômicos e de poder da sociedade. Vale ressaltar que as políticas de saúde são essenciais para o combate à violência, mas é preciso avançar na ampliação de políticas que contribuam para a inclusão econômica das mulheres e elevação de sua auto-estima, criando condições favoráveis ao fortalecimento da sua autonomia.

Couto *et al.*, (2006) informam que, desde a década de 1980, diferentes sujeitos buscam entender os riscos de agressão para homens e mulheres, assim

como as possibilidades de recursos, igualmente diferenciados, para o enfrentamento desses riscos.

Em agosto de 2006 a lei Maria da Penha Maia foi aprovada e criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

As delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAMs) são estratégias públicas pioneiras no Brasil e na América Latina no enfrentamento à violência contra a mulher. A primeira DEAM foi implantada em 1985, em São Paulo. As delegacias se caracterizam como uma porta de entrada das mulheres na rede de serviços, cumprindo o papel de investigar, apurar e tipificar os crimes de violência contra a mulher. Vinculam-se ao sistema de segurança pública estadual, em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça (BRASIL, 2004).

No Estado do Ceará, em média, 30 mulheres procuram diariamente a Delegacia de Defesa da Mulher para fazer denúncia de maus-tratos, somente em Fortaleza. No restante do Estado, praticamente inexistem instituições que defendam os direitos das mulheres a que elas possam recorrer em caso de agressão. Os poucos municípios que contam com Delegacia de Defesa da Mulher, ou qualquer outra instituição do gênero, ainda é pouco conhecida da população, favorecendo a impunidade. A prova disso é que nos últimos 17 anos, cerca de 500 mulheres foram assassinadas por seus maridos ou companheiros (DIÁRIO DO NORDESTE, 2000).

Estima-se que mais da metade das mulheres agredidas sofram caladas e não peçam ajuda. Muitas sentem vergonha ou dependem emocional ou financeiramente do agressor; algumas acham que “foi só daquela vez” ou que, no fundo, são elas as culpadas pela violência; outras não falam nada por causa dos filhos, porque têm medo de apanhar ainda mais ou porque não querem prejudicar o agressor, que pode ser preso ou condenado socialmente. E ainda há também aquela idéia do “ruim com

ele, pior sem ele”. Muitas se sentem sozinhas, com medo e vergonha. Quando pedem ajuda, em geral, recorrem a outra mulher da família ou a alguma amiga próxima, vizinha ou colega de trabalho. Já o número de mulheres que procuram a polícia é ainda menor. Isso acontece principalmente no caso de ameaça com arma de fogo, depois de espancamento com fraturas ou cortes e ameaças aos filhos (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2005).

Lembra Coelho (2005) que a violência marca profundamente o corpo e os espaços psíquicos da mulher, tendo graves conseqüências para a saúde física (ex: lesões corporais leves e graves, transtornos gastrintestinais, fibromialgia) e psicológica (ex: depressão, ansiedade, tentativa de suicídio) da mulher, deixando marcas permanentes na alma e no corpo.

No exercício da profissão, de fisioterapeuta, intensificou-se a necessidade de se ir além do papel de profissional. Na perspectiva de que o corpo não esquece o que vivencia, o fisioterapeuta encontra-se inserido e capacitado para contribuir com o enfrentamento da violência contra a mulher, observando as manifestações de estresse, demonstração de ansiedade, frustração, depressão, tensão muscular e outros sintomas e sinais, materializados em um “corpo doído e sofrido”.

Carvalho *et al* (2003) observam que a formação do profissional em Fisioterapia confere subsídios para atuar junto à consolidação do cotidiano das pessoas, possibilitando a conquista e manutenção da cidadania pela promoção não só da saúde física, como também da saúde mental, atuando no contexto da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Embora o comportamento dessas mulheres nos dias atuais tenha mudado e hoje muitas já peçam ajuda ao poder político e às instituições de combate à violência, esta problemática ainda está longe de ser superada.

A violência de gênero no âmbito doméstico é um problema relevante no Brasil, em termos quantitativos, pois afeta um número significativo de mulheres (TUESTA, 1997). É também um fenômeno que nos alerta sobre os conflitos sociais, apontando as profundas desigualdades entre os sexos e as condições desfavoráveis em que se encontram as mulheres. Apesar da magnitude do problema, podemos observar ainda as dificuldades que as mulheres vivenciam no processo de romper as barreiras da denúncia em uma situação de violência.

Sabe-se que muito são os mecanismos existentes na sociedade que inviabilizam a saída de uma relação violenta: baixa da auto-estima, crença de que a violência é temporária, que seus maridos vão mudar, dificuldades econômicas, dúvidas se podem viver sozinhas, a crença de que o divórcio é como um estigma, o fato de que é difícil para uma mulher com filhos encontrar trabalho, vergonha de ser vista como uma mulher espancada, pena do marido ou pelo fato de amarem os seus companheiros (SOUSA; OLIVEIRA, 2002).

Diante do fato desta pesquisadora ser mulher, profissional de saúde e fisioterapeuta, a violência contra as mulheres e a aceitação dessa situação por elas provocam inquietações. Por ser tratar de um problema de saúde pública que ainda necessita de estudos e aprofundamentos, o objeto desta pesquisa certamente contribuirá para a compreensão do enfrentamento da violência pela mulher, evidenciando algumas dificuldades no ato da denúncia. Neste contexto, cabem os seguintes questionamentos: quais as formas de enfrentamento que essas mulheres utilizam para romper com essa situação? Por que as mulheres demoram a tomar alguma atitude? O que as motiva a procurar a delegacia?

Nessa perspectiva, a pesquisa poderá contribuir para a visualização do problema na área da saúde, originar mais ações de atenção à mulher vítima de violência e demonstrar a necessidade de um Estado capaz de implantar o desejo político de neutralizar a desigualdade entre homens e mulheres.

Essas iniciativas semeiam credibilidade a promoção da saúde, mas é necessário entender o conceito de saúde de forma multidimensional, o modelo assistencial participativo, executando-o mediante estratégias diversas e complementares, com abordagens facilitadoras e integradoras e apoio de todos os mecanismos e recursos promotores de saúde.

Situando a pesquisa na Saúde Coletiva, vislumbra-se a implementação de conceitos e idéias para promoção da saúde, com base na realidade construída pela violência contra a mulher, esperando-se sensibilizar os profissionais de saúde com mudanças de atitudes na qualidade de assistência dessa mulher.

Nessa perspectiva compreensiva e promotora de saúde, o presente ensaio foi delineado com os objetivos de analisar as formas de enfrentamento encontradas por mulheres vítimas da violência doméstica, no decorrer da denúncia, em Fortaleza,

Ceará, e investigar a percepção sobre a violência doméstica de mulheres acolhidas em uma unidade de proteção à violência, bem como as dificuldades encontradas durante a denúncia.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Caracterizações da violência**

Na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde caracteriza a violência como fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa. Assume-se, entretanto, a noção de que ela é representada por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais à outrem (MINAYO; SOUZA, 1999; BRASIL, 2001).

Continuando com a compressão de estudiosos sobre a temática, estes acentuam que a violência é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (MINAYO *et al.*, 2005).

É, hoje, praticamente unânime, por exemplo, a idéia de que a violência não faz parte da natureza humana e que não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência, se cruzam problemas da Política, da Economia, da Moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual (MINAYO, 1994).

Vasconcelos Filho e Sampaio (2003) expressam que, desde os primórdios das organizações sociais, ao emergir a necessidade de estruturar pactos de convivência, existe a preocupação dos seres humanos em compreender a essência dos fenômenos da agressividade e da violência, naturezas, origens, conseqüências e os meios apropriados para identificá-los, preveni-los, atenuá-los ou eliminá-los da convivência social.

Nesse mesmo sentido, Michaud (1986) reforça a idéia de que é um erro pensar que a violência pode ser concebida e apreendida independentemente de critérios e pontos de vista. Estes podem ser institucionais, jurídicos, sociais, às vezes pessoais - de acordo com a vulnerabilidade física ou a fragilidade psicológica dos indivíduos.

Na maioria das sociedades contemporâneas, o crescimento da violência é objeto de reflexão de estudiosos da área da Saúde Coletiva. As mais diversas teorias explicativas e técnicas metodológicas são utilizadas com o objetivo de esclarecer o problema em termos de sua magnitude e impacto de sua prevalência e incidência na saúde das populações (SOUZA et al, 2005).

Diante desse fato, a violência deve ser analisada em toda sua complexidade permitindo com isso melhor conhecimento da temática e maior capacitação para a formulação de políticas públicas com o objetivo de enfrentá-la.

## **2.2 Entendimentos a cerca da violência contra a mulher**

Qualquer ato de violência baseado no gênero que resulta, ou provavelmente, resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres- incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada-, pode ser considerado violência contra a mulher (PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE, 2002, p.1).

Enfim, entre todos os tipos de violência contra a mulher existentes no mundo, aquela praticada no ambiente familiar é uma das mais cruéis e perversas, causando um medo constante e tirando a segurança de estar no próprio lar.

Na visão de Saffioti (1999), não há grandes dificuldades em se compreender a violência familiar, ou seja, aquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consangüinidade e a afinidade. Compreendida na violência de gênero, a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora o que mais acontece seja o primeiro caso.

A violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, consistente num fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/ etnia, religião, idade e grau de escolaridade (CNS, 1997).

A violência contra as mulheres é um tema sempre presente na vida de cada um, fazendo parte de uma seqüência crescente de episódios, incluindo mortes por homicídios, suicídios ou a grande presença da ideação suicida, além de doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares e dores crônicas (SCHRAIBER *et al.*, 2007). Essa questão se tornou um sério problema de saúde pública e, apesar



disso, muitos não têm consciência do verdadeiro mal, de suas causas e conseqüências, inclusive a principal vítima.

A forma contemporânea de se ampliar uma discussão sobre a temática da violência contra a mulher consiste em compreendê-la como uma das formas de violência de gênero. O termo gênero tem ligação direta com o feminismo e está vinculado, conceitual e politicamente, com a luta das mulheres contra a secular opressão patriarcal que as impedem de oferecer à sociedade sua contribuição peculiar (GOMES *et al*, 2005).

Durante anos, os estudos sobre a mulher estiveram vinculados a uma óptica que não as percebia como protagonistas das situações. A mulher era vista apenas como mãe e dona de casa. Freire (2003) enfatiza que a expressão gênero se tornou relevante para se entender a interação e a cumplicidade com que se estabelecem as relações entre homens e mulheres, ambos marcados por uma cultura machista e patriarcal, ou seja, a violência de gênero ou violência contra a mulher é um acontecimento antigo, silenciado ao longo do tempo, e passou a ser desvendado há menos de 20 anos. Está presente no dia-a-dia das cidades, do País e do mundo e é o tipo mais generalizado e o menos reconhecido de abuso de direitos humanos. É um problema que atinge a saúde da mulher, lesando o seu bem-estar físico e mental.

A relação entre homens e mulheres tem raízes profundas nos vínculos de poder baseados no gênero. Isso acontece no interior da família, na comunidade, nas instituições etc. Este fenômeno aponta a desigualdade entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis nas quais se encontram as mulheres. Logo, tentou-se sintetizar, em torno do sistema patriarcal brasileiro, a problemática da condição feminina no Brasil.

De acordo com Chauí (1992), há violência quando se trata um ser humano não como sujeito, mas como “coisa” e também quando se converte diferença (homem e mulher) em desigualdade (forte e fraco, dominante e dominado etc.). A violência “perfeita” é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de forma a fazer com que a perda da autonomia não seja percebida nem reconhecida. É aquela que resulta em alienação,

identificação da vontade e da ação de alguém, com a vontade e a ação contrária que a dominam.

Isso significa que, quando uma mulher é vítima de violência e procura romper com essa situação, depara-se com a falta de autonomia, não só do ponto de vista pessoal, mas também econômico, além de se desesperar ao se perceber sozinha e com responsabilidades múltiplas no encalce da denúncia.

No Brasil, ao fim dos anos 1970 e começo dos 1980, a problemática da violência contra a mulher, trazida a público e politizada pelo movimento feminista, ganhou expressividade. Uma das conquistas dos grupos de militância dessa causa foi a criação de serviços como das delegacias especializadas no atendimento às mulheres (DEAMs), as casas de abrigo e os centros de referência multiprofissionais que focam, principalmente, a violência física e sexual cometidas por parceiros, ex-parceiros e companheiros (MUNIZ, 1996, p.133).

O entendimento da violência contra a mulher como resultado das relações de gênero, marcadas pelas desigualdades entre mulheres e homens, constituem elemento essencial e ponto de partida para a criação de estratégias de seu enfrentamento. Uma das principais conquistas das mulheres é as delegacias especializadas, pois até hoje constituem a principal política pública de combate à violência contra a mulher e contra a sua impunidade.

Na visão de Rifiotis (2004), as delegacias da mulher são órgãos especializados da polícia civil criados em meados da década de 1980 como política social de luta contra a impunidade e para dar atendimento mais adequados às mulheres vítimas de violência conjugal e crimes sexuais.

Segundo Villela e Lago (2007), a implantação das DEAMs significa o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não é uma questão a ser abordada como um problema de esfera privada ou das relações interpessoais, mas é um problema social que exige, para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito como também da saúde, pelas seqüelas que produz.

Para que se tenha um quadro mais completo sobre os limites da sua atuação, é preciso ter em conta também que o fato de, na maioria dos casos, a delegacia da mulher é procurada após uma série de agressões, que geralmente voltam a se

reproduzir, numa seqüência que parece não ter fim. Trata-se de trabalho muitas vezes considerado morto e perdido. A vítima pode ainda retirar a queixa, nos casos previstos pela lei, e transformar todo um trabalho de investigação e de tomada de depoimentos em um trabalho morto (RIFIOTIS, 2004).

Logo, a importância dos movimentos feministas, no Brasil, principalmente a das décadas de 1970 e 1980 para cá, é destacada quanto ao grau de politização e de conquistas, para a qual foi muito importante a criação das delegacias especializadas no atendimento às mulheres (DEAMs).

É preciso denunciar, mas, antes de tudo, faz-se necessário que, desde a Educação Básica, haja a preocupação com a igualdade entre os gêneros, pois não são as diferenças biológicas entre os homens e mulheres que determinam o emprego da violência, mas as atribuições sociais impostas às mulheres e aos homens, reforçados por culturas patriarcais, que estabelecem as relações de dominância e violência entre os sexos (FREIRE, 2003).

É claro que hoje em dia está ocorrendo expressiva mudança no comportamento dessas mulheres vítimas de violência e da sociedade como um todo, mas ainda se faz necessária uma educação no contexto da qual a principal diretriz seja a de respeito mútuo e que os movimentos de mulheres e as instituições governamentais desempenhem esforços com objetivo de construir relações de gênero mais eqüitativas e de traçar estratégias para o enfrentamento da violência de gênero. Enfim, o que não se pode definitivamente é aceitar a violência contra a mulher ser vista de uma forma natural em virtude dessa cultura machista que se pratica na sociedade.

### **2.3 O papel do setor saúde e os discursos oficiais**

Introduzir o assunto dos acidentes e violências na agenda da política de saúde no Brasil não é tarefa simples, apesar de, desde a década de 1980, esses eventos constituírem a segunda causa de óbito no perfil da mortalidade geral. No final da década de 1990, porém, o Ministério da Saúde criou um Comitê Técnico, para diagnosticar e propor ações específicas para o setor. Foi discutida, então, a proposta de ações para a redução de morbimortalidade por acidentes e violência e posteriormente analisada, e, em 16 de maio de 2001, o documento foi oficializado

por portaria com a seguinte denominação: *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Esse documento contém a definição dos conceitos, o diagnóstico da situação, as diretrizes e as estratégias de ação intersetorial, ressaltando a responsabilidade do setor (BRASIL, 2001a).

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade do governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

A conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis, e uma delas foi o apoio à saúde da mulher, pois as mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo, embora muito do seu trabalho seja feito sem pagamento ou por uma remuneração mínima (BRASIL, 2001b).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência ressalta os fundamentos de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais (BRASIL, 2006).

Esta política prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nestas compreendidas as ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes decorrentes de tais eventos.

Buss (2000) relata que a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os

múltiplos problemas de saúde. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Saffioti (1999) enfatiza que uma verdadeira política de combate à violência doméstica exige um trabalho em rede, englobando a colaboração de variadas áreas: Polícia, Ministério Público, hospitais e profissionais da saúde, inclusive da área psicológica, da Educação, do Serviço Social etc. e grande número de abrigos muito bem geridos. Cabe ressaltar, mais uma vez, a necessidade da qualificação destes profissionais em relações de gênero com realce especial para a violência doméstica.

No caso da saúde, todas as atividades que estão sendo desenvolvidas levam em conta algumas premissas: primeiro, existem, internacionalmente, conceitos e medidas que já se tornaram consensos em convenções e acordos mundiais; segundo, o País é composto por ampla diversidade cultural e isso, em princípio, exige adequação cultural das medidas a serem adotadas; terceiro, as ações específicas da área apenas conseguirão êxito se forem planejadas e executadas em uma articulação intersetorial e, com a estreita colaboração de instituições civis voltadas para a defesa dos direitos das mulheres (GOMES *et al*, 2005, p.131).

Para atingir os objetivos de superação da violência contra a mulher, é preciso que os profissionais da saúde, em seus atendimentos do dia-a-dia, desenvolvam técnicas de abordagem que ultrapassem o cuidado com as lesões, como aprender a fazer perguntas e dar a resposta a tal situação, estar preparado para ajudar as vítimas de violência com tratamento e referência adequados e que possam desenvolver ações de encaminhamento, buscando assim a eficácia dos tratamentos juntos com outros setores (PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE, 2002).

Desde o início dos anos 1990, a violência contra a mulher é reconhecida pela organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como causa de adoecimento das mulheres, sendo considerada uma questão de saúde pública (HEISE *et al*, 1994).

Atualmente, diversas organizações desenvolvem guias para nortear as ações de profissionais de saúde, de modo que se possa identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas, pois os serviços de saúde são portas de entrada das

mulheres em situação de violência. Tais medidas resultam da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, consistindo, ainda, em uma importante causa de sofrimento e um fator de risco para diversos problemas de saúde de cunho físico e psicológico (SILVA, 2003).

Como preconizado pela literatura, Oliveira (2007, p.154) relata que a agressividade provoca doença “porque são incontestáveis as conseqüências dessa violência na saúde, seja pelo desenvolvimento de comportamentos negativos, seja pelo estado de constante tensão/ estresse ou pela manifestação de um sofrimento psíquico intenso”.

Diante do exposto, sabe-se que o trabalho na área da violência contra a mulher requer intervenção interdisciplinar, e que a ação se torna mais eficaz quando promovida com a integração de vários setores, organizações e comunidades. Exige-se, também, que as pesquisas científicas forneçam informações essenciais para a implementação de políticas e estratégias de prevenção.

A violência não se restringe como um campo da saúde, ao contrário, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. E este é o segundo grande desafio que a violência constitui para o setor saúde: a demanda por articulação interna e com outros setores.

A atividade assistencial em saúde deve ser o centro da interação de mulheres e profissionais da saúde, trabalhando de forma interdisciplinar e com isso proporcionando uma visão com ênfase na promoção de saúde, negociando o quanto o sofrimento pode ser traduzido em doença, repercutindo, assim, na melhoria de vida dessas mulheres e onde se negocia o quanto o sofrimento pode ser traduzido em doença, e os significados que isto pode ter nesta interação.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres ante a identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004).

Esse atendimento deve ser realizado de maneira mais particular durante a consulta e o exame, estabelecendo um ambiente de confiança e de respeito (Freire,

2003); ou seja, o amparo a essas mulheres deve acontecer de uma forma humanizada, visando a uma idéia de acolhimento e de escuta, momento este em que os profissionais possam realmente promover saúde.

É preciso também destacar as dificuldades encontradas ainda hoje, do ponto de vista da implantação de políticas específicas no País, por causa das intrincadas relações que essa iniciativa envolve. O grande obstáculo de todos, vencidas as barreiras da formulação, é cultural: conseguir a articulação de setores fundamentais da sociedade. É o caso, por exemplo, das necessárias interações do setor saúde, com a área de educação, os programas de desenvolvimento social e de segurança pública (SOUZA *et al.*, 2005).

Saffioti (1999) expressa que é preciso formular diretrizes a serem seguidas por todas as DDMs, a fim de se assegurar um tratamento de boa qualidade e homogêneo a todas as vítimas de violência que buscam este serviço. Talvez a primeira escuta não deva ser realizada na DDM e por policiais. Uma assistente social ou uma psicóloga poderia, em local separado, mas próximo da DDM, fazer a triagem dos casos e dar as suas protagonistas o encaminhamento correto: serviço jurídico, de apoio psicológico, polícia etc. Isso mostra que é preciso agir desde já no combate à violência com ações que objetivem mudanças estruturais, socioeconômicas, socio-culturais e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno (SOUZA *et al.*, 2005).

As instituições de saúde, assim como os profissionais, devem reconhecer a extensão e o impacto gerado pela violência contra a mulher e desenvolver medidas para a sua redução. Aos profissionais de saúde, principalmente o fisioterapeuta, é recomendável que sejam competentes para prevenir, investigar, diagnosticar e adotar condutas adequadas diante de situações de violência que envolvam mulheres, tanto na figura de autor, como na de alvo ou testemunha.

Diante de tais fatos descritos, há uma exigência da necessidade de repensar a prática e a atitude do profissional de saúde. Torna-se urgente a implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência, prover estratégias e ações em Educação em Saúde, restaurar a identidade individual, a dignidade, o respeito, a responsabilidade e a solidariedade.

Neste sentido, a participação da equipe na saúde-doença das vítimas de violência é complexa, pois é preciso oferecer uma sustentação, trabalhar sentimentos de insegurança, medos e incertezas diante da condição que se alterna entre vítima e/ou agressora e delatora.

A Educação em Saúde transpõe a dimensão biológica, favorecendo o resgate da auto-estima e do equilíbrio emocional, fatores indispensáveis para o fortalecimento da mulher na descoberta de estratégias (rede de apoio, instituições formais, organizações não governamentais) de enfrentamento da violência doméstica. O trabalho de uma equipe interdisciplinar é capaz de permitir uma divisão racional do trabalho, aumentando sua eficácia e produtividade.

A parceria entre a Educação e a promoção de saúde, entretanto, encontra-se mediada pelos profissionais de saúde, entendendo que o cuidado pode e deve ser potencializado com as ações preventivas, curativas e reabilitadoras.

Neste estudo, ter-se-à como relevância ressaltar a realidade da condição de saúde das mulheres vítimas de violência, no intuito de formular dados para o planejamento de ações que visem a oferecer estratégias para o combate da violência e que facilitem a melhoria da saúde e da qualidade de vida.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 Referencial Teórico - Modelo de Crença em Saúde

De acordo com Dela (1995), alguns modelos teóricos estabelecem relação entre o comportamento individual e algumas crenças em saúde, logo o estudo aplicará como referencial teórico o modelo de crença em saúde (MCS).

A opção por este referencial justifica-se pelo tipo de abordagem do problema em estudo, ou seja, explorar as crenças relacionadas à violência doméstica, às causas da dificuldade no processo da denúncia e os significados a elas atribuídos na perspectiva da própria mulher e no contexto de sua realidade.

O modelo de crença na saúde, desenvolvido nos anos 1950, considera que o comportamento saudável é uma função das características sociodemográficas, conhecimento e atitudes do indivíduo (BECKER, 1974).

De acordo com esse modelo, a adoção de um comportamento depende: do indivíduo se considerar suscetível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente (*Percepção de Suscetibilidade*); de o indivíduo associar o problema de saúde à gravidade de suas conseqüências, isto é, perceber que este problema pode ter graves resultados (*Percepção de severidade*); e do indivíduo acreditar que este problema pode ser prevenido por uma ação (*Percepção de Benefícios*), apesar de tal ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, entre outros (*Percepção de Barreiras*). Isto significa que são os benefícios da ação avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir (ROSENSTOCK, 1990).

Pesquisas anteriores que abordam as mulheres jovens e a suas percepções sobre a violência entre parceiros íntimos (*Intimate Partner Violence*) analisaram as definições e percepções da severidade e causalidade dos fatos (Batchelor; Burman; Brown, 2001; Mullender, 1997; O'Keefe, 1997). Estes estudos sugerem a facilidade de definição de IPV, mas, como Burge (1998, p.31) anota, "atitudes individuais e percepções limitam nossa capacidade de classificação e de rotulação".

A interface da violência doméstica com o Modelo de Crença em Saúde implica viabilizar mudanças no comportamento, evidenciadas na incorporação de condutas no cotidiano, compartilhando-as socialmente e contribuindo para a transformação da realidade que está envolta de crenças e mitos.

De acordo com esse modelo, contudo, uma pessoa deve ter as seguintes crenças para ser capaz de mudar uma situação de violência: percepção da susceptibilidade (sou mulher, estou em risco em relação à violência?); a gravidade dessa condição, ou seja, percepção de severidade (quais as conseqüências e estas são graves, fatais? Quais as conseqüências em relação a minha saúde?); percepção de benefícios (as políticas públicas são eficazes? Existe alguma política de proteção à denúncia?) e percepção de barreiras, surgindo o medo da denúncia por vários motivos (Como vou garantir o meu sustento? E o que a vizinha vai achar? E se ele reincidir na agressão?).

Os resultados foram analisados utilizando-se os pressupostos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), que contribuiu para compreender a violência contra a mulher e as barreiras enfrentadas no processo da denúncia, relacionando o comportamento individual às crenças de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras em relação à violência doméstica, sua causalidade e as condutas que as mulheres adotam e consideram mais apropriadas após terem sido agredidas, com o objetivo de maior participação destas mulheres nos programas de Educação em Saúde.

Neste modelo, promover ações para a mudança de comportamento inclui mudar as crenças pessoais do indivíduo, e eles ponderarem os benefícios contra os possíveis custos e barreiras para esta mudança.

A Educação em Saúde, como prática interdisciplinar, possibilita a constituição de um vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde, para fins de estabelecimento de metas com vistas às mudanças de comportamento, promovendo saúde e bem-estar.

## 3.2 Referencial metodológico

### 3.2.1 Abordagem e tipo de estudo

O caminho metodológico foi delineado e sustentado na abordagem qualitativa. Nesta, o estudo elege a pesquisa participante no alcance dos objetivos propostos, no sentido de identificar e analisar as formas de enfrentamento referidas pelas participantes no transcurso da denúncia da violência doméstica sofrida.

Esta abordagem procura responder às questões particulares, com nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, a situação não pode ser compreendida apenas pelos cientistas sociais que trabalham com estatísticas, pois o pesquisador qualitativo se aprofunda no mundo subjetivo das ações humanas e aspectos não perceptíveis ou captados por medidas e equações estatísticas (MINAYO, 2006).

Este método de investigação permite ao pesquisador aproximar-se de uma gama de informações (explícitas e encobertas na vida cotidiana das pessoas), pois as ações humanas estão incorporadas por significados sociais: intenções, motivos, atitudes e crenças (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994).

Uma pesquisa qualitativa se faz desde o momento em que a realidade em estudo precisa de uma visão ampliada a fim de que possa ser compreendida. Estudos que tratam sobre violência requerem essa abordagem para se aproximar da compreensão de um tema complexo e multifacetado.

De acordo com Minayo (2006), a metodologia qualitativa é abordada procurando enfocar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a fala como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais.

As pesquisas que utilizam o método qualitativo trabalham com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões; não há qualquer utilidade na mensuração de fenômenos em grandes grupos, sendo basicamente úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre (MINAYO, 2006).

Optou-se pela pesquisa do tipo participante, que é mais facilmente caracterizada do que definida na literatura especializada. Percebe-se de imediato que ela envolve um processo de investigação, ação e educação, embora alguns

autores enfatizam a organização como um componente fundamental da pesquisa participante (GIANOTTEN; DEWITH, 1985).

Demo (1985) reproduz uma definição de pesquisa participante. Diz que é uma pesquisa na qual a comunidade participa na análise de sua realidade, com vistas a promover uma transformação social em benefício dos participantes oprimidos. Portanto, é uma atividade de pesquisa educacional e orientada para a ação.

Haguette (1992) aponta elementos relevantes sobre a pesquisa participante, entre os quais a participação concomitante da investigação e da ação, a participação conjunta entre os pesquisadores e pesquisados e a proposta pedagógica a favor dos oprimidos e o objetivo de mudança ou transformação social.

Continuando com o pensamento da autora, a pesquisa participante se põe a serviço dos grupos ou categorias sociais mais desprovidos e explorados. Ela busca não somente desencadear ações suscetíveis de melhorar as suas condições de vida, como também desenvolver a capacidade de análise e resolução dos problemas que enfrentam ou com os quais convivem cotidianamente. Torna-se, pois, importante que a pesquisa participante ou a pesquisa ativa esclareça para quem trabalha. O pesquisador não é neutro, pois se coloca a serviço dos mais oprimidos e desfavoráveis, como, por exemplo: imigrantes, trabalhadores, populações indígenas e mulheres (HAGUETTE, 1992).

A pesquisa participante permite o conhecimento coletivo, com o trabalho grupal e o auxílio do pesquisador, quando pensa, produz e dirige o uso de seu saber.

Neste estudo, a pesquisa participante foi operacionalizada na medida em que foram investigadas as formas de enfrentamento no processo da denúncia, sem deixar de lado a sua cientificidade, agindo-se de modo a permitir o estabelecimento de um vínculo social entre usuárias do Centro de Referência, contribuindo-se para que haja um sentido de comunidade entre essas mulheres, e promovendo Educação em Saúde, na formulação de novos conhecimentos, favorecendo o resgate da auto-estima e do equilíbrio emocional, fatores indispensáveis para o enfrentamento da violência.

### **3.2.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Centro Estadual de Referência e apoio à mulher (CERAM), criado com a missão de prestar assistência integral e humanizada às mulheres vítimas de violência. Este é vinculado a Secretária da Saúde do Governo do Estado do Ceará e oferece atendimento integral e humanizado à mulher vítima de violência, seja ela física, psicológica ou sexual.

Para a concretização do estudo foi realizada uma visita à instituição para manter contato com a responsável (diretora) e fazer o reconhecimento do campo. Expôs-se o objetivo do estudo, e se foi apresentada à dinâmica dos trabalhos já desenvolvidos neste centro.

A primeira impressão do local ou cenário do estudo foi positiva. A recepção por parte dos integrantes do CERAM foi amistosa, e, após a explicação dos motivos que conduziram esta pesquisadora a procurar a entidade e a informar o interesse investigativo pelas mulheres vítimas da violência e pelo trabalho promovido por eles, prontamente concordaram com a proposta do estudo, deixando-a à vontade e livre para acessar documentos, como também agendar a primeira reunião.

A equipe multidisciplinar do CERAM é composta por médicos, advogados, assistentes sociais, psicólogas, educadoras e enfermeiras, assegurando apoio às mulheres em situação de violência.

A instituição conta com alguns serviços para o enfrentamento da violência, como assistência psicossocial, jurídica (defensoria pública), atendimento à saúde da mulher, em Ginecologia e outras especialidades, caracterizando-se uma assistência interdisciplinar, amenizando o seu sofrimento e favorecendo maior compreensão acerca da violência.

### **3.2.3 Sujeitos do estudo**

Inicialmente, se contactou com psicóloga do Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM) que desenvolve atividades junto a vítimas de violência, e solicitou-se o agendamento de uma reunião com um grupo de mulheres que tinham denunciado a violência sofrida e que estivessem interessadas em participar de estudo sobre esta temática.

Nesta reunião explicou-se de forma vaga sobre o que era este projeto e de como se trabalharia essa etapa da pesquisa. Seguiu-se um roteiro para discussão (Apêndice D), a fim de esclarecer sobre como aconteceriam os oito encontros de grupos focais. Todas concordaram em participar da pesquisa, sendo requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B), assim foi permitido o uso do gravador. A pesquisa obedeceu à resolução 196/96 (Brasil, 1996), que regula investigações com seres humanos.

Sobre os primeiros contatos do pesquisador com os sujeitos de um estudo, Gatti (2005) não recomenda fornecer aos participantes informações detalhadas sobre o objeto da pesquisa. Eles devem ser informados de modo vago sobre o tema das discussões, para que não venham com idéias pré-formadas ou com a sua participação preparada.

A participação de colaboradoras foi vinculada à existência de, pelo menos, um traço comum entre elas. Dessa feita, os critérios de seleção foram: mulheres vítimas de violência doméstica, acima de 18 anos, que a denunciaram e aceitaram participar, espontaneamente, do estudo, apresentando condições físicas e/ ou emocionais para o diálogo e a realização de técnicas de relaxamento. As demais variáveis, como estado civil, religião e classe social, foram consideradas, neste momento, como fatores que viriam enriquecer o grupo, pela oportunidade da revelação das diferenças.

Considerando estas recomendações, a seleção das participantes foi intencional, determinada pelo objetivo do estudo num grupo o mais homogêneo possível, mas com suficiente variação entre eles, para que aparecessem opiniões diferentes ou divergentes (BARBOSA, 1998; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; KITZINGER, 1995).

Como a intenção do estudo foi compor um grupo cuja proposta era a de estar em um trabalho grupal, precisava-se definir a quantidade de seus participantes. Evoca-se a expressão de Freire (1992, p. 62), para quem *um grupo se constrói por meio da constância da presença de seus elementos, na constância da rotina e de suas atividades*. Logo, o número de participantes foi limitado a 13 mulheres, para que, em situação de alguma desistência, este não se tornasse inviável para cumprir os rigores metodológicos.

Esta decisão é corroborada pela literatura, sendo considerado o fato de que, mesmo com adesão voluntária e tendo o pesquisador motivado os participantes ao fazer-lhes o convite, pode haver ausências na última hora. Os pesquisadores precisam estar conscientes de que é preciso lidar com essa situação, procurando não prejudicar os objetivos da pesquisa (GATTI, 2005).

Continuando com o pensamento da autora, para abordar questões em maior profundidade, cada grupo focal não pode ser grande, ficando sua dimensão preferencialmente entre seis a doze pessoas. Em geral para projetos de pesquisa, o ideal é não trabalhar com número superior a 10 pessoas (GATTI, 2005).

Dessa forma, apesar de se ter iniciado a pesquisa (a reunião e o primeiro encontro do grupo focal) com 13 integrantes, ao longo do processo, não foi possível manter este número, em virtude de quatro mulheres haverem desistido de participar da investigação, totalizando nove participantes, que permaneceram até o final da busca.

É necessário esclarecer os motivos que levaram à desistência das mulheres para que se possa compreender o porquê de o grupo focal haver sido formado apenas por esse número de integrantes. Das que desistiram, uma foi submetida a uma cirurgia, e as outras três eram de outra instituição que acolhe mulheres com risco de vida e não tinham como se deslocar até o lugar de encontro.

É preciso dizer, entretanto, que, em virtude dessa desistência, todas as informações sobre o grupo focal dizem respeito, exclusivamente, às nove mulheres que permaneceram até o término da pesquisa.

Para assegurar o anonimato, sabia-se que seria necessário atribuir um codinome às participantes do estudo, e, lendo e relendo os depoimentos de cada uma, lembrando as suas participações no grupo, foram destinadas a elas letras do alfabeto português a fim de preservar sua identidade, relacionando a ordem de entrevista com a ordenação alfabética.

### **3.2.4 Coleta de dados**

Optou-se pela utilização do grupo focal, por ser uma técnica reconhecidamente eficiente na obtenção de dados, possibilitando, portanto, uma identificação mais rápida dos problemas.

No âmbito da abordagem qualitativa, a técnica de grupo focal é cada vez mais utilizada. Segundo Powell e Single (1996), grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar sobre determinado tema.

O emprego dessa técnica facilita a obtenção de dados com certo nível de profundidade, pois a essência do grupo focal consiste na interação dos participantes, tendo como objetivo colher dados na discussão de tópicos específicos e diretivos.

Na perspectiva de Morgan e Krueger (1993), a pesquisa com grupos focais tem por objetivo captar, em trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos, como, por exemplo, a observação e a entrevista. Comparado a observação, um grupo focal permite ao observador conseguir boa quantidade de informação em um curto período.

Para integrar o universo das observações, incluiu-se o diário de campo que, segundo Minayo (2002), é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de reunir detalhes que no seu somatório congregarão os diferentes momentos da pesquisa.

Os encontros com as mulheres foram realizados no próprio Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher, em uma sala destinada à realização das atividades em grupo, garantindo-lhes conforto e privacidade.

A recolha de dados foi realizada de agosto a outubro de 2007, respeitando as diretrizes institucionais e a disponibilidade das participantes. Os indicadores foram coletados utilizando-se de um roteiro com questões norteadoras (apêndice C) que possibilitaram o diálogo e favoreceram sua discussão (MINAYO, 2006).

#### **3.2.4.1 A formação do grupo focal**

O grupo mostrou-se bastante interessado e, no primeiro momento, 13 mulheres vítimas de violência doméstica inscreveram-se para participar. Após as devidas explicações acerca do trabalho, combinou-se a data do primeiro encontro e solicitou-se a elas o número de um telefone. Na véspera do primeiro encontro agendado, fez-se contato telefônico com cada uma das participantes, confirmando a presença, o horário e o local da sessão.



Foram realizados oito encontros de grupo focal para discussão da temática violência contra a mulher, cada qual com um objetivo específico. Os encontros ocorreram sempre às sextas feiras, a partir das 14 horas. A duração de cada um foi de duas horas e meia, sendo marcado o horário conforme a solicitação das participantes. Seguindo a orientação dos autores Barbosa (1998), Dall'agnol e Trench (1999), houve o cuidado de respeitar o início e o término do horário previsto.

O tempo de duração de cada encontro e o número de sessões a serem realizadas dependeram da natureza do problema em estudo. Segundo Gatti (2005), os encontros devem durar entre uma hora e meia e não mais do que três horas, sendo que, em geral, com uma ou duas sessões, obtêm-se as informações necessárias a uma boa análise. Há grupos que demandam mais sessões, porque, em função das características dos participantes, pode haver a necessidade de mais contatos para se produzir uma subcultura grupal.

A cada encontro, estiveram presentes a moderadora (pesquisadora) e duas observadoras para a condução do grupo focal, presença, aliás, imprescindível.

Nesse sentido, a função da pesquisadora foi a de planejar as ações a desenvolver e coordenar as atividades e discussões sobre o foco da pesquisa. As observadoras seguiram, a exemplo de Ataíde (2005), um roteiro prévio (Apêndice E) e registraram, em anotações escritas, como as discussões aconteceram e o comportamento das participantes. Além disso, responsabilizou-se pelo uso do gravador para registrar o teor das discussões para que estas fossem transcritas integralmente.

De acordo com Tanaka e Melo (2001), a técnica de grupo focal deve definir claramente o problema a ser avaliado e escolher um bom facilitador e, de preferência, dois relatores para anotar a discussão.

Para moderar o grupo focal, contudo, foram obedecidas a pesquisadora as recomendações de Dawson, Manderson e Tallo (1992), ou seja, criou-se uma atmosfera favorável às discussões, comunicou-se com naturalidade, foi-se capaz de saber ouvir atentamente as falas das integrantes do grupo, teve-se domínio sobre o fenômeno a ser investigado, desempenhou-se papel de liderança e teve-se um guia de questões previamente preparadas a serem perguntadas ao grupo, mas

atentando-se para a noção de que este guia deve servir como norte das questões principais para o grupo.

Continuando com o pensamento dos autores, tem-se que o observador, por sua vez, não é um integrante do grupo, mas deve se comunicar com o moderador quando inquirido, cabendo a ele registrar, em anotações escritas, sobre como as discussões aconteceram e o comportamento de seus participantes. O observador pode utilizar o gravador para registrar o teor das discussões (DAWSON, MANDERSON e TALLO, 1992).

Dessa forma, a cada encontro, ajudou-se o grupo a participar das discussões naturalmente por meio de um guia de questões previamente preparadas a serem apresentadas ao grupo (apêndice C), atentando-se para a noção de que este deveria servir como norte sobre o fenômeno investigado. Tanaka e Melo (2001) enfatizam a idéia de que, em certas situações, o moderador poderá fazer várias perguntas abertas sobre o tema, para nortear a discussão.

Ao final de cada encontro, a exemplo de Ataíde (2005), discutia-se com a observadora sobre os seus registros, sempre norteados pelo aconselhamento de Demo (2001), de que o analista qualitativo deve observar tudo, o que é ou não dito: os gestos, o olhar, o balançar da cabeça, o meneio do corpo, o vaivém das mãos. Ao final de cada encontro agendavam-se o horário e o dia da próxima sessão grupal, e na véspera deste dia contatava-se via telefone, com cada participante, confirmando o encontro e sua presença.

Todas as narrativas e discussões foram gravadas e transcritas, subsidiando as análises, as quais também receberam o aporte das anotações do observador. Esta etapa foi exaustiva, já que muitas eram as participantes e cada encontro durava, em média, 150 minutos.

As falas do grupo focal foram gravadas, com a finalidade de se perceber dados relevantes que integram as falas das mulheres, como, por exemplo, mudança na entonação da voz, as articulações, as interações com a pesquisadora. Vale ressaltar que o equipamento não causou nenhum constrangimento às mulheres.

### **3.2.4.2 A operacionalização do grupo focal**

O grupo foi iniciado explicando-se os objetivos dos encontros, quais os critérios de seleção das participantes, como foram selecionadas as participantes e por que não foram fornecidas muitas informações sobre a reunião até aquele momento; acerca do uso do gravadores e do sigilo das informações obtidas. A moderadora e as observadoras apresentaram-se, deixando claro que todas as opiniões eram importantes para atingir os objetivos do estudo. Algumas participantes iniciaram o grupo relatando suas histórias, contadas e recontadas muitas vezes.

Como preconizado pela literatura, a abertura do grupo é um momento crucial, devendo-se criar uma situação de conforto, originando uma atmosfera permissiva. O moderador faz breve auto-apresentação e pode solicitar que os participantes façam o mesmo. Os objetivos do encontro devem ser explicados, como também o porquê das escolhas dos participantes e a garantia do sigilo dos registros e dos nomes dos participantes precisam ser assegurados (GATTI, 2005).

Cada encontro deve ter uma preparação especial, de acordo com o objetivo e a metodologia a utilizar. Houve alguns cuidados que permearam todas as sessões no que diz respeito ao ambiente. Na sala havia boa iluminação, ventilação, cadeiras e espaço adequado para a realização de alongamentos. Sua localização permitiu desenvolver os encontros sem interferências externas.

As cadeiras eram posicionadas em círculo e todas ficavam sentadas em um lugar que possibilitava a comunicação verbal e não verbal. O arranjo dos assentos é importante, devendo promover a participação, contato face a face entre todas as participantes, ou seja, distâncias iguais entre todos, e dentro do mesmo campo de visão, para que não se atribuía, segundo a literatura (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DÉBUS, 1997), uma idéia de prestígio ou preferência por algum colaborador.

A cada encontro organizaram-se lanches – biscoitos, bolo, pães com patê, picolés, suco ou refrigerantes -, para que ao longo dos debates se instalasse um clima de descontração, favorecendo a interação das mulheres com as responsáveis pela execução da coleta de dados. Esta atitude tornou os encontros aconchegantes, permitindo a criação de vínculos e confiança.

No penúltimo encontro, optou-se pôr empregar alguns alongamentos. Este recurso, portanto, foi usado para incentivar e deixar fluir espontaneamente as

informações necessárias para melhor compreensão e consciência do corpo das participantes.

No último encontro, tendo como foco a percepção das mulheres sobre os benefícios do estudo, as participantes foram convidadas a ficar em duplas, com o objetivo de validar a importância do grupo para o enfrentamento da violência. Pediu-se para que elas trocassem idéias sobre como estavam antes de participar do grupo e como estavam no momento, para, com isso, ser dada a participação final de cada uma.

Alguns autores consideram que se pode usar algumas técnicas de animação ou exercícios – evidentemente escolhidos de forma adequada a um grupo de pesquisa, e dentro dos propósitos desta – para aquecer os participantes, fazendo com que estes se voltem uns para os outros, e não para o moderador, que se percebam e atuem em busca da cooperação, exprimindo suas diferenças ou concordâncias (GATTI, 2005; GONDIM, 2002).

Quando, em função dos objetivos da pesquisa, o grupo vai se aproximando do seu final, é importante informá-lo sobre isso, pois ajuda os membros a equacionar a sua última participação, e o moderador pode também solicitar que cada um faça sua observação final, caso julgue necessário ou conveniente em função do processo grupal (POWELL; SINGLE, 1996).

### **3.2.5. Análise dos dados**

O ato de interpretar informações qualitativas é um processo de análise sistemática, em busca de uma descrição coerente de todo o material coletado (ATAIDE, 2005). Em especial, nessa pesquisa, a análise não se iniciou com suporte desde tópico, mas sim desde a fase de seleção do grupo de mulheres até o emprego do grupo focal como coleta de dados.

Trivinos (1987) acentua que a análise de dados em pesquisa qualitativa, apesar de se mencionar uma fase distinta com a denominação de “análise”, durante a fase de coletas de dados, a análise já poderá acontecer.

Lervolino e Pelicione (2001) propõem duas formas para a organização das informações coletadas por meio de grupo focal: por meio do sumário etnográfico e da codificação dos dados, via análise de conteúdo. O primeiro assenta-se nas

citações textuais dos participantes do grupo, enquanto o segundo enfatiza a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões e em quais contextos isto ocorre. Os métodos citados não são excludentes entre si, podem ser combinados em um só momento de análise. A escolha da pesquisadora foi a segunda opção.

A análise dos dados, a exemplo de Vieira (2005), foi realizada sobre a coletânea do material, tendo como objetivo a sua decodificação e compreensão, no intuito de confirmar (ou não) os pressupostos do estudo e ampliar o corpo de conhecimento sobre as formas de enfrentamento no processo da denúncia.

Os dados foram organizados com base em Bardin (1977), já que esta forma facilita e permite atribuir significados ou interpretar a realidade pesquisada, consistindo em obter a descrição do conteúdo das mensagens por intermédio de procedimentos sistemáticos.

Na concretização dessa fase, foi realizada, primeiramente, a transcrição das fitas com o cuidado de manter a fidelidade da fala e o consentimento da parte investigada. Posteriormente, foi feita a leitura flutuante dos dados (falas das mulheres e o diário de campo). Após essa fase, foram procedidas leituras exaustivas e organizados os discursos de forma vertical e horizontal, para encontrar as convergências nas respostas. Nesta fase, foram identificados frases e parágrafos que iam respondendo aos objetivos do estudo e se constituindo no corpo de conhecimento.

Em seguida, uma exploração mais detalhada foi realizada por meio de recortes e colagens, partindo-se dos oitos encontros, identificando-se, posteriormente, as freqüências com que determinadas falas foram aparecendo e as transformando em categorias classificatórias. Na análise e interpretação, procuro-se simultaneamente descrever os dados e articulá-los com outros conhecimentos, a exemplo dos trabalhos de Gomes (2001), Minayo (1999) e Richardson *et al.* (1999).

Na etapa final, destacaram-se os dados mais significativos do estudo em questão. No processo interpretativo dos resultados, buscou-se minimizar a influência dos julgamentos pessoais sem, entretanto, embotar a criatividade necessária para se chegar a conclusões relevantes (BECKER, 1999). A oscilação deu-se entre o "rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade" (BARDIN, 1977).

Assim sendo, procurou-se destacar o uso dos repertórios interpretativos associados às formas de enfrentamento da violência doméstica, presentes no discurso das mulheres, detectando elos com a literatura e o referencial teórico consultado.

A exemplo de Vieira (2005), as questões norteadoras contemplaram as categorias predefinidas, e, paulatinamente, foram somadas as categorias empíricas que emergiram no decorrer da análise, tomando como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1990) nas seguintes dimensões: (1) suscetibilidade (2) severidade (3) benefícios e (4) barreiras.

#### **3.4.6 Aspectos éticos**

A ética é uma ciência que estuda o comportamento moral do homem perante a sociedade, sendo universal e única, estando sempre no singular, pois pertence à natureza humana presente em cada pessoa e deve ser respeitada.

o estudo obedecerá, os preceitos da Resolução 196/1996, que envolve pesquisa com seres humanos, e devendo-se obedecer os seguintes princípios: 1) autonomia - consentimento livre e esclarecido dos participantes e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, de modo que sejam tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; 2) beneficência - ponderação entre riscos e benefícios atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; 3) não-maleficência - garantia de que danos passíveis de prevenção serão evitados e 4) justiça e equidade - fundar-se na relevância social da pesquisa (BRASIL, 1996).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, entidade de ensino a que se vincula o programa de Mestrado em Saúde Coletiva. De posse do seu parecer favorável (Anexo A), iniciou-se a pesquisa de campo.

No primeiro contato com as participantes da pesquisa, foi entregue a Carta de Informação do estudo (Apêndice A), respeitando os preceitos éticos e esclarecendo a todas as participantes as etapas da pesquisa, e como seria a participação delas.

Em seguida foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), sendo colhidas as assinaturas da pesquisadora e das participantes.

O consentimento livre e esclarecido é um processo no qual os pesquisadores asseguram que os sujeitos sejam informados adequadamente sobre a pesquisa, acerca dos riscos potenciais, dos desconfortos e incômodos, assim como dos benefícios de participarem do estudo, informando-se sobre o direito de participar ou não da pesquisa e garantindo o sigilo aos participantes do estudo quanto às informações levantadas.

Ressalta-se que os resultados deste trabalho serão devolvidos aos participantes, na modalidade de apresentação oral e CD-Rom para o Centro onde foi desenvolvido o estudo.

#### **4 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO**

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa empírica, obtidos em oito encontros focais, e das falas das nove mulheres selecionadas durante a investigação. Serão aqui discutidos casos reais de abusos e agressões, com atenção especial à violência doméstica, ocorrente no âmbito das relações interpessoais.

Neste estudo, procurou-se analisar o enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia, visando a identificar as correlações entre as falas e as vivências e considerando-se os aspectos qualitativos da pesquisa.

A escolha das questões norteadoras, tendo como referencial teórico o Modelo de Crença em Saúde, propiciou focalizar o comportamento adotado por mulheres vítimas de violência, levando em consideração algumas categorias influenciadoras nesse processo, tais como a percepção da sua suscetibilidade, da severidade e a percepção dos benefícios e barreiras enfrentadas ante a denúncia.

Na óptica de Rosenstock (1990), a percepção da suscetibilidade e da severidade da doença pode motivar o indivíduo a tomar determinada conduta, porém não define o curso da ação a ser realizada. Direcionam a ação as crenças pessoais relativas à eficácia das opções conhecidas e disponíveis para diminuir a ameaça da doença, ou seja, a percepção dos benefícios de se tomar a ação, e não os fatos objetivos que mostram a eficácia da ação. Neste estudo, a “doença” é entendida como a violência sofrida pela mulher.

O indivíduo pode acreditar na eficácia de determinada ação em reduzir a ameaça da doença e, ao mesmo tempo, perceber esta ação como inconveniente, dispendiosa, perigosa quanto aos efeitos colaterais negativos ou resultados iatrogênicos, desagradável, dolorosa, desconfortável, ou que consome muito tempo. Esses aspectos negativos das ações de saúde ou percepção de barreiras podem agir como impedimentos para a adoção dos comportamentos recomendados e podem produzir conflitos na tomada de decisão (ROSENSTOCK, 1974; 1990).

Nos relatos analisados, perceberam-se a natureza da violência, os motivos atribuídos pelas participantes à permanência dessa situação e a busca de recursos



para a resolução da problemática enfrentada, considerando as categorias de vulnerabilidade, gravidade, benefícios e barreiras, conforme descrito a seguir.

As histórias dessas mulheres são muitas, apresentando-se de modos variados e sob circunstâncias diversas. O que elas têm em comum, porém, são as violências: agressões, xingamentos, falas rudes, humilhações, tapas, beliscões, empurrões, ameaças ou ainda o sexo forçado, por medo e por coerção física.

#### **4.1 Caracterizações das mulheres**

Participaram deste estudo nove mulheres que se denominaram vítimas de violência doméstica e romperam com o silêncio fazendo a denúncia. A faixa etária das participantes se enquadrou entre 20 a 29 anos (4), 30 a 39 anos (3), 40 a 49 anos (1) e 50 a 59 anos (1). Todas tiveram como agressores os seus parceiros íntimos, marido ou namorado.

Quanto à escolaridade, apenas duas participantes relataram haver concluído o ensino médio, predominando as mulheres não alfabetizadas e com renda familiar de até dois salários mínimos. Quanto à ocupação, cinco referiram ser donas de casa, duas disseram ser empregadas domésticas e as outras duas ficaram distribuídas nas ocupações de costureira e de secretaria. A maioria das participantes residia em uma instituição de proteção à mulher, pelo fato de não terem onde morar e correrem risco de morte. Sobre a natureza da violência, todas relataram haver sofrido violência física, na maioria das vezes acompanhada pela violência psicológica e apenas duas se disseram vítimas de violência sexual.

## **4. 2 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA POR UM GRUPO DE MULHERES APÓS A DENÚNCIA**

### **Suscetibilidade**

Ao se considerar as integrantes de um grupo de mulheres que sofreram violência e denunciaram, as nove participantes demonstraram perceber sua vulnerabilidade para a ocorrência desse problema. As mulheres acreditam ser e estar mais vulneráveis em razão da cultura machista, por vergonha de serem estigmatizadas como mulher separada, pela falta de apoio familiar e social, por

medo e por acreditarem que a mulher é mais indefesa. Apenas uma citou o fato de mulher também ser a culpada pelas situações violentas.

Dentre as justificativas ditas por essas mulheres sobre sentirem-se mais susceptíveis às situações de violência doméstica, o medo foi referido por três participantes: *“Sim, acho que as mulheres estão mais vulneráveis porque elas têm medo. Eu não sei explicar, eu fiquei por causa do medo, ele ameaçava me matar”* (M.C). *“Eu acho que a mulher tem medo de denunciar. Ele falava que eu ia ficar igual à Maria da Penha se eu o denunciasse”*. (M.G).

Ao analisar as falas dessas mulheres vítimas de violência, constatou-se que o seu dia-a-dia está permeado pelo medo e a insegurança. Corroborando a opinião de Barros *et al.* (2003), o medo e a insegurança tendem a desencadear no indivíduo fortes alterações emocionais, principalmente no que concerne às relações interpessoais, pois dificilmente o vitimado conseguirá manter relação afetiva sem desconfiança, insegurança e medo.

Ampliando a compreensão da violência contra a mulher, observa-se que ela não se restringe à agressão física, existindo formas mais sutis que, embora não deixando marcas, podem provocar sérios danos à saúde. As agressões emocionais, a intimidação não só por força física, mas pela força psicológica ou coerção, a opressão e a dominação pelo medo, no entanto, foram sendo desveladas: *“sim, a mulher tem mais medo, o homem faz muita pressão psicológica. No meu caso eu vivia com o meu companheiro porque não tinha para onde eu ir, ele passava na minha cara que eu não trabalhava, o meu problema era porque ele me maltratava, maltratar não é só bater, tem vários tipos de maus-tratos”*. (M.H).

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o próprio dinheiro. Dentre as modalidades de violência, a psicológica é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser bastante freqüente, ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, si-

tuações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a cometer suicídio (BRASIL, 2001b).

É preciso, também, compreender que a ausência de sofrimento físico não significa ausência de sofrimento, pois as seqüelas deixadas pela violência psicológica são profundas, com marcas que vão muito além das lesões mais aparentes. A maioria das mulheres reconheceu e relatou o sofrimento psicológico que, freqüentemente, permeia a relação.

Ainda segundo alguns autores, outra forma que o homem tem de exercer controle sobre a mulher é por meio da suspensão econômica. Nesse sentido, não se pode descartar as dificuldades materiais que impelem algumas mulheres a ponderar sobre uma possível separação, pois, quanto mais desprotegida e sem recursos financeiros é a mulher, mais ela conta com o marido como protetor e atribui à casa como um lugar seguro (MILLER 1999; BRANDÃO, 2006; RANGEL, 2004).

A percepção da suscetibilidade refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre os riscos existentes ou a sua vulnerabilidade em apresentar determinado problema de saúde. Nos casos de agravos já estabelecidos, inclui a aceitação do diagnóstico e a avaliação pessoal de sua re-susceptibilidade e da susceptibilidade para doenças em geral (ROSENSTOCK, 1990).

Embora atingindo a todos, certos grupos sofrem formas específicas de violência, podendo-se falar numa distribuição social refletida em uma divisão de espaços onde os homens são mais atingidos na esfera pública, enquanto a violência contra as mulheres acontece, prioritariamente, no espaço doméstico, sendo o agressor alguém da sua própria intimidade (GERBARA, 2000).

Como se pode observar, este medo é reforçado pelos aspectos culturais, em que uma cultura machista é responsável pela culpabilização da vítima, que segundo Ryan (1976) é o ato de conseguir que a própria vítima se considere culpada: *“acho que as mulheres estão mais vulneráveis, mas às vezes as mulheres também têm culpa, porque elas não denunciam, e também existe uma sociedade machista. Os homens também acham que as mulheres são objetos dele” (M.F). “Ele fala que a culpa de tudo é minha, só minha, na cabeça dele ele é uma pessoa maravilhosa e gentil” (M.A)*. Nestes discursos de inculpação das mulheres, há um desvio implícito de responsabilidade do verdadeiro agressor em que, como assinala Zuwick (2001, p.

89), “a vergonha de que deveria ser portador aquele que a agrediu volta-se contra a mulher e a silencia, tornando-a parte da rede que sustenta a dominação”.

A violência contra a mulher foi referida como violência doméstica, familiar, sexual, psicológica, física, dentre outras classificações. Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, conquistada socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: *violência contra a mulher*. Esta se caracteriza por ser acometida por um homem contra uma mulher, sendo determinada pelos modelos culturais do que é ser homem, do que é ser mulher e de qual a função da violência nas relações interpessoais e de poder, fazendo parte desses fatores a ideologia machista que legitima as relações entre os sexos, como relações de dominação, e a própria educação diferenciada, que possibilita a reprodução da violência.

Para muitas das entrevistadas, as perspectivas de mudanças refletiram sua educação familiar, em que a condição de submissão, retratada em obediência, reprodução e cuidadora do lar foram papéis destinados à mulher: *“No meu caso a minha mãe me ensinou a ser submissa, eu tenho certeza que nunca me separei com vergonha, vergonha do que vão falar de mim, tenho vergonha dos meus pais verem que eu sou uma mulher separada, e eu me preocupo com meu filho. A minha mãe me criou assim, se eu pudesse já teria saído de casa, mas aí eu me preocupo em ser vista como uma mulher separada, ai parece que eu tenho na cabeça que casamento é para vida toda, como se fosse uma base de sustentação.”* (M.A). *“... No meu caso queria deixar os meus filhos crescerem um pouco”*. (M.I).

Ainda existe grande receio de que se as pessoas souberem de uma situação de violência doméstica, não irão entender e, em vez de criticarem o agressor, irão criticar a própria vítima. Esta é uma reação típica de insegurança de quem vive em uma sociedade machista.

Como preconizado pela literatura, Alves e Pitanguy (1991), ao realizarem uma retrospectiva da história das mulheres, demonstram que a submissão feminina teve início há muito tempo, caracterizada por idéias repassadas por valores e normas culturais impostas pela sociedade, em determinado contexto social e histórico.

Diante do exposto, entende-se que a relação familiar dominada pela cultura machista e subordinação feminina atravessou a história, mas permanece ainda na atualidade, deixando assim suas marcas.

Nesse sentido, Saffioti (1991) reforça a noção de que em todas as outras esferas, quer de trabalho, quer de vida ociosa, a mulher sempre foi considerada menor e incapaz, necessitando da tutela de um homem, marido ou não; ou seja, a felicidade pessoal da mulher, tal como era entendida, incluía necessariamente o casamento.

Uma ordem social de tradição patriarcal por muito tempo consentiu em um padrão de violência contra mulheres, destinando ao homem o papel ativo na relação entre os sexos, ao mesmo tempo em que restringiu a sexualidade feminina à passividade e à reprodução. Com o domínio econômico do homem como provedor, a dependência financeira feminina parecia explicar a aceitação de seus deveres conjugais, que incluíram até o serviço sexual (DANTAS - BERGER; GIFFIN, 2005).

Durante muito tempo, a trajetória de vida das mulheres brasileiras foi acompanhada de responsabilidade e compromisso, principalmente no que diz respeito a matrimônio, procriação e criação dos filhos, além da execução de atividades ligadas à subsistência doméstica da família. Este fenômeno aponta a desigualdade entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis nas quais se encontram as mulheres. Logo, os discursos das mulheres dão visibilidade a essa compreensão: *“Eu acho sim que a mulher é mais vulnerável a violência, existe também o machismo do homem, a mulher acaba aceitando a violência por vários motivos, ter filhos é um dos motivos”* (M.B) *“Sim, primeiro porque a mulher é mulher, elas pensam nos filhos, e não tem muito apoio”*. (M.D).

A posição de submissão feminina no Brasil modelou-se, também, em vários episódios que acompanharam a evolução dos tempos e a transição de valores, tradições e cultura. Mesmo aqui, no entanto, é marcante a relação de poder imposta pelo preconceito masculino. Nem bem o País saía do domínio da escravidão, a industrialização chegou ao Brasil, em 1888, fazendo com que mulheres e crianças passassem a integrar o contingente do operariado brasileiro. A mulher, além de mãe e doméstica, passou a colaborar com a manutenção da família, não escapando das explorações (MONTEIRO, 1998).

Segundo a OMS (2002), quase 50% das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, sendo este atual ou ex-companheiros. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 e 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relataram agressões físicas e até 47% declararam que sua primeira relação sexual foi forçada. Viver em situação de violência doméstica faz parte do cotidiano da maioria das mulheres, além do medo constante sobre o que pode acontecer, especialmente em relação à integridade filhos.

### **Severidade**

Quando indagadas sobre o conhecimento da gravidade de estarem expostas a uma situação de violência doméstica, essa percepção foi verbalizada por sentimentos de medo, sensação de morte, agressão e proteção.

De acordo com o Modelo de Crença em Saúde, a percepção da severidade está relacionada ao estímulo emocional criado pelo pensamento acerca de um problema de saúde e às conseqüências que o indivíduo acredita que este poderia provocar em sua vida. Sentimentos relativos à severidade de se contrair uma doença ou deixá-la sem tratamento levam o indivíduo a avaliar as conseqüências clínicas, físicas e mentais resultantes, as possíveis conseqüências sociais, ou mesmo a morte (ROSENSTOCK, 1990).

É importante mencionar que as participantes mostram ter noção quanto à gravidade de estarem expostas a uma situação de violência, mas sentem-se sozinhas nessa empreitada; com isso, parece haver um isolamento, e assim elas seguem com seu sofrimento. Eis aqui algumas falas significativas: *“Tenho sim, é tanto que eu procurei a delegacia, tenho medo de quando eu sair da casa do caminho, o meu problema é que minha família nunca me deu apoio, eu até já me separei”* (M.F).

Há situações em que ocorre uma evolução dos acontecimentos, em que o escalonamento da violência pode chegar ao extremo, ao assassinato. A mulher aparece nessa narrativa como alguém que vê, dia a dia, suas ilusões sendo destruídas: *“Tenho sim, é tanto que estou em processo de separação. E já passei três meses na casa do caminho e ate hoje tenho medo dele me matar”* (M.B).

*“Tenho com certeza, ninguém sabe o que passa na cabeça dele, se pensa em me matar”. (M.C). “Tenho sim, eu fui até pedir ajuda ao meu pai, e ele me levou na delegacia, meu pai me deu apoio e disse para mim largar dele, porque se não eu ia acabar morrendo, meu pai tem um problema de coração, e ele já estava sofrendo com essa situação, meu pai já estava ficando nervoso. (M.G). “Uma vez eu já passei três meses na casa da minha mãe, ai todo dia ele ia lá encher o saco, ai meu pai é hipertenso, ficava nervoso, ta entendendo?”(M.D).*

A percepção da severidade da violência doméstica é verificada entre as mulheres que acreditam na possibilidade de que possa resultar em morte, em razão das próprias crenças, de informações da rede social ou por que vivenciaram situações de pessoas próximas. Assim, para estas mulheres, a violência pode trazer graves conseqüências, principalmente quando não denunciada.

A vida dessas mulheres fica permeada por doenças físicas e emocionais, apresentando-se sob a forma de múltiplas queixas. Debilitadas fisicamente, vulneráveis psicologicamente, as mulheres vítimas de violência podem desencadear comportamentos agressivos ou depressivos, além de doenças psicossomáticas. Outras manifestações ditas como associadas ao impacto emocional foram insônia, depressão, nervosismo e estresse. Eis algumas falas significativas: *“Eu tenho noção da gravidade, afeta até minha saúde, eu já ando nervosa, se o ônibus atrasa eu já fico nervosa, teve um dia que o ônibus atrasou e eu fiquei tão nervosa que minha cabeça começou a doer, mas ai quando eu cheguei em casa, ele nem falou nada, ai eu pensei: como isto esta me fazendo mal” (M.A). “Até remédio para dormir eu tomo, remédio para os nervos, a minha saúde foi atingida, agora ando num nervosismo grande, minha auto-estima esta lá embaixo.” (M.E). “Só eu sei o que é viver numa situação de violência, não me sinto segura dentro da minha própria casa, tenho medo dele, quando eu fico sozinha com ele eu temo, eu não durmo com ele, tenho medo dele me espancar. Teve uma noite que eu dormi sozinha com ele que eu passei a noite acordada, pensando besteiras porque ele pode a qualquer momento voltar a agredir, e eu revidar e ser é pior” (M. D).*

Sofrer dos nervos e sofrer violência (Silveira, 2000) são situações que podem estar associadas e, talvez, uma parte da tradução da situação de violência vivida es-

teja sendo feita a luz desse “nervoso” e, desta forma, recebida nos serviços de Saúde.

Consoante Goleman (1995), quando o ser humano internaliza sentimentos negativos e controversos, ele tem a saúde comprometida, porque passa a somatizar suas culpas, medos, angústias e segredos. Nesse caso, a doença emocional será projetada para o corpo por sintomas físicos (tremedeiras, suadeira, tensões musculares, arritmias cardíacas, sensibilidade cutânea) e psico-emocionais (sentimentos depressivos, nervosismo, ansiedade, transtornos alimentares).

Como preconizado pela literatura, Oliveira (2007) assinala que sobreviver nessas condições leva à manifestação de comportamentos negativos e ao adoecimento, expondo a mulher a um risco muito mais elevado de sofrer depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias nocivas, como tranqüilizantes e álcool.

Nesse sentido, Adeodato *et al.* (2005) reforçam a noção de que a violência é um processo orientado para fins determinados por diferentes causas, com formas variadas, produzindo certos danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias. A fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menores possibilidades de se proteger, menos seguras do seu valor e de seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar da vitimização como parte de sua condição de mulher.

Para Arcoverde (2005), em conseqüência disso tudo, as vítimas da violência passam a ter a saúde comprometida, necessitam usar remédios controlados, ocasionando outros sérios problemas à saúde. A vida dessas pessoas passa a ser um pesadelo, pois as doenças vão aparecendo alternadas e de forma contínua. A busca de remédios e médicos para a cura de suas doenças e sofrimentos se transforma em verdadeira rotina, criando um círculo vicioso de conseqüências danosas à saúde física e emocional de todos, principalmente para suas famílias com quem convivem diretamente

Diante desse fato, traumas e decepções começam a fazer parte da trajetória de vida dessas mulheres, ocasionando um impacto psicológico muito sério para a sua saúde. Em uma situação como esta, na maioria das vezes, o relacionamento está esfacelado, pois não são mais duas pessoas construindo uma vida juntas, mas



se estabeleceu uma relação opressora, pondo em risco a vida do casal e da família, como se pode observar nas falas: *“Tenho noção sim, até o meu filho diz que toda vida que andar comigo, vai levar um pau para me proteger do seu próprio pai”*. (M. I). *“Eu tenho dois filhos dele, mas eles nem perguntam pelo o pai”*. (M.C).

A violência não acaba só com a vida da vítima direta e sim vai dilacerando todos os membros da família um a um e, conseqüentemente, seus parentes e amigos. Ela age como uma onda sonora, na qual o centro é a vítima que se propaga para a vida de seus familiares, amigos e para a sociedade (ARCOVERDE, 2005).

O lar, identificado como local acolhedor e de conforto, passa a ser, nestes casos, um ambiente de perigo contínuo, que resulta num estado de pânico e ansiedade permanentes. Envolta no emaranhado de emoções e relações afetivas, a violência doméstica contra a mulher se mantém, até hoje, como uma sombra sociedade (BRASIL, 2005).

### **Benefícios**

Quando foi pedido para as participantes comentarem sobre o que lhes protegia no decorrer da denúncia, algumas mulheres demonstraram acreditar nas leis, nas delegacias, nas casas de abrigo, nos centros de referências de apoio à mulher e na medida protetiva. Outras expressaram sua indignação, comentando que nada as protege, ou que acreditavam mais em Deus, desacreditando da capacidade do Estado em punir seu agressor.

De acordo com o Modelo de Crença em Saúde, o indivíduo pode acreditar na eficácia de determinada ação em reduzir a ameaça da doença e, ao mesmo tempo, perceber esta ação como inconveniente, dispendiosa, perigosa quanto aos efeitos colaterais negativos ou resultados iatrogênicos, desagradável, dolorosa, desconfortável ou que consome muito tempo. Esses aspectos negativos das ações de saúde ou percepção de barreiras podem agir como impedimentos para a adoção dos comportamentos recomendados e podem gerar conflitos na tomada de decisão (ROSENSTOCK, 1974; 1990).

A percepção das mulheres sobre os benefícios que resultariam de suas ações direciona a sua conduta. Assim, as que acreditam nas leis, nas instituições de apoio à mulher, nos centros de referências da mulher, citadas por elas, diminuem a

possibilidade de sua permanência dentro da violência, ou seja, reduzem sua suscetibilidade e severidade para o problema, sendo, portanto mais possíveis de adotar práticas adequadas, principalmente relacionadas à mudança de comportamento, ou seja, a atitude de denunciar.

Logo, isto significa que, para a mudança ocorrer, os benefícios devem pesar mais do que os custos. Em relação à violência, as intervenções normalmente visam à percepção do risco, crenças na gravidade percebida, na eficiência e nos benefícios das leis, casas-abrigo, DEAMs, centros de referências e defensorias públicas no decorrer da denúncia. Os discursos das mulheres dão visibilidade a essa compreensão: *“O CERAM, o grupo me fortalece, a Lei Maria da Penha, a medida protetiva, se saio de casa, levo o papel da medida protetiva”*. (M.B). *“Lei Maria da Penha”*. (M.C). *“Eu acho que a delegacia, muita gente me mandou ir para a delegacia, a Lei Maria da Penha e a casa de abrigo também me protege”*. (M.G).

Para que mudanças possam ocorrer, é preciso que a mulher saiba que é sujeito de direitos e deve receber informações sobre os órgãos competentes para apoiá-la e orientá-la, inclusive sugestão para que procure esses órgãos, dependendo de cada situação (delegacia policial, de preferência as especializadas no atendimento à mulher, Instituto Médico Legal, Defensoria Pública; juizados e organizações não governamentais (BRASIL, 2007).

Nos últimos trinta anos, a violência contra a mulher despertou o interesse da sociedade, que, com a pressão dos movimentos sociais feministas, busca estratégias para o enfrentamento do problema, como por exemplo, a criação das delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais (SCHRAIBER et al., 2002).

As delegacias especializadas de atendimento à mulher (DEAMs) são estratégias públicas pioneiras no Brasil e na América Latina no enfrentamento à violência contra a mulher. A primeira DEAM foi implantada em 1985, em São Paulo. As delegacias se caracterizam como porta de entrada das mulheres na rede de serviços, cumprindo o papel de investigar, apurar e tipificar os crimes de violência contra a mulher. Vinculam-se ao sistema de segurança pública estadual em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça. (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, a violência é um problema de questão social que perpassa os campos da justiça, da saúde pública e é assunto de movimentos sociais. A delegacia de Defesa da Mulher é uma instituição capaz de amenizar os problemas de violência (JORGE et al., 2003).

A lei Maria da Penha Maia foi aprovada em agosto de 2006 e trouxe uma série de inovações. As lesões corporais contra a mulher deixaram de ser consideradas crimes de menor potencial ofensivo, além de permitir que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada, acabando com as penas pecuniárias (como pagamento de cestas básicas) e obrigando o agressor a comparecer a programas de recuperação e reeducação (VIANA e ANDRADE, 2007).

Algumas reivindicações foram alcançadas, mais ainda há muito a ser feito. O direito à saúde, apesar de escrito como direito na Constituição, requer ainda mudanças importantes na forma de organização do sistema de assistência em todo o País.

A crença em Deus e o conformismo de que nada lhe protege contra a violência resultam em uma percepção de que todas as mulheres são suscetíveis a violência. Esse caráter de inevitabilidade (o que se tem de passar já está determinado) pode influenciar na mudança de comportamento: *“Para lhe ser bem sincera eu acredito mais em Deus, eu sei que existe essa Lei Maria da Penha, mas eu to é desacreditada”*. (M.A). *“Eu acho que nada protege, essa Lei Maria da Penha pode ate inibir alguns, mas o meu ficou foi mais revoltado com essa Lei”*. (M. D).

Estudos feitos pela Secretária Especial de Políticas Para Mulheres (2003) constataram que a situação de violência, muitas vezes, é cíclica, pois as vítimas encontram diversos obstáculos na busca de proteção e reparo, resultando em desgaste emocional e retorno à posição de vítima. A falta de medidas protetoras disponíveis para a mulher agredida, assim como a falta de atenção para a gravidade do problema, geralmente, produzem resultados drásticos, ficando evidente a falta de atenção da esfera responsável por este serviço, possibilitando que a vítima retorne à situação de violência, por não encontrar alternativa. *“O abrigo me protege, não tive apoio dos meus pais, no momento a delegacia também me protege, mas depois só*

*Jesus me protege. Em Santa Quitéria a policia não quis nem me ouvir, disse que não era problema deles, que era problema de família e que não podia ajudar". (M. I).*

Segundo Bedone e Faúndes (2007) a mulher que já está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a outro tipo de violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância. Este fator dificulta a denúncia e a busca por uma assistência necessária.

Combater este fenômeno, pois, é um esforço árduo de todas as esferas, mas é absolutamente necessário e inadiável. Sendo assim, exige uma conscientização de que a violência contra a mulher deve compor a agenda das políticas públicas para o setor, com o objetivo de se elaborar propostas consistentes para o enfrentamento da violência, dando ênfase às dimensões da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

O importante é que a equipe e o profissional estabeleçam, com a mulher, uma perspectiva gradual de mudança, singular a cada caso, podendo ela apropriar-se dos benefícios de cuidar de sua saúde e segurança (BRASIL, 2007).

Nestas condições, o campo do enfrentamento visa à construção e ao fortalecimento de programas e estratégias são fatores decisivos. Pode-se destacar estratégias como: acesso a uma rede de apoio social, capacitação dos profissionais de saúde, criação de grupos de mulheres para a discussão da temática, divulgação de campanhas, elaboração de políticas públicas, dentre outras estratégias.

### **Barreiras e ações ante a violência**

Tratar-se-á nesta categoria, das barreiras enfrentadas pelas participantes ao tentarem denunciar a violência. Partir-se da constatação de que, se é verdade que essas situações muitas vezes se perpetuam, também é verdade que as mulheres, de forma geral, buscam formas de saída e fazem diversos esforços nesse sentido (SCHRAIBER et al, 2005).

Continuando com o pensamento dos autores, é importante lembrar aqui o que já foi discutido: as escolhas de cada indivíduo dependem não apenas de sua consciência e vontade individual vistas isoladamente, mas da cultura, da situação social, do acesso a serviços, da opinião da comunidade, amigos e familiares,

aspectos que fazem parte da construção e reconstrução cotidiana desses indivíduos (SCHRAIBER *et al*, 2005).

De acordo com a análise das respostas do grupo de mulheres, constatou-se o quanto é difícil romper com uma situação de violência que ameaça o bem-estar das mulheres, e requer uma ação que envolva não só o esforço individual e coletivo, mas também, a sociedade como um todo.

Nas discussões dos encontros focais, as mulheres referiram alguns fatores que condicionaram a denúncia, além dos que obstaculizaram. Os fatores condicionantes citados foram o esgotamento de recursos pessoais, raiva e desamor, metas, a própria violência contra ela, a violência contra os filhos e o convencimento de que o agressor não muda. Fatores como o medo, a culpa, a vergonha, o amor pelo agressor, manipulação do agressor, desconhecimento de seus direitos e falta de informação, preocupação com os filhos, insegurança econômica e a esperança da resolução do problema contribuem para o descaso da denúncia.

Eis os discursos dessas mulheres: *“Eu sei que minha vida sem ele seria muito melhor, mas se você perguntar para mim porque eu ainda estou com ele, volto a lhe responder que não consigo deixar por causa da vergonha, por causa dos meus pais, e a minha maior preocupação é o meu filho, ele é um bom pai, ele cuida da educação do meu filho, quando eu estou trabalhando ele cuida dele, ai eu penso até se um dia meu filho ficar doente, como eu vou trabalhar, ai eu volto atrás”*. (M.A) *“Eu não sei o que acontece, porque na verdade, eu que sustento a casa, acho que alguma coisa tampa os meus olhos, mas ele é um bom pai, nunca nem bateu nos meninos”* (M.E)” *“O medo me levou a ficar com ele, ele falava que se eu não fosse dele, eu não seria de mais ninguém. Eu também tinha esperança que ele mudasse. Ele sempre fazia promessas de mudar, e sempre dizia para eu não esquecer o que ele pode fazer comigo, tenho muito medo por meus filhos. Ele é capaz de qualquer coisa”* (M.C). *Logo que eu conheci ele, ele era maravilhoso comigo, e ai a gente se conheceu e foi logo morar junto, ai foi depois que eu conheci quem ele era, ai depois já estava gostando dele, mas hoje não gosto mais”*(M.G). *“Ele era muito bom para os meus filhos, e eu pensava nos meus filhos, como eu ia sustentar meus filhos, ele também era bom comigo, porque tudo que era dele era meu também, ele não deixava faltar dinheiro, ele é muito bom para os meus filhos”* (M.H). *“Eu acho que*

*gostava dele, e tinha esperança dele mudar, mas agora não gosto dele mais não, acho que eu ficava também por causa dos meus filhos” (M.F).*

As mulheres deixam expresso em suas falas o fato de que sempre acreditaram que seus companheiros pudessem melhorar, e, um dia, parassem de ser violentos. Acontece, porém, que isso é muito difícil de acontecer, pelo que mostra o dia – a- dia. Ficou delineado que as participantes consideram vergonhosa a idéia de separação e não admitem ser mal casadas, levantando a possibilidade de uma separação apenas quando a situação se torna insuportável. Isso não quer dizer que sejam fracas, mas sim que é difícil se decidir e tomar atitude.

Segundo Miller (1999), existe uma lógica consciente ou inconsciente que, para a mulher, justifica sua permanência dentro de uma situação de violência. Nesse sentido, a permuta, a falta de recursos para a sobrevivência, o medo e outros fatores emocionais são explicações que justificam a submissão feminina.

Diversos fatores e razões, entretanto, dificultam a saída da situação e o pedido de apoio, alguns relacionados à dinâmica própria do ciclo da violência, outros relacionadas ao estigma associado à condição de vítimas de violências, além da importância do casamento e do cuidado dos filhos como projeto de vida para as mulheres. A mulher pode sentir-se culpada, pode ter vergonha, medo, temer pela sua segurança e a de seus filhos; pode ainda achar que, se for melhor esposa e mãe, o marido vai mudar, como prometeu; pode amar o parceiro, sentir-se incapaz de sobreviver sozinha, pensar que o que sofre é banal e que ninguém daria importância (SCHRAIBER et al, 2005).

De acordo com o Modelo de Crença em Saúde, os níveis de suscetibilidade e severidade fornecem força e energia para o indivíduo agir e a percepção dos “benefícios menos barreiras” direciona o curso da ação; entretanto, a combinação desses fatores, apesar de alcançar níveis consideráveis de intensidade, pode não resultar em uma ação, necessitando de um evento instigante para estimular o comportamento apropriado de saúde. Na área da saúde, tais eventos ou estímulos para a ação podem ser internos, como a percepção do estado corporal, ou externo, como as interações interpessoais, o impacto da mídia, os lembretes de profissionais de saúde e o conhecimento de que alguém foi afetado pelo problema (ROSENSTOCK, 1974).

Assim, as mulheres referiram-se a alguns fatores facilitadores que serviram de estímulos na busca de medidas de proteção e desencadearam o processo de denúncia. Alguns depoimentos exemplificam esta afirmação: *“Não aguentava mais a minha vida, eu tinha medo de voltar para casa e de madrugada ele me matar, fazer alguma coisa comigo”* (M.H). *“Eu denuncie porque ele tentou me matar com uma arma, ele foi atrás de mim e do meu filho, que não é filho dele, ele tomou minha filha pequena”*. (M.F) *“Não quero mais ele não, ele não muda não. Eu não quero não, porque ele não se ajeitou ai não adianta eu voltar para um homem desses. Agora eu vou é trabalhar, criar os meus filhos”* (M.G) *“Eu quero sim a separação, não dá mais, ele me magôo demais, hoje eu não sinto mais falta dele, não sinto vontade de estar perto dele, de estar com ele”* (M.D) *“Eu não queria o meu nem me dando ouro, eles prometem, mas não cumprem nada”*. (M.C)

A intensidade do estímulo necessário para iniciar a ação depende da percepção da suscetibilidade e da severidade da doença. Assim, uma baixa aceitação da suscetibilidade e da severidade necessita de estímulo mais intenso para desencadear uma resposta e vice-versa (ROSENSTOCK, 1974).

Com efeito, se a prontidão do indivíduo para realizar a ação for alta e os aspectos negativos forem fracos, a ação preventiva será realizada; na presença de uma relação inversa, os aspectos negativos serviriam de barreira para a realização da ação (ROSENSTOCK, 1990).

As mulheres em seus relatos falavam sempre da dificuldade de sair da situação de violência doméstica, porém, quando percebem que todas as tentativas e negociações se esgotaram, e o escalonamento da violência pode chegar ao extremo, no caso ao assassinato, elas partem para o enfrentamento da questão, conforme a seguir: *“Eu era muito violentada, a primeira vez que eu denuncie ele foi em maio desse ano, ele me bateu de noite, dessa vez eu me separei, ai ele ficava só ligando pedindo para mim voltar para ele, volta, volta, ai tinha hora que a minha mãe atendia o telefone, e dizia: volta para casa, o teu marido esta desesperado, a minha mãe não me dava apoio. Ai acabei voltando para casa, ai a primeira vez que eu voltei ele já queria dormir comigo, ai depois disso foi uma briga muito feia, ele me bateu e puxou os meus cabelos, ai nesse mesmo dia eu fui lá na delegacia e abri outro B. O contra ele, ele também tinha levado a minha filha, e eu queria ela de*

*volta, e fui tentar pegar a menina, ai foi quando ele me ameaçou com a arma, eu escapei por pouco” .(M. F). “A primeira vez que eu denuncie foi um dia que ele tava muito depressivo, violento, dizendo que ia me matar, ai eu sai de casa, fui na delegacia da mulher, falei com a advogada e denuncie ele” . (M.B).*

Neste sentido, romper com a dinâmica cíclica de violência demanda fortalecimento pessoal, autonomia, autoconhecimento, desenvolvimento da capacidade de escolha, coragem para o enfrentamento do problema de violência que causa dor e sofrimento à mulher vítima (SEGALIN, 2003).

Por todas as dificuldades citadas, a busca de saída muitas vezes é tardia, e um grande propulsor da mudança foi o agravamento da violência, com a mulher tomando a decisão por medo do que poderia acontecer a elas e aos seus filhos.

Sendo assim, as nove participantes do estudo informaram que não registraram a primeira ocorrência de violência doméstica que sofreram. Todas denunciaram após vários episódios de violência. Saliem-se esses comentários: *“Ele me batia muito, e eu falava rapaz não faça isso não. Ele pegava era minhas roupas novas para comprar droga. Eu ficava dizendo que ele tivesse medo por causa da Maria da Penha, ai ele dizia que eu tivesse cuidado se não era eu que ficava igual a ela, aleijada. Ai um dia ele me bateu e eu fui para a casa dos meus pais, e meu pai me levou na delegacia, meu pai e minha madrasta, ai eu fiz um B.O e fui encaminhada para a casa de proteção. Foi meu pai que falou com a delegada” (M.G). “Ele me batia muito, me espancava muito, eu pensei que nunca fosse deixar ele”. (M. H).*

Segundo Marques (2005), outra forma de intimidação é o uso de ameaças. O homem faz-se assustador e de forma sutil desestabiliza a mulher com ameaças que nunca se sabem se serão verdadeiras ou irreais.

O medo das conseqüências, normalmente objeto de ameaças por parte do agressor, de que o conhecimento de uma denúncia acarretaria em “conseqüências mais sérias do que somente uma surra” leva a vítima a esconder a agressão.

Verardo (1993) relata ser muito comum a mulher não denunciar a agressão sofrida. Ela se cala e por muito tempo. Quando decide fazer a queixa, já tem uma história acumulada de agressões iniciadas há muito tempo. Não é, portanto, a primeira agressão que provoca a queixa e, geralmente, não é esta a agressão que



provocou danos físicos mais sérios. As mulheres vão às delegacias, quando chegam a um ponto em que não podem mais tolerar o tratamento recebido e esse ponto varia de caso em caso.

Sagot (2000) entrevistou cerca de 400 mulheres, constatando que elas buscam diversas formas de apoio e meios de transformar a situação, mostrando que falta de apoio ou o sentimento de vergonha e o desprestígio em relação ao cumprimento de papel esperado pela mulher, esposa e mãe, bloqueiam internamente a decisão da rota, ou seja, da denúncia. Também a qualidade do cuidado recebido em instituições foi muito importante: o encorajamento, a informação precisa e o não-julgamento contribuem para a continuidade da rota, enquanto o descaso, a burocracia e a dificuldade de acesso foram grandes inibidores de denúncias.

O fato de a mulher demorar tanto tempo para dar queixa na delegacia é uma atenuante para sua denúncia, afinal, pode ser que ela esteja somente querendo dar um susto no marido e essa situação tem um peso muito grande na decisão da polícia sobre a validade ou não de se abrir um inquérito. A questão é saber até que ponto a vítima tem interesse em punir legalmente o acusado. Eis algumas falas significantes: *“Teve um dia que ele me bateu e eu fiquei com aquela raiva, ai fui para a delegacia, nesse dia fiquei de plantão, ai fiz um B.O contra ele, mas não tive coragem de seguir em frente, eu queria mais era dar um susto nele” (M.D).* *“Eu não dei continuidade no processo, não sei o que acontece parece que você fica dependente como se fosse uma droga.” (M.E).*

De acordo com Grossi (1998) algumas relações se estabelecem sob a égide do “efeito gangorra” que ocorre da seguinte forma: a mulher procura a delegacia de defesa da mulher, que pode funcionar como um freio à violência, pois a mulher, ao fazer um boletim de ocorrência com queixa de agressão, amedronta o marido, que, sob pressão e ameaça, torna-se bonzinho. Com o passar do tempo, na dinâmica da relação surgem os conflitos, o companheiro torna a agredir a mulher, que vê sua auto-estima minada, sofre, fica por baixo, até não agüentar mais, quando acena novamente para a possibilidade de procurar a delegacia.

Continuando com o pensamento, Rifiotis (2004) assinala que um aspecto marcante nos atendimentos das delegacias da mulher é a utilização do poder de

polícia - pelo mecanismo da intimação – para reordenar as relações de poder no espaço doméstico. O cenário é o seguinte: após denunciar, por exemplo, uma agressão, a vítima pede que a delegada chame o seu parceiro para conversar, para que ela lhe dê um conselho ou até mesmo um susto. A atividade de polícia judiciária é constantemente substituída por uma demanda de ordem privada. No limite, parece que, do ponto de vista policial, haveria uma espécie de manipulação secundária da delegacia por parte da vítima, que procura se valer da autoridade policial para obrigar o seu agressor a admitir o erro e a renegociar a sua relação; ou seja, a intimação é re-significada como intimidação.

Por isso, na visão de alguns autores, o mais difícil às vezes não é fazer a denúncia, mas mantê-la, porque, na maioria dos casos, a retirada da queixa é comum e resultante da interação das vítimas, hesitantes em criminalizar penalmente o parceiro que está perturbando a ordem doméstica, com as polícias, que percebem nas queixas uma situação mais social ou psicológica, desqualificando-as como crime (SCHRAIBER, 1999; BRANDÃO 2006).

Brandão (2006) ressalta que esta interpretação da retirada da queixa lhe dá um sentido diverso da idéia comum de que o procedimento seria fruto da falta de consciência das mulheres de seus direitos ou de sua cidadania, ou de sua submissão, enquadrando o processo como ocorrência institucional em concepções de direitos diversas.

A violência doméstica, contudo, ocorre numa relação afetiva, cuja ruptura demanda, na maioria das vezes, uma intervenção externa. Raramente uma mulher consegue se livrar de um homem violento sem auxílio externo. Até que isto ocorra, uma trajetória oscilante acontece com movimentos de saída da relação e de retorno a ela. Mesmo quando permanecem na relação por décadas, as mulheres reagem à violência, variando muito as estratégias. A compreensão deste fenômeno é importante, porquanto há quem as considere não-sujeitos e, por via de consequência, passivas (GREGORI, 1989; CHAUI, 1992).

As mulheres, no entanto, nem sempre são vítimas passivas das situações de violência. Em um estudo ao se perguntar àquelas que tinham sofrido violência se alguma vez já haviam revidado, obteve-se como resultado o fato de que apenas 21% nunca haviam reagido (Schraiber et al., 2002), ou seja, a maioria revida as agres-

sões recebidas.

Portanto, algumas participantes reagiam diante às agressões, sempre com a intenção de se defenderem da violência. Vale ressaltar os relatos: *“Teve um dia que ele chegou tarde e a gente começou a discutir, ai ele me bateu, nesse dia ele quebrou tudo em casa. Aí nisso, ele veio para cima de mim e eu mandei mesmo, bati nele”* (M. E). *“Ele puxou os meus cabelos e me deu um murro nos peitos no dia 06 de agosto, foi a ultima vez que triscou em mim, mas ai ele também levou, ele bate e ele leva, ele esta me matando aos poucos, mas eu também já bati nele sim”*. (M.D).

Neste estudo, o revide foi inclusive percebido como ação positiva pelo grupo focal, contudo, o revide, embora freqüente e podendo ser exercido como forma de defesa, não extingue a violência, ao contrário, sufoca as possibilidades de entendimento comum (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Continuando com o pensamento dos autores, acredita-se que a comunicação voltada para o entendimento nas relações interpessoais e a efetiva garantia dos direitos humanos internacionalmente consagrados é que podem atuar contra a violência ou preveni - lá. O uso da violência como revide é a atitude de uma mulher com poucos recursos de defesa, isolada de sua rede social e de instituições para lidar com o problema (SCHRAIBER *et al.*, 2005).

O isolamento está muito presente na maioria dos discursos. As mulheres, em situação de violência, falam da sensação de prisioneiras, com impossibilidade de buscar na comunidade caminhos ou alternativas para interromper o ciclo da violência, conforme a seguir: *“Eu decidi denunciar no dia em que a gente brigou e ele me trançou em casa, ai quando ele chegou eu disse que ia na padaria e fui lá na delegacia, ai fiz um B. O. contra ele, e hoje eu estou na casa de abrigo. O problema dele era a bebida, porque quando ele não bebia ele era um amor de pessoa”*.(M. H).

Algumas mulheres avaliam a atitude agressiva do parceiro, segundo Azevedo (1987), não o responsabilizando pela ação violenta, justificando o ato agressivo à sua fragilidade natural, como se ele fosse doente, nervoso, dependente de álcool ou de drogas. Justificativas são também dadas pelo o homem para as agressões cometidas: *“Ele falava que me batia porque eu o tirava do serio”*. (M.I) *“Ele fala que*

*a culpa de tudo é minha, só minha, na cabeça dele, ele é uma pessoa maravilhosa e gentil". (M.A)*

O agressor divide suas explicações em dois grupos - desculpas e justificativas-, sempre negando e projetando a violência na droga ou na falta de controle, denotando a impossibilidade temporária de raciocinar (MARQUES, 2005). Outro fator de discussão e discórdia é o ciúme, sendo tema recorrente no discurso das mulheres: *"Ele não acredita que eu estou num abrigo, ele é tão doente que acha que eu estou com outro homem, pensa que eu fugi de casa por causa de outro homem". (M.C)* *"Ele dizia que tinha ouvido um boato na rua que ele era corno, que eu tinha outro e era por isso que eu não queria ter relação com ele" (M. G).*

Segundo Klein (1975), à medida que o ciúme representa reação de ódio e agressividade como possibilidade de perda ou ameaça, ele é um sentimento primário, e tão inevitável quanto qualquer reação. É vivenciado como um sentimento de humilhação. Na medida em que abala a autoconfiança e a sensação de segurança de um casal, a explicação que a pessoa nessa situação se dá é de que não é amado, ou acredita não o ser. Este fato inconscientemente significa a seus olhos que não é digno de amor, que não é suficientemente bom e por isso foi ou será abandonado, então, começa a demonstrar ciúme e a procurar falta de amor no referido parceiro (a), a fim de não encontrá-la em si mesmo, e a descobrir maldade num rival em lugar de fazê-lo em si mesmo. Então, se instala na relação do casal um ciclo de brigas e desentendimentos.

Na maioria das vezes, a violência física vem acompanhada pela violência sexual, sendo a mulher forçada a ter relações sexuais com o agressor ou até mesmo a participar em atividade sexual não desejada (ENTENDENDO a agressão, 2004).

Portanto, segundo os relatos, a relação sexual ocorreu, muitas vezes, acompanhada da violência física e prevista no contexto das obrigações conjugais. Algumas relataram situações em que o parceiro insistiu na relação amorosa, apesar de elas não quererem; nenhuma delas fez uma denúncia prévia desta situação. O sexo cedido ou sob resistência foi recorrente, mas pouco nomeado como violência. Eis algumas falas significativas: *"Uma vez ele me virou na cama e fez sexo comigo, eu não queria, mas ele me virou de uma vez e fez sexo comigo". (M.G).* *"Às vezes ele me batia e depois vinha me procurar, ele queria que eu esquecesse na mesma*

*hora que tinha me batido, aí eu não queria fazer sexo com ele e ele dizia que eu tinha outro homem". (M. F).*

Para muitas mulheres, contudo, a violência sexual praticada pelo seu parceiro não é considerada estupro, aceitando as normas sociais que atribuem ao homem o direito de usar do corpo da mulher ao seu arbítrio (FAÚNDES et al, 2000).

A degradação crescente da relação se refletiu igualmente na qualidade das relações sexuais, transformando a cama num campo de batalha, revelador, em alguns casos, do desprazer sexual cronicado (DANTAS- BERGER; GIFFIN, 2005).

Enfim, as dificuldades para mudar as situações são muitas, mas também são variadas as formas como as mulheres falam sobre os seus problemas, procuram ajuda e por vezes conseguem transformar a situação.

Está-se, então, diante de um quadro de mudança de comportamento muito sério, cuja situação é delicada e de solução difícil, uma vez que a área de abrangência perpassa os campos da saúde, da política e da cultura, e para essa percepção se somam os medos e os receios de perdas, freqüente em situações de violência. Medos da reação do companheiro e a possibilidade de ele agredi-la, abandoná-la ou mesmo de matá-la; o medo de perder a guarda dos filhos, de perder sua casa e ficar sem nada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema violência, sob qualquer âmbito em que ela se apresente, é tarefa que depara uma pluralidade de conceitos. A violência está inserida de forma assustadora na sociedade, embora não seja muito percebida pelas pessoas na magnitude com que se apresenta e nas sérias repercussões que acarretam, tanto no plano individual como coletivo. Dentre as diversas modalidades de violência, a agressão contra a mulher é uma realidade que não escolhe classe social, sexo, raça, cor, dentre outros atributos e está presente no interior das famílias.

Dentro da realidade de violência contra a mulher, uma inquietação bastante freqüente, que surge na mente dos que defrontam o problema, reside na forma pela qual se pode explicar a permanência dessas mulheres dentro da violência, surgindo perguntas como, por exemplo: por que não se separou antes? Essas perguntas são feitas frequentemente às mulheres, pois são desconsiderados os mecanismos existentes na sociedade que inviabilizam a saída da relação violenta, permanecendo em evidência somente o denominado fracasso da mulher em levar à frente a denúncia.

Considera-se com este estudo que as situações de privação, econômicas e culturais são fundamentais para essas mulheres não vislumbrarem novos horizontes e não descobrirem saídas para romper o silêncio que permeia a violência doméstica e buscar opções viáveis para quebrar do seu ciclo.

Neste estudo, com o Modelo de Crenças em Saúde, foram analisadas as formas de enfrentamento no processo da denúncia por mulheres vítimas de violência, assim como suas percepções sobre este fenômeno e as dificuldades encontradas para se posicionar e denunciar.

As crenças sobre a violência e as formas de enfrentamento, assim como a percepção do risco, da gravidade, dos benefícios e das barreiras durante a denúncia, mostraram ser culturalmente construídas e influenciáveis no comportamento das mulheres quanto às mudanças e à própria saúde.

A percepção da suscetibilidade e da severidade da violência possui forte componente cognitivo, sendo, portanto, dependente do conhecimento. Assim, o conhecimento das mulheres acerca da violência e de sua causalidade influencia sua

percepção quanto a estarem mais suscetíveis à sua ocorrência ou quanto às conseqüências de sua presença.

A percepção que possuem sobre a violência, representadas pela lógica patriarcal, desmistificando a naturalidade da violência do homem contra a mulher, as crenças e os valores acerca desta podem influenciar estas mulheres a perceber sua suscetibilidade em apresentar o problema e a sua severidade.

Do mesmo modo, também podem notar os benefícios em se evitar as situações e comportamentos que consideram de risco e, ao entender que esta violência foi culturalmente elaborada, identificar as barreiras para se fazer a denúncia, compreendendo que esta situação pode ser mudada.

As percepções individuais e coletivas, bem como os estímulos para a ação, podem levá-las a perceber a violência como grave problema de saúde, que deve ser denunciado precocemente para se evitar o pior, aumentando as chances de vida e diminuindo a possibilidade de recorrência. Esta percepção, em conjunto com os benefícios, menos as barreiras percebidas para a tomada de ação, constituem um indicativo da probabilidade dessas mulheres denunciarem.

Nesta perspectiva, uma denúncia mais efetiva pode ser obtida quando as crenças das mulheres sobre a sua suscetibilidade à violência, a severidade da violência e os benefícios e barreiras para agir são consideradas e direcionam a vítima na tomada de consciência.

Ao relatarem suas formas de enfrentamento nesse processo, estas mulheres permitiram vislumbrar o universo de significados que emergiram de suas experiências com a violência. Para elas, a vivência dessa situação ultrapassou os limites da experiência física, pois também envolveu sofrimento psicológico, emocional, econômico e social. Assim, estas mulheres revelaram o silêncio inerente das relações violentas e procuraram estratégias capazes de minimizar os efeitos gerados pela convivência com a violência e romperam com o silêncio.

Entre os problemas ligados à dificuldade de denúncia, destacam-se as barreiras culturais, os fatores educacionais e a banalização de comportamentos violentos, assim como a falta de serviços especializados para atender os casos de violência doméstica, com profissionais sensíveis à dor do outro e à dimensão do problema. Os depoimentos relatados pelas participantes mostraram a existência da

violência física e psicológica ocorrente nos seus lares, o que implica a necessidade de atendimento especializado.

A análise dos dados utilizando os conceitos do Modelo de Crenças em Saúde destacou alguns aspectos que devem ser trabalhados no enfrentamento de uma situação de violência. Devem ser reforçados os aspectos positivos relativos à sua percepção de suscetibilidade, severidade e benefícios em adotar ações para o enfrentamento da violência, enquanto os negativos, como as barreiras percebidas no processo da denúncia, devem ser minimizados.

Compreender as condições necessárias para a superação da violência e os obstáculos colocados nesse trajeto pode ajudar a responder, ao menos parcialmente, as perguntas a respeito da continuidade das situações e apontar meios coletivos de superação, que são mais efetivos, pois, se algumas mulheres e homens conseguem mudar suas vidas e encontrar caminhos livres de violência, só uma sociedade atenta e ativamente contrária à violência contra a mulher, com sólidas e eficazes instituições, poderá garantir que tais casos deixem de ocorrer e ser banalizados.

Há de se reconhecer que, ao se tratar o tema da violência, conceitos e condutas estão ainda em ebulição, e muitas dúvidas só encontrarão respostas na discussão coletiva entre profissionais e agências de atendimento. A violência tem se incorporado, amplamente, no cotidiano da sociedade brasileira e requer que se descortinem, cada vez mais, modos operacionais no sentido de se aproximar dos agentes que as enfrentam, seja direta ou indiretamente, objetivando minimizá-la.

Diante do impacto da violência, pode-se propor algumas estratégias:

- incentivo de pesquisas para que possam atuar sobre os problemas; realizar discussões acerca da temática, envolvendo instituições, grupos e meios de comunicação para o conhecimento e sensibilização sobre o fenômeno;
- é essencial promover a articulação entre os setores da Saúde, da Educação e da Justiça, a fim de que se possa identificar melhor as ocorrências, uma vez que ainda há uma falta de reconhecimento de que a existência da violência doméstica é um problema social;



- os serviços de saúde devem estruturar-se para o aprimoramento dos diagnósticos e o atendimento dos casos, bem como criar condições de acesso aos serviços;
- deve-se promover modelos de atendimento integral, realizando todos os encaminhamentos que se fizerem necessários; e
- ampliar a discussão para a situação entre os parceiros e não deter-se nos problemas exclusivamente femininos ou masculinos, pois não se resolvem situações de gênero referindo-se unicamente aos sofrimentos da mulher.

Diante dessas asserções, compreende-se que só será possível ter uma denuncia eficiente ao se proporcionar a efetiva participação das mulheres nos processos de mudança, ou seja, deve-se recorrer aos eixos estruturantes da promoção de saúde – paz, justiça, equidade, *advocacy* - utilizando os princípios da Educação, para que as mulheres possam conduzir as mudanças necessárias e identificar seu potencial nas formas de enfrentamento à violência doméstica.

## 6 REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 1, p.108-113, jan. 2005.

ALVES, B. M; PITANGUY, J. *O que é determinismo*. 8. ed. São Paulo: brasiliense, 1991.

AMERICAS WATCH, 1993. *Violência Policial Urbana no Brasil: mortes e tortura pela polícia em São Paulo e no Rio de Janeiro nos últimos cinco anos, 1987-1992*. Relatório de Pesquisa. Núcleo de Estudos da Violência, Universidade de São Paulo, São Paulo, 52 pp.

ARCOVERDE, M. L. V. *Cotidiano dos familiares vítimas de violência*. Fortaleza, UNIFOR, 2005. 103p. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde). Universidade de Fortaleza, 2005.

ARENDT, A. *As origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das letras, 1990.

ASSIS, S. G; DESLANDES, S. F; SANTOS, N. C. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C.S. (Orgs.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

ATAÍDE, M. B. C. *Vivência grupal: estratégia de engajamento no autocuidado em diabetes*. Fortaleza, UFC, 2004. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, 2004.

AZEVEDO, M. A. *Mulheres espancadas: a violência denunciada*. São Paulo: Cortez, 1986.

BARBOSA, E. F. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Revista Educativa*, São Paulo, fev. 1998.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, H. M.; OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência sexual: sofrimentos, marcas e enfrentamento de um grupo de adolescentes. *Sustentação*, Fortaleza, v.2, n.11, p.20-34, maio-ago. 2003.

BATCHELOR, S; BURMAN, M; BROWN, J. Discussing violence: Let's hear it for the girls. *Probation Journal*, Liverpool, v.48, n.2, p.125-134, june. 2001.

BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1999.

BECKER, M. H. *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Copyright, 1974.

BEDONE, A.J; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-469, fev. 2007.

BERTHERAT, T; BERNSTEIN, C. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BRANDAO, E.R. *Nos corredores de uma delegacia de mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal*. Rio de Janeiro, UERJ, 1996. 183p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, 1996.

BRANDÃO, E. R. Renunciando de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16 n. 2, p. 207-231, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. *Diretrizes e normas técnicas de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Programa de prevenção, assistência e combate a violência contra a mulher*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Taxa de mortalidade específica por causas externas*. Disponível em: <<http://www.Datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 de Set 2005

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BURGE, S. K. How do you define abuse? Practice commentary. *Archives of Family Medicine*, v. 7, p. 31-32, 1998.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163- 177, 2000.

CARVALHO, T., et al. *Terapia ocupacional na complexidade do sujeito*. Rio de Janeiro: AFC, 2003.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.V.C. e HEIBORN, M.L. (Orgs.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1992.

CLADEN - Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos direitos da mulher. *Questão de vida-balanço regional e desafios sobre os direitos das mulheres a uma vida livre de violência*. Lima: CLADEN, 2000.

COELHO, C. M. S. *Cidadania em políticas públicas voltadas para mulheres vítima de violência de gênero*. São Paulo, PUC, 2005. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 10ª Conferência Nacional de Saúde. *A violência doméstica é também uma questão de saúde pública*. Disponível em < URL: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/violencia-contra-mulher>> Acesso dez. 2006

COUTO, M.T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11(sup): p.1323-1332, 2006.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf.*, Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 5-25, 1999.

DANTAS – BERGER, S.M; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p. 417-425, mar-abril, 2005.

DAWSON, S.; MAMDERSON, L.; TALLO,V.L. *The focus group manual*. Genebra: UNDP/WORLD BANK/WHO, 1992.

DEBUS M. *Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales*. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELA, M. F. *O modelo de crença em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. Tese (Doutorado em psicologia). Brasília (DF): Instituto de psicologia da Universidade de Brasília, 1995.

DEMO, P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. 2ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

DEMO, P. *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R; SILVA, C. M. F. P. Characterization of the cases of domestic violence against women assisted in two public hospitals of Rio Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 129-137, 2000.

VASCONCELOS FILHO, E. V.; SAMPAIO, J.J.C. Homicídio e Saúde Pública em Fortaleza; *Sustentação*, Fortaleza, v. 2, n. 11, p. 10-19, maio / ago. 2003.

ENTENDENDO a agressão. Disponível em <<http://www.lbam.org.br/viomulher/info104>>. Acesso em: 11 jan 2007.

FAÚNDES A, HARDY E, OSIS MJ, DUARTE G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história da violência sexual. *Rev Brás Ginecol Obste*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.153-7, apr. 2000.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E.P.; BORDIN. J (org). *Paixão de aprender*. Petrópolis, RJ: Vozes,1992.

FREIRE, M.A. *Quem cala consente*: analisando as queixas das mulheres atendidas na Delegacia de Defesa da Mulher de Sobral, 2003, 107p. Monografia (graduação em enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, Ceará, 2003.

FUKS, L. B. Diferentes momentos da evolução feminina, In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; B, D. M. (Orgs.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro, 2005.

GERBARA, I. *Rompendo o silêncio: uma fenomenologia feminista do mal*. Petrópolis: Vozes, 2000.

GIANOTTEN, V. e DEWITH, T. Pesquisa participante em um contexto de economia camponesa. In: BRANDÃO, C. R. *Repensando a pesquisa participante*. 2ª ed. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1985.

GOLEMAN, D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GOMES, M.L.M; G.H.F. NETO; VIANA. C.H. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 6 (Sup), p. 27-34, maio, 2006

GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S (Org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2001.

GOMES, R.; MINAYO, M.C. de S.; SILVA, C.F.R da. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 117-140, 2005.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 7, n.2, p. 299-319, jul. 2002.

GREGORI, M.F. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e práticas feministas*. São Paulo: Paz e Terra, 1992- 218p.

GROSSI, M. P. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal. In: PEDRO, J. M e GROSSI, M.P (org), *Masculino Feminino Plural*. Florianópolis: Mulheres; 1998.

HAGUETTE, T. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3° ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1992.

HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. *Etnografia: métodos de investigación*. 1°. ed. Buenos Aires: Paidó, 1994.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. *Violence against women: The hidden Health Burden*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The world Bank, 1994

IZUMINO, W. P. *Justiça para todos: os juizados especiais criminais e a violência de gênero*. Tese de Doutorado. (Departamento de Sociologia). Faculdade de fisiologia, letras e ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2003. 389 p.

JORGE, M.S.B.; OLIVEIRA E.N; FREIRE, M.A: Quem Cala, Consente. *Sustentação*, Fortaleza, v. 2, n. 11, p.38-52, maio / ago. 2003.

KITZINGER, J. Introducing focus groups, *British Medical Journal*, V. 311, p.299-302, jul. 1995.

KLEIN, M. *Amor, ódio e reparação*, Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KRONBAUER, J. F.D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.5, p.695-701, out. 2005

LERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf.* São Paulo, v.35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

MARQUES, T. M. Violência conjugal: estudos sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos. Uberlândia, 2003. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade federal de Uberlândia, 2003.

MATTAR, R; ABRAHÃO, A. R; NETO, J. A; COLAS, O. R; et al. Assistência multiprofissional a vítima de violência sexual: A experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2 , fev. 2007

MESQUITA, M. Homicídios de Crianças e adolescente: uma contribuição para a administração da justiça criminal em São Paulo. *Relatório de Pesquisa Aplicada*. Ministério público do Estado de São Paulo/UNICEF, São Paulo, 1995.

MICHAUD, Y. O problema das definições. In: FRANÇA. *A violência*. Tradução de L. Garcia. Editora Ática, 1986, p.7-15.

MILLER, M. S. *Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres*. Tradução de Denise Maria Balhano. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs). *Impacto da violência na saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1): p. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 7-32, 1999.

MONTEIRO, A, et al. *Mulher da luta e dos direitos*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

MORGAM, D. L.; KRUEGER, R. A. When to use focus groups and why. In: MORGAN, D.L. *Successful focus group: advancing the state of the art*. Newsbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

MULLENDER, A. (1997) *Re-thinking Domestic Violence: The Probation and Social Work Response*, London, Routledge, 1997.

MUNIZ, J. Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre a negociação de conflitos nas DEAMs/ RJ. In: SOARES, L.E. et al. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ ISER, 1996.

O'KEEFE, M. Predictors of dating violence among high school students. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 12, n. 4, p. 546-568, 1997.

OLIVEIRA, E. N. *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral - CE: Edições UVA, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, v. 8, n. 5, p.499-504, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. *Políticas de Saúde para as mulheres de Fortaleza*. Secretária Municipal da Saúde. Fortaleza, Junho, 2005.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAUDE (PATH). Outlook, v.20, n°.1, 2002. Disponível em: < <http://www.benfam.org.br>>. Acesso em: 27 jan. 2006.

RANGEL, O. Violência contra a mulher: as desventuras do vitimismo e as armadilhas da cumplicidade. *Presença de mulher*. São Paulo, n. 39, p.37-44, set. 2001.

RICHARDSON, R. J., PERES, J. A. S.; WANDERLEY, J. C. V.; CORREIA, L. M. ; PERES, M. H. M. *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 1999.

RIFIOTIS, T. As delegacias especiais de proteção à Mulher no Brasil e a judicialização dos conflitos conjugais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 85-119, jan./jun. 2004.

ROSENSTOCK I. M. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Educ Monogr*, n. 2, v.4, p. 336-53.1974.

ROSENSTOCK, I. M. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ K, LEWIS F. M, RIMER B. K. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey - Bass Publishers; 1990.

RYAN, W. *Blaming the victim*. New York: Vintage Books Edition, 1976.

SAFFIOTI, H.I.B. *Gênero e Patriarcado-Violência contra as mulheres*. São Paulo: PUC-SP, 1999.

SAFFIOTI, H.I.B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis: Vozes, 1991.



SAFFIOTI, H.I.B.; ALMEIDA S. A. *Violência de gênero*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI, H.I.B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: MADEIRA, F.R. (Org). *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos, 1997.

SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos, 1992.

SAGOT, M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. OPAS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Lima, 2000.

SANTOS, C.M.; IZUMINO, W.P. *Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos Feministas no Brasil*. Disponível em: < [http://www.tau.ac.il/eial/XVI\\_1/mcDowell.html](http://www.tau.ac.il/eial/XVI_1/mcDowell.html) > Acesso em: 19 Dezembro 2006.

SCHRAIBER, L. B. D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: Interfaces com a saúde: *Interface-comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.3, n. 5, p.11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA Jr., I.; PINTO, A. A. Violência contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B; D' OLIVEIRA, A. F. P. L; FALCÃO, M. T. C; FIGUEIREDO, W. S. *A violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 7, n.12, p.41 – 54, 2003.

SCHRAIBER, L. B. et al . Violence against women attending public health services in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. *Rev. Saúde Pública* , São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil nas análises. *História, Educação e Realidade*,. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLITICAS PUBLICAS PARA MULHERES (SEMP). *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional*. Brasília: secretaria, 2003.

SEGALIN, A. Violência contra a mulher: expressão oculta nas relações de gênero.; 2005; *Comunicação; Seminário Nacional sobre saúde e violência na perspectiva da vulnerabilidade* - 9º Encontro do LEIFAMS, Porto Alegre, 2005.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 263- 272, 2003.

SILVEIRA, M. L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

SOUSA, F. J. S.; OLIVEIRA, E.N. Mulheres vítimas de violência Doméstica: Sofrimento, Adoecimento e Sobrevivência. *SANARE*, Revista de Políticas Públicas,. Sobral, Ce, N.2, out-dez . 2002

SOUZA, E. R; LIMA, C; VEIGA, C. In: BRASIL, Ministério da saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da saúde, 2005, p. 172-203.

ZUMA, C. D. et al. Módulo 7 – Violência de gênero na vida adulta. In: ASSIS, S.G. (Org.). *Curso impactos da violência na saúde*. Unidade II – Atenção as pessoas em situações de violência sob perspectiva do ciclo de vida e das vulnerabilidades. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

TRIVIÑOS, A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987

TUESTA, A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 143 p.

VERARDO, TERREZA. Violência. *Revista presença da mulher*, Seção Direito, p.08-10, jan-fev-mar. 1993.

VIANA, K; ANDARADE, L. Crime e Castigo. *Revista Jurídica*. Leis e Letras, n. 06, p. 11-18, 2007.

VIEIRA. A. C.V.C. *Crianças hospitalizadas por acidentes e as histórias infantis como estratégia promotora de saúde em terapia ocupacional*. Fortaleza, 2005. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza, 2005.

VILLELA, W; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, fev. 2007.

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. *Violence against women: Global scope and magnitude* London: Lancet, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Women's mental health: na evidence based review*. Genebra, 2000.

ZUWICK, A. N. O corpo violado. In: GROSSI, P. K.; WERBA, G. C. (Orgs.). *Violências e gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: Edipucrs, 2001.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Eriza de Oliveira Parente, portadora do CPF: 891.278.543.53, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR UM GRUPO DE MULHERES APÓS A DENÚNCIA. A finalidade do estudo é analisar as formas de enfrentamento encontradas por mulheres vítimas de violência doméstica, em Fortaleza, Ceará, e investigar a percepção sobre a violência doméstica de mulheres acolhidas em uma unidade de proteção a violência, bem como as dificuldades encontradas durante a denúncia.

Desse modo informo e solicito, por meio deste, a autorização para a realização da referida pesquisa, desejando sua valiosa contribuição. Informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.(<sup>a</sup>) será esclarecido de que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da pesquisa; poderá recusar-se a participar ou se retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema, bem como não terá prejuízo na sua atividade profissional e familiar. O pesquisador garante que prestará esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante é esclarecer que a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará ou [coetica@unifor.br](mailto:coetica@unifor.br). Sendo necessário, contate com a pesquisadora responsável.

Eriza de Oliveira Parente

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 - Fortaleza – Ceará.

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura do Participante

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_ portador (a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pelo pesquisador em seus mínimos detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Assim estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

- A garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
- A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga nenhum tipo de penalização.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo e o caráter confidencial da informação prestada.
- A garantia da não existência a danos e riscos a minha pessoa.
- A garantia de que não terei gastos financeiros durante a pesquisa. Concordo em participar desta pesquisa, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Reafirmo que fica claro que o participante pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## **APÊNDICE C**

### **GUIA DE QUESTÕES NORTEADORAS**

1) Em sua opinião, a mulher é vulnerável [indefesa] a violência doméstica?

[Categoria vulnerabilidade/suscetibilidade]

2) Você tem o conhecimento da gravidade de estar exposta a situação de violência?

[Categoria severidade]

3) Comente o que lhe protege dessa situação

[Categoria benefícios]

4) o que lhe fez ficar tanto tempo dentro da violência?

[Categorias barreiras]

5) Conte como foi o “caminho” percorrido na denúncia da violência doméstica sofrida e o que lhe ajudou a tomar a decisão de denunciar

[Categoria ação]

## **APÊNDICE D - ROTEIRO DA PRIMEIRA REUNIÃO**

Pauta da Reunião:

Discutir sobre o que é um grupo focal

Convidar as mulheres para participarem do grupo focal

Apresentar os observadores

Agendar as reuniões de grupo focal

Número de Participantes

Início dos grupos focais

Duração dos grupos focais

Explicar sobre como acontecerão às reuniões de grupo focal



## **APÊNDICE E - ROTEIRO DAS OBESERVADORAS DO OBSERVADOR**

DATA DA REUNIÃO:

Nº. DE PARTICIPANTES:

HORÁRIO DO INICIO DA REUNIÃO:

HORÁRIO DO TERMINO DA REUNIÃO:

O TEMA FOCAL DA REUNIÃO:

DINÂMICA DA REUNIÃO:

## **ANEXOS**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)