

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LEONORA REZENDE PACHECO

**VIOLÊNCIA CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO: AS VOZES DE
MULHERES QUE ROMPERAM COM A AGRESSÃO**

GOIÂNIA, 2012

LEONORA REZENDE PACHECO

**VIOLÊNCIA CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO: AS VOZES DE
MULHERES QUE ROMPERAM COM A AGRESSÃO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás,
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à Saúde Humana

Linha de Pesquisa: Integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

GOIÂNIA, 2012

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

Pacheco, Leonora Rezende.
P116s Violência Conjugal no Âmbito Doméstico: as vozes de
mulheres que romperam com a agressão [manuscrito] /
Leonora Rezende Pacheco. - 2012.
xv, 138 f. : il., figs, tabs.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem, 2012.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Apêndices. Anexos

1. Violência Doméstica 2. Violência Contra a Mulher 3.
Mulheres Maltratadas 4. Saúde da Mulher 5. Gênero 6.
Saúde Pública. I. Título.

CDU: 364.63-055.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEONORA REZENDE PACHECO

VIOLÊNCIA CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO: AS VOZES DE MULHERES AGREDIDAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor Marcelo Medeiros – Presidente da Banca
Universidade Federal de Goiás

Professora Doutora Dirce Bellezi Guilhem – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Joana Aparecida Fernandes Silva – Membro Efetivo
Universidade Federal de Goiás

Professora Doutora Helena Hemiko Iwamoto – Membro Suplente, Externo ao Programa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Professora Doutora Márcia Maria de Souza – Membro Suplente
Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres brasileiras, de todas as cores, de todas as idades, mães, filhas e esposas que foram, são ou, infelizmente, ainda serão marcadas pela violência perpetradas por seus companheiros.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é um sentimento grandioso. Acontece quando pessoas em nossas vidas têm tempo para partilhar e nos fazer saber, por bons atos, que nós estamos em seus pensamentos e que elas se importam. Muitos me demonstraram que se importam e por esses estou repleta de gratidão.

- Meus pais, Luiz e Luzia, por me oferecerem um “porto seguro”, repleto de incentivo, carinho e amor. Com essa segurança consegui ir em frente e encarei desafios, pois sei que sempre estariam ao meu lado.
- Aos meus irmãos, Luiz Henrique e Leandro, por estarem sempre disponíveis, perto ou longe, verdadeiros companheiros. Às minhas cunhadas.
- À vó Zolira, mulher guerreira, sempre à frente do seu tempo, nunca me deixou esmorecer; incrivelmente soube afagar e ser enérgica. À querida Tia Mariza.
- A todas as minhas amigas, em especial à Alyne e Maisa; faço também uma menção carinhosa à Karlla que foi meu alento no final do mestrado. A alegria da convivência com vocês tornou meu caminho menos árduo. Vocês têm minha sincera amizade.
- Ao Prof^o. Marcelo, por me dar a mão em cada passo dessa caminhada. Sabiamente soube orientar, escutar, falar, explicar, frear e empurrar nos momentos oportunos. MUITO OBRIGADA!
- Às integrantes do grupo de pesquisa Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE), em especial à Dalva, por me ensinarem a pesquisar e conviver.
- À Faculdade de Enfermagem – UFG representando todos aqueles que a compõe, professores, coordenadores, funcionários e colegas. Essas pessoas são responsáveis por toda minha formação profissional.
- Ao Centro de Valorização da Mulher (CEVAM), especialmente à Zenilda, Maria Luiza e Cecília, por terem me acolhido juntamente com minha proposta de pesquisa, facilitando meu caminho na coleta dos dados desse trabalho.

- À Prof^a. Joana Fernandes, membro da banca examinadora, que me acompanhou desde o início, na disciplina “Cultura e Identidade”, até a defesa desse trabalho, me inserindo na Antropologia e dando sugestões imprescindíveis para o trabalho.
- À Prof^a. Dirce Guilhem, pela disponibilidade em participar como membro da banca examinadora, com contribuições significativas para o enriquecimento do texto que ora se apresenta.
- Às Prof^{as}. Márcia Souza e Helena Hemiko, suplentes da banca examinadora, pelas valiosas contribuições neste trabalho.
- Às mulheres que sofreram violência conjugal e participaram desse estudo. Muito obrigada por compartilharem comigo suas vidas, suas tristezas e esperanças.
- À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pelo incentivo financeiro.
- A essa força maior que denomino Deus, que me impulsiona a ser uma pessoa melhor e me motiva a fazer a diferença nessa existência mundana.

Assim eu vejo a vida

A vida tem duas faces:
Positiva e negativa
O passado foi duro
mas deixou o seu legado
Saber viver é a grande sabedoria
Que eu possa dignificar
Minha condição de mulher,
Aceitar suas limitações
E me fazer pedra de segurança
dos valores que vão desmoronando.
Nasci em tempos rudes
Aceitei contradições
lutas e pedras
como lições de vida
e delas me sirvo
Aprendi a viver.

Cora Coralina

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
RESUMO	14
ABSTRACT	15
RESUMEN.....	16
1.....	T
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –	
TCLE	136
APRESENTAÇÃO	18
CAPÍTULO 01 – <u>DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO:</u> A VIOLÊNCIA	
CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO.....	23
1. Evolução Política, Social e Legal na Emancipação da Mulher.....	24
2. Panorama Estatístico da Violência Contra a Mulher.....	30
3. As Instituições Governamentais e da Sociedade Civil de Goiânia	
.....	37
4. Questões e Objetivos do Estudo.....	41
CAPÍTULO 02 - A VIOLÊNCIA CONJUGAL BASEADA NA CONSTRUÇÃO	
DE GÊNERO E SUSTENTADA PELA CULTURA	46
1.	D
delimitação Conceitual da Violência Conjugal no Âmbito Doméstico	46
2.	C
construção Social de Gênero	56
3.	
Pilares Culturais que Sustentam a Violência de Gênero	59
4.	P
pressupostos do Estudo	63
CAPÍTULO 03 - CAMINHO METODOLÓGICO	66
2.	P
Princípios Metodológicos	66
3.	C
campo do Estudo	66
4.	T
Trabalho de Campo	68
5.	A
Análise de Dados	73
CAPÍTULO 04 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
1. O Abrigo e as Mulheres.....	78

1.1 Caracterização do Abrigo	78
1.2 Caracterização das Mulheres	83
2. Convivendo com a Violência.....	86
2.1 Vivência dos Atos Violentos.....	87
2.1.a) Formas de Violência.....	87
2.1.b) Ciclo da Violência.....	91
2.1.c) Os Agressores.....	95
2.2 Marcas dos Atos Violentos.....	96
2.3 Amparo à Mulher.....	105
2.3.a) Profissionais de Saúde	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICE I	135
ANEXO I	138

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Ocorrências registradas e inquéritos iniciados pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher de Goiânia em 2010	31
Gráfico 2: Ocorrências registradas e inquéritos iniciados pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher de Goiânia em 2011	32
Quadro 1: Avanços políticos e sociais da emancipação da mulher	25
Quadro 2: Leis brasileiras no amparo à mulher.....	27
Quadro 3: Instituições Governamentais e das Organizações da Sociedade Civil de Goiânia segundo sua função e contato.....	39
Quadro 4: Caracterização das mulheres participantes da pesquisa, segundo a idade, estado civil, número de filhos e ocupação.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Notificação de violência doméstica contra mulheres segundo ano e município.....	33
Tabela 2: Escolaridade das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011.....	34
Tabela 3: Raça das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011.....	34
Tabela 4: Situação Conjugal das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011.....	34
Tabela 5: Agressores das mulheres que sofreram violência doméstica	35
Tabela 6: Tipos de violência perpetrados nas mulheres.....	35
Tabela 7: Meios utilizados pelos agressores para provocar a violência.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS – Centro de Atendimento Integral à Saúde

CEVAM - Centro de Valorização da Mulher

CIAMS – Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária

COMDM – Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CONEM - Conselho Estadual da Mulher

CPM – Centro Popular da Mulher

CPMCC – Centro de Proteção à Mulher Cora Coralina

CREI – Centro de Referência Estadual da Igualdade

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

FEN – Faculdade de Enfermagem

FNEDH - Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos

IG - Instituições Governamentais

MS – Ministério da Saúde

NPVPS – Núcleo de Prevenção das Violências, Causas Externas e Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSC - Organizações da Sociedade Civil

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PROVITA-GOIÁS – Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas no Estado de Goiás

PNPM - Plano Nacional de Políticas

SEMIRA – Secretaria de Estado de Políticas para Mulheres e Promoção da Igualdade Racial

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres

SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCO - Termo Circunstanciado de Ocorrências

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFG – Universidade Federal de Goiás

VCAD - Violência Conjugal no Âmbito Doméstico

RESUMO

A violência conjugal contra a mulher no âmbito doméstico é um problema de nível internacional. Ganhou notoriedade em vários setores da sociedade a partir da década de 1990 em razão de suas sequelas malélicas e especialmente por se constituir em um descumprimento dos direitos humanos. O setor saúde, por meio dos seus profissionais, deve compor a rede multidisciplinar na prevenção dessa forma de violência e apoio à mulher agredida. Assim, o objetivo desse trabalho é compreender o significado de violência conjugal para mulheres vítimas de agressão e identificar fatores que contribuem para o seu rompimento, na perspectiva de subsidiar o enfermeiro na elaboração de uma assistência direcionada para esta problemática. O referencial teórico consiste na delimitação conceitual da violência conjugal no âmbito doméstico, na construção social de gênero e nos pilares culturais que sustentam a violência de gênero. O referencial metodológico é de natureza qualitativa, sendo a Pesquisa Social utilizada como procedimento metodológico. Participaram do estudo 05 mulheres vítimas de violência conjugal, abrigadas no Centro de Valorização da Mulher; foram realizadas entrevistas semiestruturadas, capturadas imagens fotográficas e feita observação de campo. A análise dos resultados baseou-se na modalidade temática da análise de conteúdo, gerando três categorias temáticas: “Vivência dos Atos Violentos”, que diz respeito ao período em que as mulheres conviveram com o agressor, sendo significativas as formas de violência contra elas perpetradas: física, psicológica, sexual e patrimonial; “Marcas dos Atos Violentos”, na qual as mulheres apontam as marcas da violência que ficaram após romperem com o agressor. São sequelas físicas, sexuais e emocionais que afetam sua saúde; por fim, a terceira categoria, “Amparo à mulher”, na qual retratam o apoio que tiveram ou que gostariam de ter durante o processo de rompimento com o agressor. Verbalizam como entendem que deveria ser a atuação do profissional de saúde ao atendê-las e a necessidade da presença desse profissional no abrigo. O estudo contribuiu para compreendermos o significado da violência conjugal, com todas as suas especificidades, trazendo subsídios para que o enfermeiro preste um atendimento de qualidade a essas mulheres.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Mulheres Maltratadas; Saúde da Mulher, Gênero; Saúde Pública.

ABSTRACT

The conjugal violence against women in the domestic ambient is an international problem. It got notoriety since 90's decade, in several sectors of the society because of their evil consequence and to be an uncompliance of the human rights. The health sector, through their professionals, should compose a multidisciplinary work to prevent this form of violence and give support to an aggrieved woman. The objective of this work is to understand the meaning of conjugal violence for women victims of aggression and to identify factors that contribute to break with this situation in order to give subsidies to nurses provides care for women in this situation . The theoretical reference consist of the definition of conjugal violence in the domestic ambient, the social construction of gender and cultural pillars that sustain gender violence. The methodological reference is of qualitative modality, with Social Research as a methodological procedure used. The study included 05 women victims of conjugal violence, that lives sheltered at the Centro de Valorização da Mulher; were done semi-structured interviews, captured photographies images and observations in the field. The analysis of the results was based on the thematic modality of content analysis, originating three thematic categories: "Living with the Violent Acts", which relates the period that the women lived with the aggressor, being significant the forms of violence perpetrated against them: physical, psychological, sexual and property; "Marks of the Violent Acts", in which women show the marks of violence that stay with her after breaking with the aggressor. This marks are physical, sexual and emotional that affect their health; finally, the third category, "Support to Women", which brings the support that they had or would like to have during the process of breaking with the aggressor. The women express how should be the assistance of the health professional to attend them and the need of this professional in the shelter. The study contributed to understanding the meaning of conjugal violence, with all its specificities, offering subsidies for nurses to provide quality care to these women.

Keywords: Domestic Violence; Violence Against Women; Battered Women; Women's Health; Gender; Public Health.

RESUMEN

La violencia conyugal contra mujeres en el hogar es un problema internacional. Ha ganado notoriedad en varios sectores de la sociedad desde los años 90, debido a sus consecuencias maléficas y aun por constituir una violación de los derechos humanos. El sector de salud, a través de sus profesionales, debe componer la red multidisciplinaria en la prevención de esa forma de violencia y apoyo a mujeres maltratadas. Así, el objetivo de este trabajo es entender el significado de la violencia conyugal para mujeres víctimas de agresión y identificar factores que contribuyen para la ruptura con esa situación a fin de posibilitar subsidios para que el enfermero pueda atender a esa mujer. El referencial teórico consiste en la delimitación conceptual de violencia conyugal en el hogar, en la construcción social del género y en los pilares culturales que sustentan la violencia de género. El referencial metodológico es de naturaleza cualitativa, siendo la Pesquisa Social utilizada como procedimiento metodológico. Participaron del estudio 05 mujeres víctimas de violencia conyugal, abrigadas en el Centro de Valorización de la Mujer. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas, capturadas imágenes fotográficas y realizadas observaciones de campo. La análisis de los resultados se basó en la modalidad temática de análisis de contenido, generando tres categorías temáticas: "La experiencia de actos violentos", que se relaciona con el período en que las mujeres vivían con el agresor, siendo significativas las formas de violencia contra ellas perpetradas: física, psicológica, sexual y patrimonial; "Marcas de Actos Violentos", en la cual mujeres señalan las marcas de violencia que quedaron después de romper con el agresor. Son las secuelas físicas, sexuales y emocionales que afectan a su salud y, por último, la tercera categoría, "Apoyo a la Mujer", en la cual retratan el apoyo que tuvieron o que les gustaría tener durante el proceso de ruptura con el agresor. Verbalizan como entienden que debería ser la actuación del profesional de salud cuando atienden esas mujeres y la necesidad de la presencia del profesional en el abrigo. El estudio contribuyó para la comprensión del significado de la violencia conyugal, con todas sus particularidades, trayendo subsidios para que el enfermero preste un atendimento de calidad a estas mujeres.

Palabras-claves: Violencia Doméstica; Violencia contra la Mujer; Mujeres Maltratadas; Salud de la Mujer; Género; Salud Pública.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Optamos por iniciar este trabalho relatando como ocorreu nossa aproximação com a violência conjugal, um tema complexo que exige sensibilidade de quem o aborda. Para isso, trazemos aqui uma correlação entre o surgimento do interesse pelo tema com a Alegoria da Caverna de Platão. Esta alegoria encontra-se relatada no livro “A República”, de Platão (1959), e nos permite vastas e profundas significações e analogias.

A alegoria propõe que imaginemos uma caverna onde há alguns homens ao chão, acorrentados, voltados para frente de uma parede. Um feixe de luz, vindo do lado de fora da caverna, projeta nesta parede as sombras deles próprios e também as de outros seres e objetos que estão do lado de fora. Essas sombras projetadas são o real e verdadeiro para os homens acorrentados, já que representam tudo o que conseguem ver. Um desses homens consegue romper com suas correntes e sai da caverna. Lá fora é ofuscado pelo feixe de luz e, depois, consegue contemplar diretamente os seres e objetos, percebendo que o que era real para ele não passava de sombras. Platão diz que este homem enlouquecerá se não o acostumarmos à luz e aos objetos exteriores e que, ao final, chegará à conclusão de que a luz do sol é a causa indireta das ilusões da caverna e descobrirá que aquelas ilusões não passavam de sombras. Este conhecimento o tornará profundamente feliz, e, então, não quererá mais voltar à antiga caverna.

Correlacionando esta alegoria à Violência Conjugal no Âmbito Doméstico (VCAD), a caverna seria nossa sociedade e os homens que lá se encontram seriam todos os cidadãos inseridos em um contexto social que não revela, dissimula e trata com descaso a problemática da violência contra a mulher. Já as correntes que prendem os homens simbolizam nossa cultura androcêntrica e patriarcal que normaliza e torna habitual a sobreposição do homem em relação à mulher, naturalizando, assim, a autoridade masculina sobre a submissão feminina. A VCAD seria, então, a realidade que é atravessada pelo feixe de luz e chega como sombra, como ilusão, como um assunto intocável, não falado e distante da caverna para os homens.

Esse homem que saiu da caverna seríamos nós, autores deste trabalho, que buscamos, com esse estudo, ver a realidade da VCAD com menos sombra ou ilusões, nos aproximando um pouco mais de como ela realmente é.

O rompimento das correntes e a saída da caverna tiveram início quando atuei como professora substituta na Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), na disciplina Saúde da Mulher. Nessa ocasião, acompanhava os estudantes em atividades práticas de consultas de enfermagem de mulheres em Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante o atendimento, muitas dessas mulheres relataram passar por violência e/ou apresentaram sinais físicos de agressão. Num primeiro momento, ao me deparar com esse contexto de violência doméstica contra a mulher, me recusei a “sair da caverna”, preferindo pensar que essa situação “é assim mesmo”, ou que se tratava de um caso isolado. Entretanto, a cada dia de permanência na UBS, percebi que a violência contra a mulher era fato cotidiano e, mesmo tendo o privilégio de não conviver com essa situação em minha família, estava imersa em uma realidade que também não era vivida pela maior parte das mulheres brasileiras.

Percebi ser chocante e estarrecedora a realidade das mulheres que sofrem agressão em seus lares e, diante disso, senti necessidade de fazer algo por elas enquanto enfermeira. Não bastava tratar apenas os agravos físicos, pois, se assim fosse, outros viriam. Notei, então, que não me sentia preparada para agir em situações dessa natureza, o que requeria, naquele momento, um estudo mais aprofundado para conduzir minhas ações e, conseqüentemente, capacitar os futuros enfermeiros a prestarem assistência de qualidade às mulheres que passavam por situação de violência em seus lares. Assim procurei o Prof. Marcelo Medeiros para me orientar nos estudos, culminado nesta dissertação.

A escolha desta temática causou espanto aos que estavam ao nosso redor: “Vocês vão mesmo estudar isso?”, “Que coragem, não tenho preparo psicológico para isso.”, “Eu não consigo, é muito chocante.”, deixando mais evidente o lado da sombra e de assunto conhecido, porém intocável.

Para compreender e aprofundar os estudos sobre VCAD foi necessária uma aproximação com as questões de gênero, cultura, com a legislação e com os avanços sociais da mulher frente à violência doméstica. Então, nos aproximamos da Antropologia, por meio do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Faculdade de Ciências Sociais da UFG, na intenção de compreender questões de gênero e culturais que permeiam esse tema, além de uma ampla pesquisa na legislação brasileira. Também penetramos nos movimentos e grupos feministas e sociais que defendem a emancipação da mulher nos aspectos políticos, sociais e

sexuais. Ainda focamos nossos estudos nos cuidados de enfermagem às mulheres em situação de violência.

Além da busca por conhecimentos teóricos sobre a VCAD, também entramos em contato, por meio de um abrigo, com mulheres em situação de violência doméstica para a execução dessa pesquisa. Primeiramente, nossa entrada visou conhecer a estrutura física e funcionamento do abrigo e o cotidiano das mulheres ali abrigadas; em seguida, delas nos aproximamos, estabelecendo vínculo e coletando os dados. Detalharemos adiante como ocorreu essa interação com o abrigo e com as mulheres que participaram dessa pesquisa. Mesmo com a finalização deste estudo, permanecemos no abrigo executando trabalhos voluntários de enfermagem.

A realização dessa investigação nos permitiu conhecer pessoalmente Maria da Penha, personalidade brasileira de destaque na luta contra a violência à mulher; também conhecemos o trabalho e a história de outras que lutaram pelos direitos das mulheres como Consuelo Nasser, Cora Coralina, Dona Procópio e Semira Adamu.

Esse percurso, por si só, já contribuiu para modificação das nossas ações e concepções frente à VCAD e às mulheres participantes desse estudo. Também acreditamos ter trazido subsídios para a Enfermagem e outras áreas da saúde de forma a encontrar caminhos para o atendimento dessas mulheres, segundo a dimensão cultural de gênero, além de incentivar a execução de outros estudos nessa temática.

Ao desenvolvermos este trabalho, também nos preocupamos em investigar e divulgar, no município de Goiânia, os amparos políticos, sociais e da sociedade civil existentes para prevenção e auxílio de mulheres vítimas de violência, para que se tornassem conhecidos e, assim, pudessem ser utilizados por um maior número de pessoas.

A pesquisa está organizada em quatro capítulos, nos quais procuramos discorrer sobre a VCAD de forma a aprofundar a discussão segundo um embasamento cultural de gênero, buscando evidenciar possibilidades da mulher agredida romper com a situação de violência, tendo o apoio de uma equipe multidisciplinar de profissionais.

No Capítulo 01, delimitamos nosso objeto de estudo relatando publicações nessa temática nos últimos anos. Contém também uma cronologia dos avanços sociais e políticos no que concerne à emancipação das mulheres e equidade de

gênero; contempla ainda uma cronologia das aprovações e alterações de leis atualmente em vigência, as quais buscam combater a violência contra a mulher, além de um breve panorama estatístico da violência contra a mulher no município de Goiânia. Tudo isto culmina nas questões de pesquisa e nos objetivos deste trabalho.

O Capítulo 02 trata do referencial teórico, constituído de elementos da literatura que trazem esclarecimentos e sustentação para a análise do material coletado na pesquisa. Consiste na delimitação conceitual da violência conjugal no âmbito doméstico, na construção social de gênero e nos pilares culturais que sustentam a violência de gênero.

O Capítulo 03 é constituído pelo referencial teórico metodológico, sob o qual a investigação foi conduzida, com o contexto detalhado do abrigo, nosso campo de estudo, do trabalho de campo com a coleta dos dados por meio de entrevistas e coleta de imagens fotográficas. Relata também o cumprimento dos requisitos éticos para a execução da pesquisa.

No Capítulo 04 encontra-se a discussão da análise dos dados oriundos do material coletado que possibilitou a construção de três categorias temáticas: Vivência dos Atos Violentos, Marcas dos Atos Violentos e Amparo à Mulher. Esta análise está embasada no referencial teórico explicitado no Capítulo 02.

Encerrando a pesquisa, tecemos nossas considerações finais que contém nossas impressões e sentimentos por termos participado da pesquisa, suas contribuições para a Enfermagem, a comunidade científica e a população em geral. Expõe ainda a necessidade da continuidade de estudos e incentivos de políticas públicas nessa temática.

| CAPÍTULO 01 – **DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO:** A
VIOLÊNCIA CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO

DELIMITANDO O OBJETO DE ESTUDO: A VIOLÊNCIA CONJUGAL NO ÂMBITO DOMÉSTICO

A violência é um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa. Para Minayo e Souza (1998), ela é representada por ações humanas, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, segundo uma dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem.

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

A violência contra a mulher tem sido referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, decorridos vinte anos, passou a ser denominada violência contra a mulher. Nos anos 80, foi conceituada como violência doméstica e, na década de 90, estudos passaram a tratar essas relações de poder, nas quais a mulher, em qualquer faixa etária, é submetida e subjugada, como violência de gênero (MS, 2006).

A partir da década de 1990, passou a ser objeto de estudos e intervenção na área da saúde (FONSECA & GUEDES, 2011). Nessa época também se firmava, mundialmente, como uma questão de direitos humanos.

Em 2002, a OMS publicou o relatório mundial sobre violência e saúde, fortalecendo a concepção da violência como um fenômeno de grande relevância e magnitude na saúde em todo o mundo. O preâmbulo desse relatório foi de autoria de Nelson Mandela, o que o qualifica como uma valiosa contribuição para a compreensão da violência e seu impacto sobre as sociedades. O relatório menciona suas diferentes faces, desde o sofrimento "invisível" das pessoas mais vulneráveis até às sociedades em conflito. Antecipa também a análise dos fatores que a causam e as possíveis respostas dos diferentes setores da sociedade (OMS, 2002).

Realizamos um levantamento preliminar das publicações científicas que abordam o tema violência contra a mulher de forma a fundamentar e contribuir para delimitação do nosso objeto de estudo, bem como para identificamos as lacunas no campo da pesquisa na área da saúde nos últimos dez anos sobre esse assunto. Buscamos por artigos científicos publicados no período de 2000 até 2011 na

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando as palavras *violência and* *contra and* *mulher*. Não buscamos em outras bases, nesse momento, por consideramos suficiente o que encontramos para traçarmos uma ideia geral do que tem sido produzido no Brasil e, assim, iniciarmos o trabalho.

Encontramos 194 publicações referentes a esta temática, no período em questão. De 2000 a 2005, os artigos publicados representaram 21% do total das publicações. A partir de 2006 houve um aumento das publicações de 52%.

A maior parte das publicações investigava os significados da violência contra a mulher, atribuídos pelos profissionais de saúde, e quais eram os cuidados por eles prestados nessa situação, associando a problemática da violência contra a mulher à área da saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2006; SALIBA *et al.*, 2007; FONSECA *et al.*, 2009; KISS & SCHRAIBER, 2011). Também vários artigos (SCHRAIBER *et al.*, 2006; CASIQUE & FUREGATO, 2006; MENEGHEL & IÑIGUEZ, 2007; GARCIA *et al.*, 2008) buscavam compreender a violência contra a mulher por meio de uma análise histórica de gênero e de representações sociais. Foram investigados também os efeitos e consequências físicas e psicológicas da violência para a mulher (CRUZ, 2004; GUEDES *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2010; PEDROSA & SPINK, 2011).

Vale ressaltar que 6% das pesquisas tratavam especificamente da violência sexual e da violência contra a mulher em período gestacional (OLIVEIRA, 2007; MATTAR *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2010; OSHIKATA *et al.*, 2011). Encontramos algumas pesquisas que abordam a violência contra a mulher com foco no agressor (DINIZ *et al.*, 2003; JONG *et al.*, 2008; GRANJA & MEDRADO, 2009).

Juntamente às pesquisas já existentes, nossa investigação tem a pretensão de somar-se a elas para contribuir com a prevenção, minimização de danos e esclarecimentos acerca da violência de gênero. O diferencial desta pesquisa é o tratamento da violência contra a mulher no âmbito doméstico, familiar e privado, sendo o agressor um homem que, com ela, possui laços de afetividade, aqui denominados Violência Conjugal no Âmbito Doméstico.

1. Evolução Política, Social e Legal na Emancipação da Mulher

A maior parte das inovações legislativas e institucionais no Brasil resultou de fortes movimentos feministas que revelaram a invisibilidade social da violência

contra as mulheres, em casa, no trabalho e nas instituições, e ainda chamaram a atenção para a banalização histórica do problema, por parte do Estado e da sociedade, sinalizando para a insegurança vivida pelas mulheres nos espaços públicos e privados.

A vinculação da problemática da violência contra a mulher às diversas áreas do conhecimento, no âmbito social, político, legislativo e de Saúde Pública, contribuiu para o avanço de seu enfrentamento no decorrer do tempo.

O Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos FNEDH (2008) salienta os avanços políticos e sociais no que diz respeito à visibilidade da mulher e combate à violência contra ela, os quais apresentamos, em ordem cronológica, no Quadro 01.

Quadro 01 – Avanços políticos e sociais da emancipação da mulher

ANO	ACONTECIMENTO POLÍTICO-SOCIAL
1979	Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, realizada pelas Nações Unidas, com diretrizes de implementação de iniciativas de empoderamento das mulheres e o acesso à justiça.
1980	SOS mulher, primeiro serviço de atendimento às mulheres em situação de violência no Brasil.
1981	Ratificada, pelo Estado Brasileiro, a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.
1981	Instituído o Dia Internacional da Não-Violência Contra a Mulher, na data de 25 de novembro, durante o 1º Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe. Reverência à memória das irmãs Mirabal, brutalmente assassinadas na República Dominicana, durante o regime do ditador Trujillo, em 1960.
1983	O MS cria o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que busca considerar as necessidades das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, reiterando o foco somente no ciclo reprodutivo da mulher.
1985	Primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), na cidade de São Paulo.
1988	Constituição Federal Brasileira garante igualdade de direitos para homens e mulheres e estabelece a obrigação do Estado de criar mecanismos visando coibir a violência no âmbito familiar.
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, realizada em Belém/PA, por isso também é conhecida como Convenção de Belém do Pará.
1995	Ratificada, pelo Estado Brasileiro, a Convenção de Belém do Pará.
1996	O movimento Mulheres sem Medo do Poder é lançado para elevar o número de vereadoras

	e prefeitas eleitas em todo o território nacional, o que resulta no estabelecimento de cotas para mulheres candidatas.
2003	Conferência Mundial dos Direitos Humanos em Viena, com reconhecimento, pela sociedade civil e pelos governos, que a violência contra a mulher constitui uma preocupação para as políticas públicas, sendo elaborada a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher.
2003	Governo Federal cria a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), vinculada à Presidência da República, de forma a enfrentar as desigualdades e diferenças sociais, raciais, sexuais, étnicas e das mulheres.
2004	O Governo Federal decreta este ano como o Ano da Mulher Brasileira.
2005	I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, da qual resulta o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
2007	II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, da qual resulta o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Destacamos o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), originado em 2007, na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, quando foram estabelecidas metas a serem cumpridas até o ano de 2011, período em que este trabalho foi elaborado. O II PNPM pretende contribuir na reversão das desigualdades de gênero no Brasil e, nesse sentido, foram selecionados dez (10) eixos prioritários que nortearam ações, prioridades e metas que geraram inúmeros programas e projetos de diversos órgãos do governo. Entre os dez eixos temáticos, um é específico para o combate à violência contra a mulher, denominado “Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres” (VIEZZER; MOREIRA & GRONDIN, 2009).

Como a VCAD é tema presente também no âmbito legal, buscamos, na legislação brasileira, por leis que tratam da violência contra a mulher e outras normatizações. Para melhor retratar o consolidado das leis encontradas, as mencionamos, em ordem cronológica, no Quadro 02.

Quadro 02 – Leis brasileiras para amparo à mulher

ANO	LEI	ASSUNTO
1988	Constituição Federal Brasileira	Os artigos 3º e 5º garantem a inviolabilidade do direito à vida e ao bem-estar (CASA CIVIL, 1988).
2001	10.224	Altera o Código Penal, caracterizando o assédio sexual como crime (CASA CIVIL, 2001).
2002	10.421	Aumenta o tempo de licença maternidade e cria a licença paternidade, estendendo-se a pais e mães adotivos (CASA CIVIL, 2002).
2003	10.714	Cria a Central de Atendimento à Mulher, disque 180 (CASA CIVIL, 2003).
2003	10.778	Estabelece a obrigatoriedade dos Serviços de Saúde Públicos ou Privados de notificarem casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher (CASA CIVIL, 2003).
2004	10.886	Tipifica a violência doméstica no Código Penal (CASA CIVIL, 2004).
2006	11.340 ou Lei Maria da Penha	Cria e estabelece mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra as mulheres, uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos (CASA CIVIL, 2006).
2008	11.770	Aumenta o tempo de licença maternidade para 120 dias (CASA CIVIL, 2008).
2010	12.228	Institui o Estatuto da Igualdade Racial e de Gênero (CASA CIVIL, 2010).

Vale ressaltar o percurso da permissão do voto feminino no Brasil. O direito da mulher brasileira votar somente ocorreu por meio do Código Eleitoral Provisório, em 1932, que permitia o voto apenas às mulheres casadas (desde que com autorização do marido), viúvas e solteiras, com renda própria. Essas restrições

foram eliminadas com o Código Eleitoral, em 1934, que, no entanto, não tornava o voto feminino obrigatório, fato que ocorreu somente em 1946 (CALDEIRA, 2002).

Ainda tratando da evolução da emancipação da mulher no legislativo, Machado (2001) realizou um levantamento mostrando que nem sempre as leis tinham o teor de protegê-la, pois a ideia de punir fisicamente a mulher, primeiramente, pelos pais e, posteriormente, pelos seus maridos, a quem pertenciam, era vigente nas leis brasileiras e somente começou a se modificar, lentamente, em 1962, com o Estatuto da Mulher Casada que retirou da mulher a condição de parcialmente “incapaz”. Assim, vários crimes praticados por homens contra mulheres foram absolvidos com a justificativa de se tratarem de crimes cometidos pela “honra” do homem. Percebemos, então, que valores que parecem tão arcaicos são atuais e reatualizados, causando dilemas e tensões não só nas formas de socialização como também nas interpretações jurídicas (MACHADO, 2001).

Historicamente há o discurso da mulher ser a responsável por seu estupro, agressão e até morte (FNEDH, 2008). Nesse caso, a violência é justificada pelo seu desacato a determinadas normas sociais que instauram modos de ser e agir do feminino e do masculino. São impostas, às mulheres, algumas práticas de sujeição, que acabam por legitimar atos de discriminação e violência contra elas perpetrados. Segundo Calligaris (2010), isso se torna evidente em casos de violência sexual pois, no processo contra um estuprador, por exemplo, é usual que a defesa utilize a vida sexual da vítima de forma a tentar provar sua facilidade e sua promiscuidade, como se isso diminuísse a responsabilidade do estuprador. Em suma, quando a vítima é uma mulher e seu algoz é um homem, é muito frequente que a defesa do agressor suscite dúvidas quanto à possibilidade do assassino ou o estuprador terem sido provocados por suas vítimas.

A culpabilização da mulher pela violência sofrida é notória ao analisarmos a origem da Marcha das Vadias, um protesto no qual as mulheres vão às ruas, em passeatas, reivindicando o direito de se vestirem como quiserem sem que isso repercuta em violência sexual. Isso ocorreu em repúdio ao pronunciamento de um policial, em Toronto, no Canadá, em uma palestra sobre segurança no campus da universidade, ao dizer que as mulheres deveriam evitar se vestir como vagabundas para não serem vítimas de assédio sexual ou estupro (MAMBRINI, 2011).

Atualmente, a lei vigente, no Brasil, mais difundida e conhecida é a Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha (CASA CIVIL, 2006), que recebeu esse nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, farmacêutica, que lutou vinte anos para que seu agressor/esposo, Marco Antonio Heredia Viveros, economista, fosse punido. Entre as várias formas de violência perpetradas, ele disparou-lhe um tiro enquanto dormia, causando-lhe paraplegia. Maria da Penha conseguiu provar ao mundo o descaso das autoridades brasileiras em relação à violência doméstica contra a mulher.

A criação da Lei Maria da Penha atende também à determinação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, além de alterar o Código Penal brasileiro. A aplicação da lei alerta para novos mecanismos que possibilitam um maior encorajamento das mulheres para denunciar e formalizar as agressões ou qualquer outro tipo de violência por elas sofrida. Ainda prevê medidas inéditas de proteção para a mulher, punição mais severa aos agressores, estabelece medidas de assistência social e inclui informações básicas sobre o tema “violência contra a mulher” nos conteúdos escolares (CASA CIVIL, 2006).

Além da legislação, existem os códigos de ética profissionais que tratam da conduta dos profissionais diante de casos suspeitos ou explícitos de atos violentos contra a mulher e/ou outros grupos vulneráveis. Segundo o Código de Ética de Enfermagem, é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão (COFEN, 2000). Segundo Saliba *et al.* (2007), apesar deste código não explicitar a expressão “violência à mulher”, norteia eticamente os profissionais da enfermagem, mencionando “maus-tratos”, permitindo o entendimento dessa expressão de maneira ampla e referindo-se a todas as formas de abuso, inclusive a violência.

A Portaria número 104/2011, do Ministério da Saúde (MS), estabelece que os agravos à saúde sejam de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) e define “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” como terminologia adotada em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), na relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional (MS, 2011).

2. Panorama Estatístico da Violência contra a Mulher

Segundo Higa *et al.* (2008), a violência contra a mulher no Brasil constitui um sério problema de Saúde Pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina. As violências, de modo geral, incluindo a doméstica contra a mulher, vêm sendo avaliadas pelas estatísticas de mortalidade por causas externas (ZANELATO, 2010). De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), qualquer forma de violência, juntamente com os acidentes, é classificada como causas externas.

Entretanto, apenas a denominação “causas externas” para o estudo da violência é muito limitada, pois envolve somente pessoas com lesões corporais e mortes, sendo importante atentar também para os fatos de caráter acidental ou atos que foram direcionados para a legalidade ou arbitrariedade das ações (MINAYO, 1994).

No Brasil, a magnitude da violência contra a mulher também não pode ser bem dimensionada, pois poucas pesquisas de base populacional foram desenvolvidas no país. Os estudos, em sua maioria, ocorrem de forma isolada nos serviços de saúde e na Secretaria de Segurança Pública, abordando a ocorrência do evento entre as usuárias do serviço de atendimento, não permitindo a generalização de suas conclusões para as mulheres da população em geral (OKABE & FONSECA, 2009).

Uma pesquisa realizada por Venturi, Recaman & Oliveira, (2010), na qual participaram 2.365 mulheres e 1.181 homens com mais de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação, incluindo Goiânia, mostrou uma diminuição do número de brasileiras espancadas, de 01, a cada 15 segundos, para 01, em cada 24 segundos. Essa pesquisa refere-se ainda a outros resultados, evidenciando que 8% dos homens entrevistados afirmaram já ter agredido sua companheira e 48% deles conhecem alguém que bateu ou costuma bater em mulher. Dos que já bateram, 14% acreditam que agiram corretamente e 15% afirmam que o fariam novamente.

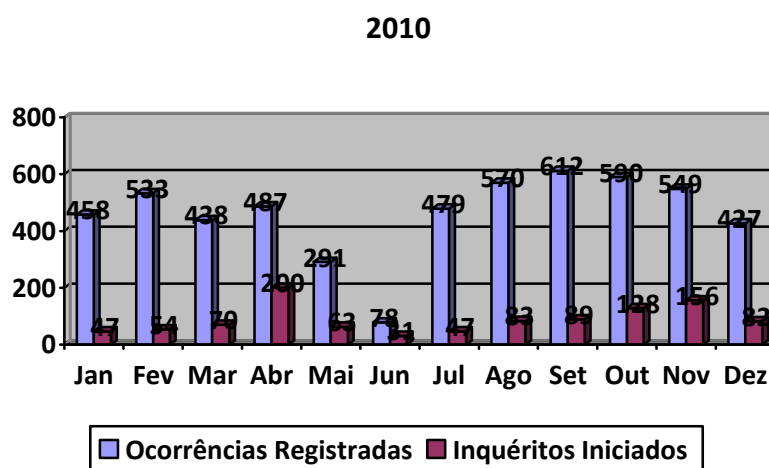
A mesma pesquisa mostrou que 02 em cada 05 mulheres afirmaram ter sofrido alguma violência pelo menos uma vez na vida, sobretudo algum tipo de controle ou cerceamento, alguma violência psíquica ou verbal, alguma ameaça ou violência física propriamente dita (VENTURI, RECAMAN & OLIVEIRA, 2010).

Após uma busca frustrada em artigos científicos e *sites* governamentais sobre dados de morbidade e mortalidade da violência contra a mulher, fomos em busca deles no município de Goiânia, por meio da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Os dados apresentados nos Gráficos 01 e 02 representam, respectivamente, as ocorrências registradas no ano de 2010 e de janeiro a setembro de 2011, ressaltando que esses são os únicos dados que a DEAM possui, de maneira consolidada, mensalmente.

Paralelamente ao número das ocorrências expedidas, mencionamos o número dessas ocorrências que iniciaram inquérito, ou seja, que deram andamento e caminharam para investigação. Com a Lei Maria da Penha, não é mais permitido retirar a queixa, a qual, uma vez feita, deixa registrado o nome do agressor; no entanto, se a mulher não der continuidade ao processo, iniciando, assim, o inquérito, num prazo de seis meses este é arquivado.

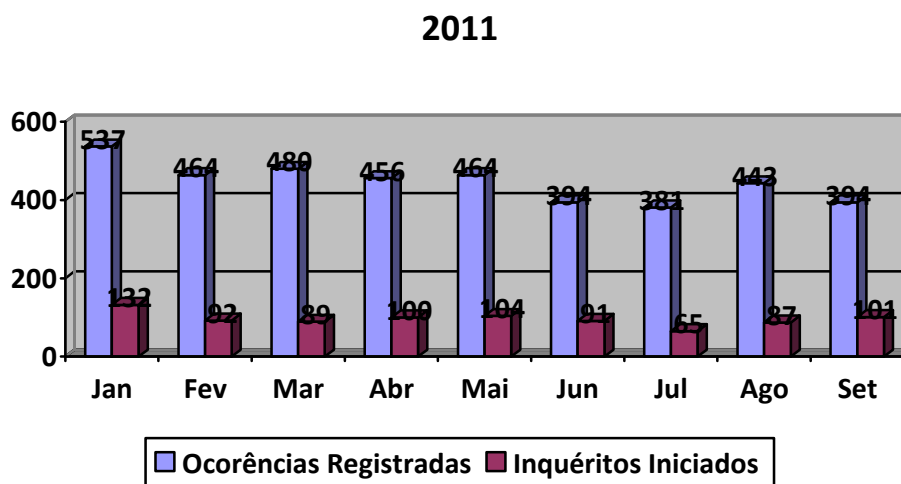
Observamos que, das ocorrências registradas, uma média de 20% caminharam para inquérito, sendo que 80% restantes foram arquivadas pelo fato da mulher agredida não dar continuidade ao processo.

Gráfico 01 – Ocorrências registradas e inquéritos iniciados pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher de Goiânia em 2010



Fonte: DEAM – Goiânia, 14/10/2011

Gráfico 02 – Ocorrências registradas e inquéritos iniciados pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher de Goiânia em 2011



Fonte: DEAM – Goiânia, 14/10/2011

Segundo a FNDEH (2008), a organização de quadros estatísticos não é obrigatória por lei, por isso nem todos os estados possuem tais esquemas. Assim, a recuperação de dados sobre violência contra a mulher, além de padecer da precária elaboração dos quadros estatísticos das Secretarias Estaduais de Segurança Pública, é também prejudicada pela ausência de um modelo único nacional de Registro de Ocorrência. Isso dificulta uma contabilização nacional e a comparação entre os diferentes estados.

Os registros também não incluem, obrigatoriamente, dados capazes de fornecer informações sobre vítimas e agressores, desagregadas por sexo e raça, e pela relação entre eles. Na maioria dos estados, tem-se apenas o total das ocorrências policiais para cada tipo de crime (FNDEH, 2008). Essa discussão trazida pela FNDEH comprova-se, pois ao buscarmos os dados estatísticos da violência contra a mulher na DEAM de Goiânia, encontramos registros incompletos; há somente dados gerais de ocorrências, sem um perfil dos agressores, vítimas e da violência ocorrida, deixando lacunas no que diz respeito à morbidade e mortalidade da mulher por violência.

Motivadas pela Lei 10.778, que obriga os serviços públicos e privados de saúde a notificar os casos de violência contra mulher, e a portaria 104, do MS, que também torna obrigatória a notificação da violência no SINAN, nos dirigimos à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES), por meio da Superintendência de

Vigilância da Saúde (SUVISA), com o objetivo de buscar dados oriundos dessas fichas de notificação.

Para demonstrar os dados das fichas de notificação de violência, pertinentes a esse trabalho, selecionamos aqueles que dizem respeito às mulheres acima de 18 anos e que sofreram violência no domicílio no ano de 2010 até setembro de 2011. Realizamos esse recorte na busca dos dados considerando que a ficha de notificação é utilizada para todos os tipos de violência, que podem acometer crianças, adolescentes, mulheres e idosos, sendo interessante apresentar somente os que vão ao encontro do objeto desse estudo, ou seja, as violências conjugais no âmbito doméstico cometidas contra mulheres.

A Tabela 01 evidencia os casos de violência doméstica perpetrada contra mulheres acima de 18 anos, notificados nos serviços de saúde pelos profissionais de saúde, ocorridos no Estado de Goiás em todo o ano de 2010 e de janeiro a setembro de 2011. Destacamos o município de Goiânia, pois neste ocorreram 45,7% do número de notificações de todo o estado nesse período.

Tabela 01 - Notificação de violência doméstica contra mulheres segundo ano e município

	2010	2011	Total
Goiânia	198	122	320
Demais municípios de Goiás	190	190	380
Total	388	312	700

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

As Tabelas 02, 03 e 04 permitem observar o perfil das mulheres acima de 18 anos que sofreram violência doméstica no ano de 2010 e 2011 e condizem, respectivamente, com a escolaridade, raça e situação conjugal das mesmas. Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres, 17,1 %, em 2010, e, 17,4%, em 2011, estudou da 5ª a 8ª série do ensino fundamental. Quanto à raça, a maioria dos profissionais de saúde que preencheram as fichas de notificação classificaram as mulheres que sofreram violência em: de cor parda, 43,3%, em 2010, e, 44,4%, em 2011. Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres agredidas era casada ou em união consensual: 44,8%, em 2010, e, 50,4%, em 2011.

Tabela 02 – Escolaridade das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011

	2010	2011	Total
Item em branco	121	102	223
Analfabeto	5	4	9
1ª a 4ª série incompletas do Ensino Fundamental	55	34	89
4ª série completa do Ensino Fundamental	20	12	32
5ª a 8ª série incompletas do Ensino Fundamental	67	55	122
Ensino fundamental completo	22	14	36
Ensino médio incompleto	30	31	61
Ensino médio completo	48	45	93
Educação superior incompleta	17	11	28
Educação superior completa	5	7	12
Total	390	315	705

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

Tabela 03 – Raça das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011

	2010	2011	Total
Item em branco	33	36	69
Branca	131	102	233
Preta	39	30	69
Amarela	17	7	24
Parda	169	140	309
Indígena	1	0	1
Total	390	315	705

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

Tabela 04 – Situação Conjugal das mulheres que sofreram violência doméstica em 2010 e 2011

	2010	2011	Total
Item em branco	48	23	71
Solteira	122	88	210
Casada/União Consensual	175	159	334
Viúva	15	16	31
Separada	23	25	48
Não se Aplica	7	4	11
Total	390	315	705

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

Destacamos o item “item em branco”, constante nas Tabelas 02, 03 e 04, que expressam o não preenchimento completo da ficha de notificação pelos profissionais, deixando lacunas, o que ocasiona uma falha nos dados estatísticos que esses itens representam.

As Tabelas 05, 06 e 07 permitem observar dados de violência doméstica cometida contra mulheres acima de 18 anos, nos anos de 2010 e até setembro de 2011. A Tabela 05 mostra o agressor da mulher e também seu grau de vínculo ou parentesco com a mesma. A maioria dos agressores é cônjuge das mulheres, 70,4%, em 2010, e, 70,3, em 2011.

Tabela 05 – Agressores das mulheres que sofreram violência doméstica

Ano da notificação	Ex-namorado	Cônjuge	ex-cônjuge	namorado	Padrasto	Pai	TOTAL
2010	10	162	35	12	2	9	230
2011	4	116	24	10	4	7	165
Total	14	278	59	22	6	16	395

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

A Tabela 06 tipifica a violência ocorrida contra a mulher em física, financeira, psicológica/moral, tortura e sexual. A violência física é a que mais ocorre, correspondendo a 58% das violências ocorridas nos anos de 2010 até setembro de 2011. A Tabela 06 também evidencia que mais de uma forma de violência acomete a mesma mulher.

Tabela 06 – Tipos de violência perpetrados nas mulheres

Ano da notificação	Física	Financeira	psicológica/moral	Tortura	Sexual	TOTAL
2010	348	7	170	42	54	621
2011	270	4	111	26	32	443
Total	618	11	281	68	86	1064

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

A Tabela 07 refere-se aos meios utilizados pelos agressores para perpetrar a violência. A força corporal foi o mais utilizado, o que corresponde a socos, tapas e empurrões, 45,1%, em 2010, e, 43%, em 2011, ressaltando que o mesmo agressor utilizou mais de um meio para provocar a violência.

Tabela 07 – Meios utilizados pelos agressores para provocar a violência

Ano da Notificação	outra agressão	Força corporal	objeto contundente	objeto perfuro cortante	subst. objeto quente	Envenenamento	Enforcamento	arma de fogo	ameaça	TOTAL
2010	21	258	30	77	10	11	40	21	104	572
2011	51	192	21	56	3	24	23	13	63	446
Total	72	450	51	133	13	35	63	34	167	1018

Fonte: SINAN Net – (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) – CSIS/GVEDNT/SUVISA/SES-GO 18/10/2011

Segundo Saliba *et al.* (2007), os casos notificados pelos profissionais de saúde sobre qualquer tipo de violência contra mulher são de grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a construção de políticas públicas direcionadas à sua prevenção.

Ao retratarmos esses dados estatísticos, não podemos deixar de mencionar a forma como a mídia veicula casos dessa natureza. A violência, de maneira geral, tornou-se um dos temas mais debatidos na grande imprensa. Passou a fazer parte das conversas cotidianas em casa, na rua, na escola, nos estabelecimentos comerciais, nos jornais, nas rádios, em todos os canais da televisão, novelas, nos inquéritos, nos processos judiciais, na internet.

As notícias tornaram-se mercadorias pois vendem bem o veículo, quanto mais sensacionalistas e impactantes forem. Normalmente, os eventos de violência contra a mulher assumem proporções sensacionalistas e reproduzem-se indistintamente, evidenciando intrincadas práticas discursivas e socioculturais e, não raro, contribuindo para criar e/ou reforçar desigualdades, incluir ou excluir sujeitos e disseminar diferenças identitárias (FREITAS, 2011).

Entre os recentes crimes veiculados na mídia, temos o desaparecimento/assassinato da estudante Elisa Samudio, ex-namorada do goleiro Bruno, do Flamengo; o assassinato de Mércia Nakashima, pelo ex-namorado, cujo corpo foi jogado, junto com o carro, em uma represa; caso da jovem Eloá, que morreu após ser mantida em cárcere privado por seu ex-namorado Lindemberg Alves, de 22 anos; Débora Cristina Borges Martins, 31 anos, foi assassinada a facadas no Setor Pedro Ludovico de Goiânia, em agosto de 2011, pelo marido. Todos esses casos foram divulgados de forma sensacionalista, explorando o sofrimento humano, sem contribuir para a conscientização e diminuição dos casos de violência contra a mulher.

Acreditamos ainda que a mídia reforça a cultura machista, sexista e familista da sociedade ao veicular anúncios publicitários que exploram o corpo e a sexualidade das mulheres, desumanizando-as. As campanhas de cerveja são um exemplo conhecido do movimento feminista no país. No entanto, ainda há poucas ações que atacam diretamente a publicidade na internet, cujas características peculiares podem promover, em proporções mais amplas e criativas, a “coisificação” da mulher (LEÃO *et al.*, 2009).

Assim como Plou & Vieira (2007, p.13), acreditamos que os meios de comunicação deveriam ser utilizados para avançar na luta pela harmonia das relações sociais de gênero:

As novas mídias, em função de mensagens atrativas, ágeis e de fácil penetração, podem reforçar os estereótipos que contribuem para perpetuar as desigualdades de gênero, mas podem também caminhar no sentido contrário. Considera-se que o conteúdo veiculado não causa efeito entorpecedor. Quem recebe a mensagem não é um ser passivo. Vai digerir e refazer seu significado por meio da influência do meio social/cultural em que vive. Além disso, o/a receptor/a pode tornar-se agente de informação e comunicação. Daí a importância de se compreender a riqueza das novas mídias como portadoras de informações e representações do mundo a serem analisadas, comparadas e reconstruídas.

3. As Instituições Governamentais e da Sociedade Civil de Goiânia

No envolvimento com a VCAD, objeto desse estudo, percorremos as Instituições Governamentais (IG) e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) do município de Goiânia que dão suporte à mulher em situação de violência. Antes de identificar essas instituições, faremos um breve histórico do município de Goiânia, onde realizamos a pesquisa.

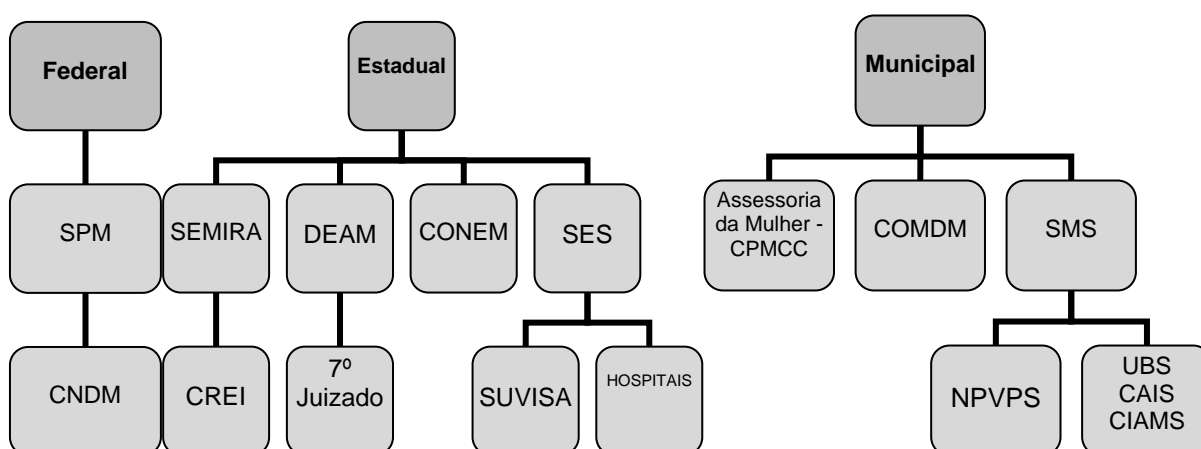
Goiânia é um município brasileiro, capital do estado de Goiás, e segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília. É um importante polo econômico da região, sendo considerada um centro estratégico para áreas como indústria, medicina, telecomunicações e agricultura. Assim como algumas outras cidades brasileiras, Goiânia desenvolveu-se a partir de um plano urbanístico, tendo sido construída com o propósito de desempenhar a função de centro político e administrativo do estado de Goiás. Foi fundada em 24 de outubro de 1933, absorvendo, em 1937, da cidade de Goiás, a função de capital do estado (CHAUL, 1999).

É a sexta maior cidade do Brasil em extensão, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), possui 1.302.001 habitantes, sendo o décimo segundo município mais populoso do Brasil. A Região Metropolitana de Goiânia possui 2.172.497 habitantes, o que a torna a décima região metropolitana mais populosa do país. Destaca-se, entre as capitais brasileiras, por possuir a maior área verde por habitante do Brasil (IBGE, 2010).

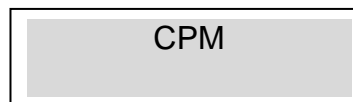
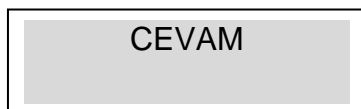
O levantamento das instituições existentes para amparo à mulher em situação de violência em Goiânia foi realizado por meio de visitas às instituições; uma instituição indicava outra e, assim, conhecemos as ações de cada uma delas, as quais explicitamos nesse trabalho. Para melhor compreensão, dividimos as IGs em nível Federal, Estadual e Municipal e apresentamos as OSCs no esquema abaixo.

Monteiro e Souza (2007) afirmam que, além dos profissionais necessitarem de treinamentos para reconhecer sinais de violência, devem também conhecer e orientar quanto à rede de apoio à mulher que perpassa pelas DEAMs, casas abrigo, serviço social e outros. Assim, apresentamos o Quadro 03 que permite observar detalhes de cada instituição de apoio à mulher no município de Goiânia para conhecimento dos profissionais de saúde e conseqüente divulgação.

INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS DE GOIÂNIA



ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL DE GOIÂNIA



Quadro 03 - Instituições Governamentais e das Organizações da Sociedade Civil de Goiânia segundo sua função e contato

Nome	Função	Contato
SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres	estabelecer políticas públicas que contribuam para a melhoria da vida de todas as brasileiras e que reafirmam o compromisso do Governo Federal com as mulheres do país.	Via N1 Leste S/nº, Pavilhão das Metas, Praça dos 3 Poderes - Zona Cívico-Administrativa 70150-908 Brasília DF Telefone: (61) 3411.4246
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher	promover políticas que visem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país.	Via N1 Leste S/nº, Pavilhão das Metas, Praça dos 3 Poderes - Zona Cívico-Administrativa 70150-908 Brasília DF Telefone: (61) 3411.4234
SEMIRA – Secretaria de Estado de Políticas para Mulheres e Promoção da Igualdade Racial	executar políticas públicas de inclusão, superação das desigualdades e da garantia às mulheres enfrentando os desafios impostos cotidianamente.	Palácio Pedro Ludovico Teixeira, 3º andar, CEP 74015-908 Telefone: (62) 3201-5347
CREI – Centro de Referência Estadual da Igualdade	oferecer atendimento direto à comunidade, orientando quanto ao enfrentamento da violência, por profissionais nas áreas jurídica, psicologia e serviço social.	Av. Goiás, nº 1496, Qd. 124, Lt. 156 –Centro Goiânia-GO - CEP: 74.050-100 Telefone: (62) 3201 – 7489
DEAM – Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher	administrar operações policiais e investigações criminais de violências contra a mulher.	Rua 24, nº 203, Qd.49, Lt.27 - Centro, CEP: 74093-220 Telefones:(62) 3201-2801 / 2802
7º Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher	conciliar, julgar e executar as infrações de menor potencial ofensivo.	Endereço:Rua 72, Qd. C-15/19, Jardim Goiás - Goiânia-Go - CEP. 74805-480 Telefone: (62) 3018-8000
CONEM - Conselho Estadual da Mulher	assessorar e articular, no âmbito do poder executivo e da sociedade civil, a implementação de políticas públicas de atenção à mulher, nos diversos aspectos de sua vida, a nível estadual.	Rua 202, no 267, Vila Nova Goiânia – Goiás. Telefone: (62) 565-1555
SUVISA - Superintendência de Vigilância em Saúde	promover a integração e realizar as ações de imunização, de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e de saúde do trabalhador.	Endereço: Av. Anhanguera nº 5.195, Setor Coimbra CEP 74.043-011 - Goiânia/GO Telefone: (62) 3201-4100
Hospitais	prestar atendimento médico de	Hospital Geral de Goiânia,

	emergência às mulheres vítimas de violência.	Hospital Materno Infantil Hospital de Urgências de Goiânia Maternidade Nascer Cidadão Hospital das Clínicas
CPMCC – Centro de Proteção a Mulher Cora Coralina	atuar como instrumento de identificação, valorização e defesa dos direitos da mulher, bem como propor e viabilizar políticas públicas destinadas à mulher vítima de violência doméstica, com atendimento jurídico, psicológico e social.	Rua 16-A, no 350, Setor Aeroporto. Goiânia/GO. Telefone: (62) 3524-2933
COMDM – Conselho Municipal dos Direitos da Mulher	assessorar e articular, no âmbito do poder executivo e da sociedade civil, a implementação de políticas públicas de atenção à mulher a nível municipal.	Rua 16-A, no 350, Setor Aeroporto. Goiânia/GO. Telefone: (62) 3524-2933
NPVPS – Núcleo de Prevenção das Violências, Causas Externas e Promoção da Saúde	realizar atividades de prevenção e monitoramento das ocorrências de violências no município.	Av. Cerrado, nº 999 – Park Lozandes, Paço Municipal CEP 74.884-900 - Goiânia - GO. Telefone: (62) 524-3399
UBS – Unidade Básica de Saúde CAIS – Centro de Atendimento Integral a Saúde CIAMS – Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária	prestar atendimento médico e acompanhar mulheres vítimas de violência.	Distritos Sanitários de Goiânia
CEVAM - Centro de Valorização da Mulher	Abrigar as mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência.	Rua SNF 02, Qd. 1 A, Lt. 1 a 4, CEP: 74063-450 Setor Norte Ferroviário - Goiânia – GO Telefone: (62) 3213- 2233
CPM – Centro Popular da Mulher	Entidade feminista filiada à União Brasileira de Mulheres com objetivo de articular, organizar e unificar as mulheres na luta pela sua emancipação.	Avenida Goiás no. 759 salas 403 e 404 Ed. Flávia, Centro. Goiânia - Goiás. Telefone: (62) 3224- 8828

Malta *et al.* (2007) apresentaram na sua pesquisa o processo de inserção do tema violência no contexto do MS e as iniciativas nas diversas áreas afins. Relataram ainda a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde com o objetivo de subsidiar, técnica e politicamente, projetos locais de promoção da saúde e prevenção de violências.

Na Rede Nacional de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, os atores envolvidos assumem uma ação proposta e decidem participar engajando-se, nessa ação, como sujeitos de seus compromissos. Em suma, a organização em

rede adota, como valores fundamentais, co-responsabilidade, liberdade, respeito mútuo, democracia, e transparência. Estas premissas reafirmam a construção de uma agenda de compromissos entre atores do Estado e da sociedade civil, uma oportunidade do Estado atribuir novo significado a seu papel e compromisso ético com a formulação de políticas públicas que atendam às necessidades sociais, com o fortalecimento da autonomia das estruturas da sociedade (MALTA *et al.*, 2007).

Seguindo essa proposta do MS, o município de Goiânia, no ano 2000, criou a *Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência* com o intuito de promover uma articulação entre as instituições no reconhecimento, colaboração, cooperação e associação das ações. No entanto, percebemos que essa rede e, conseqüentemente, suas instituições, estão desarticuladas, fazendo com que o serviço disponível torne-se subutilizado. Há uma mobilização no sentido de reformulá-la para o ano de 2012.

Como vimos no esquema acima, a área da saúde está incluída juntamente com as instituições sociais e políticas no combate à violência contra a mulher, sendo fundamental que esta área preste um atendimento de qualidade e ainda oriente quanto às possibilidades de amparo que possui em seu município.

4. Questões e Objetivos do Estudo

Acreditamos que a violência não seja objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente a ela ligada, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. A função tradicional da saúde tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais; atualmente, busca transcender seu papel curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, segundo um conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO & SOUZA, 1998).

Autores como Schraider & D'Oliveira (1999) e Kronbauer & Meneghel (2005) mostram que mulheres em situação de violência procuram pelos serviços de saúde mais do que aquelas que não se encontram nessa circunstância, em decorrência dos efeitos crônicos da agressão e dos agravos à saúde.

Segundo a OMS (2005), o setor saúde deveria atuar diretamente na prevenção da violência contra a mulher e contribuir para detecção dos maus tratos, proporcionando às vítimas o tratamento requerido e direcionando-as aos serviços de apoio. Os serviços de saúde deveriam ser espaços nos quais as mulheres se sintam

seguras, sejam tratadas com respeito e recebam informações e apoio de qualidade. É preciso que o setor saúde articule uma resposta integral frente a este problema, abordando, em particular, a resistência das mulheres maltratadas em buscar ajuda (OMS, 2005).

No entanto, esta não é a realidade que se apresenta nos serviços. Monteiro & Souza (2007) afirmam que nem os serviços, nem os profissionais encontram-se preparados para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção da violência.

Os profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que diz respeito à esfera da Segurança Pública e à Justiça, e não à assistência médica. O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos. Além disso, Saliba *et al.* (2007) apontam a existência de vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional.

Ainda, Jaramillo & Uribe (2001) observaram que a maioria das disciplinas da saúde não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

O enfermeiro, na maioria das vezes, é o profissional que representa a porta de entrada da mulher violentada no serviço, mas carece de capacitação para reconhecer os sinais de violência e politização para denunciar a situação. Muitos desconhecem a obrigatoriedade de reportar esse tipo de ocorrência.

Zanelatto (2010) traz que o enfermeiro compõem as equipes de Saúde da Família, e estão inseridos na comunidade e nos lares onde ocorre a violência doméstica, portanto deveriam constituir uma linha de frente na atenção à saúde das vítimas de violência e no acompanhamento e orientação da mulher em situação de agressão.

Moura *et al.* (2005) lembram que o enfermeiro deve compreender a mulher agredida sob a perspectiva de seu contexto social, educacional, econômico e cultural, bem como deve buscar contemplá-la como pessoa inserida em uma dinâmica social e não como objeto. Segundo essa ótica, não bastam apenas

conhecimentos científicos para os profissionais de saúde assistirem, com qualidade, às mulheres agredidas. É necessário compreendê-las em seu contexto social e cultural.

Os profissionais de saúde necessitam resgatar o processo histórico do cuidar e levá-lo a uma evolução semelhante a que as ciências têm sofrido nas últimas décadas, para que, assim, possamos crescer no autoconhecimento e desenvolvimento das diversas habilidades que nos capacitam para um cuidar que possa romper todas as estruturas que não vão ao encontro da dignidade humana (OLIVEIRA & MEDEIROS, 2006).

O cuidar do enfermeiro deve estar fundamentado no conhecimento produzido pela Enfermagem. Este conhecimento deve comprovar, no decorrer do tempo, um compasso ajustado às demandas sociais e às necessidades de enfrentamento da população, especialmente no que diz respeito à construção de sua cientificidade, uma vez que esta representa a fundamentação do cuidar (MOURA *et al.*, 2005).

Apesar dos avanços na legislação, o problema da violência contra a mulher teve poucas mudanças. Para que isso ocorra, acreditamos ser necessária uma mobilização de vários atores sociais para seu reconhecimento segundo uma dimensão cultural. Nesta pesquisa destacamos o enfermeiro como um destes atores que precisa extrapolar o biológico no atendimento às mulheres agredidas e imergir na compreensão cultural de violência para ajudá-las a se desvencilhar da situação de violência e/ou prevení-la. Porém, entendemos que não só os enfermeiros, mas todos os profissionais de saúde devem estar atentos às questões da violência de um modo geral.

Consideramos que para o enfermeiro realizar um atendimento de qualidade às mulheres agredidas é necessário reconhecer, compreender e valorizar o significado cultural da violência para as mulheres que vivenciaram essa situação. Para tanto, faz-se necessária uma aproximação e vivência junto a elas de forma que possam nos ajudar a desvelar os questionamentos dessa investigação: o que significa violência doméstica para mulheres agredidas em seu contexto social e cultural? como um profissional de saúde pode ajudá-las a se desvencilhar da violência doméstica? qual o significado de saúde para elas?

Suas vozes a esses questionamentos, juntamente com o conhecimento científico dos profissionais e com o amparo legal e social para a violência doméstica,

certamente possibilitarão o estabelecimento de estratégias para um atendimento de qualidade, humanizado, resolutivo e combatível da violência doméstica contra a mulher. Contudo, pretendemos, com essa pesquisa, atingir os seguintes objetivos:

- Compreender os significados de violência conjugal no âmbito doméstico na perspectiva de mulheres que vivenciaram agressão e que estão abrigadas em uma Instituição da Sociedade Civil;
- Identificar os fatores que contribuem para que mulheres, abrigadas em uma Instituição da Sociedade Civil e vítimas de violência conjugal no âmbito doméstico, venham a romper com a situação de violência;
- Analisar o significado de saúde para mulheres vítimas de violência conjugal no âmbito doméstico e que estejam abrigadas em uma Instituição da Sociedade Civil.

Assim, acreditamos que os resultados deste estudo contribuirão para melhoria da assistência à saúde das mulheres em situação de violência na medida em que oferecerem subsídios à atuação do Enfermeiro, bem como de outros profissionais da área de saúde, no estabelecimento de ações coerentes e resolutivas para o atendimento desse grupo e também na construção de políticas públicas direcionadas às mulheres vítimas de violência doméstica.

CAPÍTULO 02 - A VIOLÊNCIA CONJUGAL BASEADA NA CONSTRUÇÃO DE GÊNERO E SUSTENTADA PELA CULTURA

A VIOLÊNCIA CONJUGAL BASEADA NA CONSTRUÇÃO DE GÊNERO E SUSTENTADA PELA CULTURA

Entendemos que para os profissionais de saúde prestarem um atendimento de qualidade às mulheres vítimas de violência conjugal no âmbito doméstico precisam atendê-las segundo uma dimensão que transcende a biológica, dos agravos físicos, contemplando as questões de gênero e cultural. Acreditando nesta premissa, optamos por realizar a análise dos dados coletados com base em referenciais teóricos que abrigassem as questões de gênero e culturais na violência conjugal. Para fins didáticos, dividimos este capítulo nos seguintes agrupamentos de referenciais teóricos: “Delimitação Conceitual da Violência Conjugal no Âmbito Doméstico”, “Construção Social de Gênero” e “Pilares Culturais que Sustentam a Violência de Gênero”. Estes também permitiram a identificação das categorias de análise às quais nos referiremos ao final deste capítulo, juntamente com os pressupostos da investigação.

1. Delimitação Conceitual da Violência Conjugal no Âmbito Doméstico

O vocábulo violência vem da palavra latina *vis*, que significa “força” e se refere às noções de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro. A violência sofre influência de épocas, locais, circunstâncias e realidades muito diferentes. Há violências toleradas e outras, condenadas, pois, desde que o homem vive sobre a Terra, a violência existe, apresentando-se sob diferentes formas, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas (MINAYO & SOUZA, 2003).

É sempre a ruptura de um modelo, algumas vezes consensualizado; há momentos em que simplesmente é imposto nas relações de poder ou decorrente da necessidade e das estratégias adotadas por determinado grupo em prol de sobrevivência (FNEDH, 2008).

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Por isso, trazemos aqui alguns autores e entidades que possibilitam reflexões teóricas sobre o tema.

Minayo e Souza (1998) referem que a violência gera muitas teorias, todas parciais. As autoras ainda dividem essas teorias em quatro grupos. O primeiro concebe a violência como fenômeno extraclassista e a-histórico, de caráter universal, constituindo mero instrumento técnico para reflexão sobre as realidades sociais. Essas teorias fundamentam-se na ideia de que a agressividade é uma qualidade inata da natureza humana e, portanto, os conflitos da vida social, seja qual for a etapa do desenvolvimento histórico, são de caráter eterno e natural. Um segundo grupo não homogêneo de teorias se refere às raízes sociais da violência e, um terceiro, tende a compreender os processos e as condutas violentas como estratégias de sobrevivência das camadas populares vitimadas pelas contradições gritantes do capitalismo no país. Por fim, o quarto grupo explica a violência e o crescimento dos índices de criminalidade no país pela falta de autoridade do Estado, interpretando-a como poder repressivo e dissuasivo dos aparatos jurídicos e policiais.

Já para Arendt (2009), a violência se explica pela severa frustração da faculdade de agir no mundo contemporâneo cujas raízes residem na burocratização da vida pública, na vulnerabilidade dos grandes sistemas e na monopolização do poder.

Para Chauí (2006), ela compreende tudo o que age, usando a força, para ir contra a natureza de algum ser, todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém; todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade; todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

Minayo (1994) classifica a violência em três classes: violência estrutural, violência de resistência e violência de delinquência. Entende-se por violência estrutural aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte.

A violência de resistência é constituída das diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Esta

categoria de pensamento e ação geralmente não é naturalizada, pelo contrário, é objeto de contestação e repressão por parte dos detentores do poder político, econômico e/ou cultural.

Já a violência de delinquência é aquela que se revela nas ações fora da lei socialmente reconhecida. A análise deste tipo de ação necessita passar pela compreensão da violência estrutural, que não só confronta os indivíduos uns com os outros, mas também os corrompe e impulsiona ao delito.

Para esta pesquisa, faz-se necessário um recorte no conceito amplo de violência, com foco específico para a violência de gênero ou também nomeada violência contra a mulher.

A Convenção de Belém do Pará (1994) concebe a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta, com base no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público ou privado: ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus tratos e abuso sexual; ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Vale destacarmos a violência de gênero contra a mulher negra, pois o grau de vitimização dessa mulher é potencializado e aumentado por um contexto de violações de direitos que contam, para além do gênero, com as desigualdades produzidas pelo racismo (FNEDH, 2008). Costa *et al.* (2009) realizaram um estudo comparativo entre a ocorrência de violência doméstica envolvendo mulheres negras e brancas e concluíram que as de raça negra informam que sofrem mais abusos por parte de seus companheiros do que as brancas e que isso não se relaciona à idade, nível educativo, ocupação, prática religiosa nem ideologia política, ou seja, diz respeito ao racismo.

Os estudos de Audi (2008), Santos *et al.* (2010) e Bonfim *et al.* (2010) alertam para o aumento da violência contra a mulher quando esta se encontra grávida, o que ocasiona graves problemas graves ao feto, ressaltando que este

problema tem grande possibilidade de ser detectado e minimizado pelos profissionais de saúde durante o pré-natal.

A questão de “gênero” fica mais evidente quando a mulher está grávida, já que o corpo gravídico pode significar, para alguns homens, o corpo feminino ocupado ou não disponível sexualmente; a suspeita de traição e a negação da paternidade, comuns na vida conjugal de gestantes em situação de violência (BERGER & GIFFIN, 2011).

Dentre as diferentes formas de violência de gênero ou violência contra a mulher, encontra-se a violência doméstica ou familiar, e nesta, mais especificamente, a conjugal. A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família (SALIBA *et al.*, 2007). Nesta pesquisa, o membro familiar considerado foi a mulher.

Adotamos a definição de violência doméstica contra a mulher do Ministério da Saúde (1993, p.13):

são as variadas formas de violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico e negligência) que ocorrem dentro da família, sendo perpetrada por um agressor (que possui laços de parentesco, familiares ou conjugais) em condições de superioridade (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica) acometidas a mulher.

A violência familiar é uma forma de violência que muitas mulheres estão submetidas, tendo origem entre os membros da família, independentemente se o agressor esteja ou não compartilhando o mesmo domicílio (CASIQUE & FUREGATO, 2006). A violência conjugal insere-se na violência doméstica/familiar quando esta ocorre entre os conjugues, entre o casal (FALCKE *et al.*, 2009).

Considerando sua ocorrência dentro da família, traçamos, então, um breve panorama da família atual. Pode-se dizer que, do ponto de vista demográfico e estatístico, mudanças e permanências vêm marcando a estrutura familiar brasileira nas últimas décadas. O caráter nuclear da família, isto é, casal com ou sem filhos, permanece predominante, mas o tamanho da família diminuiu, o número de uniões conjugais, sem vínculos legais, e de arranjos monoparentais cresceu - são aqueles caracterizados pela presença do pai com filhos ou da mãe com filhos, contando ou não com outros parentes habitando conjuntamente.

Entretanto, as maiores transformações vêm ocorrendo no interior do núcleo familiar, assinaladas pela alteração da posição relativa da mulher e pelos novos

padrões de relacionamento entre os membros da família. Pode-se estar diante de uma tendência à passagem de uma família hierárquica para uma família mais igualitária. (BERQUO, 1998; GOLDANI, 2002; PINNELLI, 2004; SORJ, 2005).

A transformação da família vem ocorrendo em conjunto com as mudanças de gênero: o nível de escolaridade aumentou e as mulheres obtêm melhores resultados acadêmicos de maneira que as diferenças de gênero, neste campo, diminuíram e, em muitos casos, se inverteram. O investimento em educação levou as jovens ao mercado de trabalho e o crescimento do setor terciário facilitou sua integração (PINNELLI, 2004).

A formação da família também foi adiada por estas mudanças. Quando as mulheres se casam mais tarde, são escolarizadas e têm um emprego remunerado, é mais provável que as diferenças de gênero sejam mais limitadas, quando não invertidas: mulheres mais velhas, mais escolarizadas e com ocupações de maior prestígio nem sempre encontram na sociedade um homem mais velho, com maior escolaridade e um emprego melhor que o delas. Os casais igualitários, ou aqueles em que as diferenças de gênero estão invertidas, tornam-se mais frequentes. Mas, se as mulheres possuem autonomia financeira, elas não necessitam casar-se para sobreviver economicamente e podem divorciar-se se a relação com seus parceiros torna-se insatisfatória (PINNELLI, 2004).

Esse contexto foi considerado no presente trabalho que tem, como objeto de estudo, a violência conjugal no âmbito doméstico ocorrida contra as mulheres; por isso aprofundamos nossos estudos na violência doméstica que as atinge. No entanto, por estarem, muitas vezes, presentes no mesmo ambiente, não podemos esquecer que a violência doméstica inclui ainda, a violência praticada com as crianças, adolescentes e idosos.

A violência contra crianças e adolescentes é definida por Minayo (2001, p. 92) como:

Todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, numa transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral; de outro, numa coisificação da infância. Isto é, numa negação do direito que as crianças e adolescentes têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

Em relação aos idosos, os estudos indicam que a maioria das queixas refere-se à violência praticada por parentes. Dos casos de violência, 90% são contra

esse grupo e ocorrem no interior dos lares; dois terços dos agressores são filhos homens, noras, genros e cônjuges e o agressor físico e emocional usa drogas. Contribuem para a maior vulnerabilidade do idoso: o fato do agressor viver na mesma casa que a vítima; os filhos serem financeiramente dependentes dos pais idosos ou, ao contrário, o idoso depender da família e de seus filhos para sobreviver; o ambiente de pouca comunicação, pouco afeto e fragilidade de vínculo familiar; o isolamento social da família e da pessoa idosa; o idoso ter sido ou ser agressivo nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; o responsável pelo idoso ter sido vítima de violência doméstica; presença de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico (MINAYO & SOUZA, 2003).

Em relação à violência doméstica ocorrida contra homens, presumimos que ela ocorra, mas não encontramos estudo nesse sentido. Algumas investigações abordam a violência contra o homem em âmbito público, por causas externas, tais como: homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, brigas, assaltos, entre outros (BRAZ, 2005; SOUZA, 2005).

Segundo Sarti *et al.* (2006), há uma construção social que configura o homem como agressor e agente da violência, forçando-o a provas de masculinidade. Essa construção social acabou por naturalizar-se em muitas análises sobre a violência contra as mulheres, diante de relações de poder essencializadas como domínio masculino, tornando logicamente inconcebível ou dificilmente assimilável, a ideia do homem como vítima de um ato violento ou ocupando um lugar submisso numa relação violenta.

Vale ressaltarmos que a SPM (2006) lançou um manual para padronizar a operacionalidade das DEAMs, no qual apresenta um levantamento de como elas estão atuando. Foi detectado que algumas DEAMs estão atendendo casos de crianças e adolescentes, homens idosos, homens homossexuais e heterossexuais, o que permite evidenciar que ocorre a violência doméstica contra o homem, perpetrada pela mulher, e que este é um tema que carece de investigações.

Uma recente pesquisa abordando as agressões em homens, por mulheres, foi desenvolvida por Minayo *et al.* (2011), envolvendo adolescentes brasileiros no que se refere à violência conjugal no namoro. Os autores identificaram que as meninas agredem mais os meninos e isso se refletirá em seus futuros casamentos. Evidenciaram também que os adolescentes subestimam a importância das

agressões no namoro, pois consideram que a violência conjugal diz respeito aos adultos e aos formalmente casados.

Para Ferreira (1994), a violência conjugal se manifesta em quatro modalidades: o homem que agride a mulher; a mulher que violenta o marido; os cônjuges que se agredem mutuamente; e os casais que, embora não sendo agressivos, cometem atos violentos quando não há mais consenso e comunicação entre eles.

Contudo, quem mais sofre agressão na violência conjugal é a mulher, que sofre uma violência qualitativamente diferente daquela que a mulher pratica contra o homem (DINIZ *et al.*, 2003). Assim, o incentivo social da agressividade como uma característica do masculino explica porque o homem, usualmente, é o agressor em potencial e, a mulher, a vítima.

Não há um consenso para a melhor denominação da violência contra a mulher; daí as várias formas de denominá-la: violência de gênero, violência doméstica, violência familiar e violência conjugal. No entanto, todas concordam ao destacar os tipos de violência imbricados na violência contra a mulher: violência sexual, física, psicológica e violência social.

A sexual ocorre quando a mulher é forçada às práticas sexuais que causam desconforto ou repulsa, é obrigada a olhar imagens pornográficas sem desejo e ainda quando for obrigada a fazer sexo com outras pessoas (FNEDH, 2008). A física é entendida como toda ação que implica no uso da força contra a mulher, em qualquer idade e circunstância, podendo manifestar-se por pancadas, chutes, beliscões, mordidas, lançamento de objetos, empurrões, bofetadas, surras, lesões com arma branca, arranhões, socos na cabeça, feridas, queimaduras, fraturas, lesões abdominais e qualquer outro ato que atente contra a integridade física, produzindo ou não marcas no corpo (CASIQUE & FUREGATO, 2006).

Ainda para esses autores, a violência psicológica ocorre por meio da rejeição de carinho, ameaças de espancamento à mulher e seus filhos, impedimentos à mulher de trabalhar, ter amizades ou sair; por sua vez, o parceiro lhe conta suas aventuras amorosas e, ao mesmo tempo, a acusa de ter amantes. A violência social consiste em toda ação prejudicial à mulher, ditada pelas condutas ou atitudes de aceitação ou rejeição estabelecidas pela sociedade como adequadas, frente à violência que sofre a mulher, assim como as condições sociais que envolvem a situação na qual vive a vítima da violência.

A Lei 11.340 ou Lei Maria da Penha propõe uma nova classificação de violência contra a mulher: a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas vontades (CASA CIVIL, 2006).

Schraiber *et al.* (2007) realizaram um estudo, em nível nacional, da prevalência das formas de violência perpetradas às mulheres e constataram que a violência psicológica é a predominante, seguida da física e depois da sexual, sendo frequente a sobreposição dessas formas.

Autores e instituições listam as consequências dessas formas de violência na saúde da mulher (CASIQUE & FUREGATO, 2006; OMS, 2002; OMS, 2005; FNEDH, 2008). As consequências físicas podem ser lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas e hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, fraturas, distúrbios gastrointestinais, cefaleias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, funcionamento físico reduzido, fadiga crônica, mudanças bruscas de peso.

Das violências sexuais e reprodutivas, as consequências podem ser distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aborto sem segurança, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intrauterino, morte fetal e materna. As mulheres vítimas de estupro têm garantido, pelo Ministério da Saúde, desde 1998, a Norma Técnica sobre Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, que assegura a contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs/AIDS), o atendimento psicológico e a realização do aborto legal, previsto no inciso II do artigo 128 do Código Penal, no sistema público de saúde (FNEDH, 2008).

As de ordem psicológica e comportamental incluem o abuso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico, inatividade física, baixa autoestima, distúrbios de estresse pós-traumático, tabagismo, comportamentos suicidas, autoflagelo e comportamento sexual inseguro.

A dinâmica da violência conjugal geralmente revela um processo cíclico, relacional e progressivo. Walker (1999) estudou o Ciclo da Violência doméstica

contra a mulher e o apresentou em três fases: Construção da Tensão, Tensão Máxima e Lua-de-mel.

Na fase Construção da Tensão podem ocorrer incidentes como agressões verbais, crise de ciúmes, ameaças, destruição de objetos, xingamentos, crítica constante, humilhação psicológica e pequenos incidentes de agressão física. Há um aumento gradual da tensão, que pode durar de alguns dias a um período de anos. A mulher demonstra precaução extrema com relação ao seu companheiro, nega que o abuso esteja ocorrendo e tenta controlar a situação. O agressor torna-se progressivamente agitado e raivoso. Um pequeno incidente de violência física ocorrerá e a mulher tentará justificar a agressão. O agressor sabe que seu comportamento está errado e teme que sua companheira o abandone. A mulher, inadvertidamente, reforça os temores do agressor, retraindo-se para não provocá-lo. A tensão entre agressor e sua companheira torna-se insuportável e as expressões de tensão, hostilidade e descontentamento invariavelmente conduzem à segunda fase.

Na fase de Tensão Máxima, ocorrerá um ato destrutivo principal de violência física contra a mulher. Frequentemente esta violência é aguda e acompanhada de severa agressão verbal. Esta é a fase mais curta do ciclo de violência, durando de oito horas a quarenta e oito horas. A mulher sofre danos físicos sérios e consegue lembrar-se, com detalhes, da fase, diferentemente do que ocorre com o homem. A mulher provavelmente negará a seriedade dos danos que sofreu para acalmar o agressor e assegurar o término desta fase. Algumas percebem quando esta fase se aproxima e acabam agindo de forma a provocar incidentes violentos por não mais suportarem o medo, a raiva e a ansiedade. Inconscientemente sabem que esta fase é mais curta e que, logo em seguida, virá a fase da Lua-de-Mel.

Na fase Lua-de-Mel o agressor mostra-se arrependido do seu comportamento e age de forma humilde e amorosa, procurando se desculpar. Ele geralmente a presenteia e desculpa-se, prometendo não atacá-la novamente. Seu comportamento amoroso reforça na mulher a esperança de que ele mudará, encorajando-a a manter sua relação de vida matrimonial. Em certos relacionamentos, nesta fase não há comportamento amoroso, apenas ausência da violência e a probabilidade da mulher romper com este ciclo de violência é menor. O final desta última fase traz de volta a tensão, reiniciando o ciclo com a Construção de Tensão.

O ciclo faz com que muitos homens e mulheres permaneçam, durante vários anos, em relações violentas (FALCKE *et al.*, 2009). Seu rompimento é extremamente difícil para a mulher, principalmente devido à fase ilusória de Lua-de-Mel. A mulher necessita de uma rede de apoio para conseguir se desvencilhar deste ciclo e o profissional de saúde deve compor essa rede de apoio, auxiliando-a a romper com a violência conjugal.

Guedes (2006) afirma que a permanência de muitas mulheres em relações em que se encontram submissas ao poder masculino envolve múltiplos aspectos, desde a dependência econômica ou afetiva do parceiro, até supostas gratificações que a relação gera pela realização pessoal de atenderem ao modelo idealizado de mulher, que mantém a relação afetiva e a família nuclear, mesmo que, para tal, tenha que se anular como ser humano, sujeito de sua existência.

FNEDH (2008) enumera algumas razões que levam as mulheres a permanecerem em uma relação violenta. São elas: risco do rompimento da relação devido às ameaças de morte ou de suicídio, vergonha e medo de procurar ajuda, esperança de que o comportamento do parceiro se transforme, isolamento da vítima que se vê sem uma rede de apoio adequada, despreparo da sociedade, das próprias famílias e dos serviços públicos ou particulares para lidarem com a violência conjugal, preocupação com os filhos, disputa pela guarda dos filhos e por pensões alimentícias, dependência econômica do cônjuge aliada à falta de qualificação profissional e baixa escolaridade e concepções matrimoniais de natureza religiosa.

Fonseca e Guedes (2011) salientam que os valores da ideologia machista e patriarcal são incorporados por homens e mulheres, não se podendo analisar a violência conjugal a partir de posições reducionistas que apontam para o homem como agressor ativo e algoz, *versus* a mulher passiva, vítima da dualidade cristalizada que permeia a compreensão da violência. Segundo Saffioti (1994, p.446):

não se está, de forma alguma afirmando que as mulheres são santas. Ao contrário, elas participam da relação de violência, chegando até mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem (...) trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem.

Oliveira e Souza (2006 p. 46) referem que o modelo mulher – vítima e homem - agressor contribui para “silenciar os homens que se sentem machucados,

frágeis, violentados, legitimando uma cultura que, mesmo se dizendo crítica e processual, permanece valorizando a virilidade masculina e a fragilidade feminina”.

A nossa investigação reconhece a violência conjugal enquanto uma ação extremamente grave e permanente e procura ver como ela se constrói e se manifesta culturalmente. Ainda entende que enquanto a sociedade e seus integrantes, entre eles os profissionais de saúde – enfermeiros, não estiverem preparados para conhecer a realidade cultural da mulher que sofre violência conjugal, o ciclo da violência se repetirá e este fenômeno persistirá.

2. Construção Social de Gênero

A preocupação teórica com o gênero enquanto uma categoria analítica só emergiu ao final do século XX. Ela está ausente nas primeiras abordagens de teoria social, formuladas desde o século XVIII até o começo do século XX. Foi a partir da década de 1980 que o conceito de gênero começou a ser utilizado em pesquisas na academia e se desenvolveu como categoria analítica. Sua base teórica foi formulada pela historiadora Joan Scott (1995). De fato, algumas destas teorias construíram sua lógica a partir das analogias com a oposição entre masculino/feminino; outras reconheceram uma “questão feminina”, e ainda outras se preocuparam com a formulação da identidade sexual subjetiva, mas o gênero, como uma forma de falar sobre sistemas de relações sociais ou sexuais, até então não havia surgido (SCOTT, 1995).

Os conceitos de gênero, como algo culturalmente construído, distinto do de sexo, como naturalmente adquirido, formaram o par sobre o qual as teorias feministas inicialmente se basearam para defender perspectivas “desnaturalizadoras”, sob as quais associavam o feminino à fragilidade ou submissão. (RODRIGUES, 2005).

A categoria gênero teve, como um dos seus objetivos, buscar a desconstrução deste determinismo natural, instaurando, assim, uma suposta equidade entre homens e mulheres (MENEGHEL *et al.*, 2003). A equidade de gênero é um conceito ético, cuja concretização nas práticas é premente. Essa perspectiva deve ser associada aos princípios de justiça social e de direitos humanos, o que não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres (FONSECA & GUEDES, 2011).

O movimento feminista teve início em meados da década de 70; no Brasil, por volta da década de 80, revelando a invisibilidade social da violência contra as mulheres em casa, no trabalho e nas instituições. Alertou também para a banalização histórica do problema por parte dos Estados e da sociedade, apontando para a insegurança vivida pelas mulheres nos espaços públicos e privados (FNEDH, 2008).

O movimento feminista teve, como percussora, a ativista Simone de Beauvoir que estabeleceu, de imediato, uma plataforma de discussão sobre a condição feminina e o feminismo. Beauvoir abriu as portas a todas as mulheres no sentido de formarem o seu próprio ser e escolherem o seu próprio destino, libertando-se de todas as ideias socialmente pré-concebidas e dos mitos pré-estabelecidos que lhes permitem pouca ou nenhuma hipótese de escolha (BEAUVOIR, 1997).

Magareth Mead foi contemporânea de Beauvoir e também colocou “o gênero” em discussão em dois livros: *Sexo e Temperamento* (1966) e *Macho e Fêmea* (1971), os quais contribuíram para os estudos feministas sobre mulher. Descartaram essa naturalização dos papéis sexuais devido à configuração anátomo-fisiológica, ressaltando os papéis sociais femininos e masculinos.

A divisão sexo/gênero funciona como uma espécie de pilar fundacional da política feminista e parte da ideia de que o sexo é natural e, o gênero, socialmente construído (RODRIGUES, 2005).

Podemos distinguir duas vertentes do movimento feminista: uma denominada pós-moderna, definida como uma crítica às estruturas profundas da sociedade e a certos binarismos restritivos do pensamento; outra, designada feminismo ilustrado, fundamentado na busca da verdadeira universalidade.

Judith Butler (2003) identifica-se com um modelo mais polêmico e ousado que a vertente pós-moderna, o qual muitos denominam pós-feminismo. Em sua análise crítica, sustenta que nas duas vertentes alguns binarismos ainda são mantidos sem serem questionados. O principal embate de Butler foi com a premissa na qual se origina a distinção sexo/gênero: sexo é natural e gênero é construído. O que a autora afirmou foi que, nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino (BUTLER, 2003).

Butler vai mais além. Considera que o sexo não é natural e que também é cultural assim como o gênero; ainda fundamenta-se na emblemática afirmação de

Beauvoir (1997): "A gente não nasce mulher, torna-se mulher", para apontar o fato de que "não há nada nessa frase que garanta que o 'ser' que se torna mulher seja necessariamente fêmea".

Rigorosamente, o único consenso existente sobre o conceito de gênero reside no fato de que se trata de uma modelagem social, mas não, necessariamente, referida ao sexo. Vale dizer que o gênero pode ser construído independentemente do sexo. O consenso, entretanto, se encerra aí. Há feministas que ainda trabalham com o conceito de sexo/gênero; outras que se apegam às diferenças sexuais para explicar o gênero, resvalando, às vezes, para o essencialismo biológico; ainda há outras que afirmam de tal modo o primado do social que acabam por negar ou, pelo menos, ignorar o corpo, abraçando o essencialismo social.

Independentemente da vertente feminista, o sexo/ gênero, ou somente sexo, ou somente gênero, estão ligados a valores culturais e sociais. Entretanto, Saffioti (2001) afirma que ignorar as diferentes vertentes do feminismo é algo grave, pois homogeneiza uma realidade bastante diferenciada. Para o presente estudo, vale a compreensão de gênero como componente cultural, histórico e de papel social.

Nesta pesquisa, ao abordar a temática da violência conjugal, entendemos gênero como uma forma de indicar construções culturais - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais e culturais das identidades subjetivas de homens e de mulheres. Gênero é, segundo esta definição, uma categoria social e cultural imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995).

Segundo Kronbauer & Meneghel (2005), gênero é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo status diferente a homens e mulheres. Ainda para estes autores, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana. Complementando, Farah (2004) remete a desigualdade de gênero às desigualdades de poder socialmente estabelecidas entre os sexos.

Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primária de atribuir significado às relações de poder. Seria melhor dizer: o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado (SCOTT, 1995).

As construções sociais e culturais de gênero levam à desigualdade de poder entre o masculino/feminino, homem/mulher, sendo o masculino/homem, detentor do poder, e o feminino/mulher, a ele subordinada.

Para Bourdieu (2000), o poder simbólico de dominação masculina diante da submissão feminina, poder subordinado, é uma forma transformada, irreconhecível, transfigurada e legitimada das outras formas de poder, que garante uma verdadeira transubstanciação das relações de força, fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas encerram. Chauí (1985) confirma o poder simbólico na relação de gênero ao afirmar que as mulheres sequer se reconhecem como vítimas, reiterando a violência perfeita, ou seja, aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal.

A violência conjugal é uma consequência da construção cultural e social de gênero que leva a diferenças na relação de poder, culminando em atos de violência nas relações de dominação masculina e de subordinação feminina. Porém, Fonseca e Guedes (2011) consideram que a humanidade do ser humano é socialmente construída por relações sociais, pressupondo-se que todos os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e, portanto, podem ser por ela transformados.

3. Pilares Culturais que Sustentam a Violência de Gênero

Para analisarmos o fenômeno cultural da violência conjugal, realizamos uma aproximação à antropologia de forma a conhecermos aspectos teóricos e conceituais de cultura, como esta é construída, disseminada perpetuada e normalizada em dada sociedade e em determinado momento.

Vários são os antropólogos (TYLOR, 2005; BENEDICT, 2005; SAHLINS, 1997; GEERTZ, 1989) que estudam a temática da cultura e sua influência no comportamento dos indivíduos; no entanto, não há um consenso ou um conceito estabelecido de cultura. Portanto, para esta pesquisa, adotamos os aspectos culturais abordados pela antropóloga Ruth Benedict, pois permitem melhor análise da influência cultural na VCAD.

Ruth Benedict nasceu em 1887, nos Estados Unidos da América: após ter estudado literatura, iniciou, em 1920, seus estudos em antropologia. Em 1923 apresentou sua tese de doutoramento sob a orientação de Franz Boas e, em 1934,

escreveu uma das mais importantes e emblemáticas obras de Antropologia: *Padrões de Cultura*. Nesta obra, Benedict (2005) introduz o tema de modelos culturais e apresenta-nos uma visão dinâmica de cultura centrada na ideia de totalidade cultural. Mais concretamente, em *Padrões de Cultura*, Benedict compara e descreve os traços característicos de três diferentes culturas para defender a existência de modelos comportamentais típicos, aos quais cada membro da sociedade deve se adaptar. Destacamos, deste modo, dois padrões culturais de base: por um lado, o padrão dionisíaco, de tipo equilibrado, ordenado e harmonioso e com uma propensão para o conformismo e para a arte; por outro, o padrão apolíneo, mais violento, desordenado, conflituoso e com uma profunda tendência para a guerra (BENEDICT, 2005). O trabalho desta autora teve um impacto importante na época, contribuindo para a defesa do relativismo cultural e para a necessidade de compreender o verdadeiro significado de cada cultura.

A pretensão de Ruth Benedict foi demonstrar que cada cultura possui seus próprios imperativos morais, os quais só poderiam ser compreendidos se a cultura fosse estudada como um todo. Ela percebeu que seria errado menosprezar os costumes ou valores de uma cultura distinta da nossa. Tais costumes teriam um significado para as pessoas que os adquiriram e, portanto, não deveriam ser julgados apressada ou superficialmente. Não deveríamos tentar avaliar um povo somente por meio de nossas referências.

Benedict (2005) afirma que o homem não é obrigado, pela sua constituição biológica, a obedecer em pormenor a qualquer variedade particular de comportamento. A cultura não é um complexo que seja transmitido biologicamente. As bases biológicas do comportamento cultural na humanidade são, em sua maior parte, irrelevantes; os fatores históricos são os que imediatamente atuam. O que na realidade liga os homens é sua cultura – as ideias e os padrões que têm em comum (BENEDICT, 2005).

A história individual de cada pessoa é, acima de tudo, uma acomodação aos padrões de formas e de medidas condicionalmente transmitidos em sua comunidade, de geração para geração (BENEDICT, 2005). Para esta autora, a cultura determina o comportamento do homem e este age de acordo com o aprendizado adquirido. Na relação entre homem/mulher, esse aprendizado é “androcêntrico”, pelo qual há a transmissão, de geração para geração, da superioridade do homem sobre a mulher, tornando-a neutra e legitimada.

Com a leitura de Benedict (2005), compreendemos como o poder masculino, e, em seu interior, a violência conjugal, permeia todas as relações sociais, transforma-se em algo objetivo, traduzindo-se em estruturas hierarquizadas, em objetos, em senso comum.

As pesquisas desta estudiosa revelam que na sociedade há diferentes culturas e que todas elas são importantes e têm seu valor; não podemos discriminar, ridicularizar ou menosprezar uma cultura que seja diferente da adquirida por nós. Ninguém pode participar completamente de qualquer cultura se não tiver sido criado segundo suas formas e vivido de acordo com elas; entretanto, todos podem conceder que outras culturas têm, para seus participantes, o mesmo significado que reconhecem na sua própria. Uma cultura, como um indivíduo, é um modelo mais ou menos consistente de pensamento e de ação. Em cada uma surgem objetivos característicos não necessariamente partilhados por outros tipos de sociedade (BENEDICT, 2005).

Benedict (2005) afirma que uma pessoa só verá ocorrências estranhas referentes a comportamentos em culturas que lhe são alheias e não em sua própria. As configurações culturais fundamentais e distintas estandardizam a existência e condicionam os pensamentos e emoções dos indivíduos que participam dessas culturas. Por isso, as mulheres possuidoras da cultura “androcêntrica” e de dominação masculina aceitam e até não percebem que se encontram no Ciclo de Violência proposto por Walker (1999).

Segundo Benedict (2005), é imprescindível compreender o modo como as culturas se transformam e se diferenciam, as distintas formas pelas quais se exprimem, e a maneira como o costume de quaisquer povos afeta as vidas das pessoas. Para o profissional de saúde atender, com qualidade, a uma mulher vítima de violência conjugal, ele precisa compreender como essa violência é culturalmente por ela concebida e não discriminá-la, ainda que possua, em seu contexto cultural, diferentes concepções sobre violência.

Se o que nos interessa são os processos na cultura, a única forma de podermos conhecer o significado do comportamento escolhido é vê-lo a partir da consideração de seu pano de fundo no qual se inserem os motivos e emoções e valores institucionalizados nessa cultura (BENEDICT, 2005).

Alterar a concepção cultural de dominação masculina e naturalização/permissão da violência conjugal contra mulheres não é um processo

fácil; assim, cabe ao profissional de saúde orientar as mulheres agredidas no sentido de perceberem que a situação de violência não é “normal”, já existindo uma rede de apoio para ajudá-la a romper com esse ciclo.

Benedict (2005) lembra que a cultura não é estática; passa por revisões. Sahlins (1997) também afirma que a cultura não se perde ou acaba, ela se transforma e é reestruturada a partir de mudanças históricas e estruturais, denominando esse movimento de “transformação cultural”. No entanto, essas mudanças culturais ocorrem por meio da revolução ou da desintegração, visto que a possibilidade de mudança cultural ordeira é impossível, pois as gerações, ao longo do tempo, não realizaram um balanço dos ganhos e perdas proporcionados por sua cultura uma vez que não percebiam os fatos objetivamente. A situação teve que chegar a um ponto crítico antes que fosse possível qualquer mudança cultural.

Embora, ao longo da história, as relações de poder tenham se modificado no âmbito social e do Estado, os pequenos exercícios de poder que ocorrem no âmbito privado das relações entre homens e mulheres permanecem. Ou seja, é uma forma de poder ainda justificada pela privacidade da relação familiar, presente no imaginário popular “entre marido e mulher, não se mete a colher” (FONSECA & GUEDES, 2011).

É possível visualizar o início de uma mudança cultural em relação à violência conjugal. Por muito tempo este fenômeno foi naturalizado; hoje já se discute essa problemática em nível mundial e nacional, leis foram elaboradas para alterar essa concepção cultural de aceitação da violência sem punição, a qual se tornou um caso de saúde pública.

Vale retomar Benedict (2005) quando refere que a sociedade só é reguladora acidentalmente e em certas situações e que lei não é equivalente à ordem social. Nas mais simples culturas homogêneas, o hábito coletivo ou costume pode suprir completamente a necessidade de qualquer desenvolvimento de autoridade legal formal, o que explica que, apesar de várias leis já terem sido criadas contra a violência doméstica à mulher, persistam inúmeros casos deste fenômeno.

Cada cultura possui costumes e hábitos distintos, mas nem por isso podem ser classificadas como melhores ou piores; cada uma tem um significado especial para aqueles que a herdaram. No entanto, naquelas em que o sofrimento humano e

a frustração estão presentes, haverá um ônus, em capital social, decorrente de comportamentos menos desejáveis.

As práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las (FONSECA, 2007). Os profissionais de saúde, ao atenderem mulheres agredidas, necessitam compreendê-las de acordo com sua condição cultural e contribuir para a implantação de um olhar cultural que não naturalize a violência conjugal, mas que a liberte da opressão androcêntrica.

4. Pressupostos do estudo

Com base na literatura até aqui exposta, discutimos algumas concepções conceituais sobre violência, trazendo, como pano de fundo, aspectos sociais e culturais que sinalizam para uma “naturalização” da violência doméstica contra a mulher. No entanto, aquela que sofre atos violentos constantes, cíclicos e de qualquer um dos tipos que apresentamos, dificilmente terá condições de correlacionar a violência sofrida às questões culturais e sociais de cunho androcêntrico, talvez por estar inserida nesse contexto social e cultural “naturalizante” da condição de submissão e passividade feminina diante da opressão, do poder e da autoridade masculina. Assim, com base na literatura, podemos dizer que, muitas vezes, as mulheres se posicionam diante da violência doméstica “apenas” como “vítimas” do agressor e não como mulheres pertencentes a uma cultura que determina a dominação do homem sobre a mulher.

Dessa forma, partimos do pressuposto de que as mulheres relacionam o significado de violência doméstica apenas aos tipos de agressão que foram a ela perpetrados, podendo ser violência física, sexual, verbal, psicológica e social, pois esses tipos por elas vivenciados foram reais e palpáveis, e não abstratos e subjetivos como as questões culturais às quais esta pesquisa se remete. Isso faz com que relacionem o significado da violência segundo suas próprias perspectivas, ou seja, ainda que “cegas” diante do contexto cultural e social no qual estão inseridas, essas mulheres, por estarem abrigadas no CEVAM, romperam, ou ao menos estão tentando romper, com o Ciclo da Violência, proposto por Walker (1999), devido aos prejuízos e agravos consequentes da violência sofrida, os quais podem ser desde lesões físicas até ao medo da morte. É possível que encontremos

ainda nessas mulheres um sentimento de afetividade pelo agressor, o que pode levá-las novamente ao Ciclo da Violência.

Ao mesmo tempo, entendemos que os agravos e lesões físicas conduziram essas mulheres ao encontro dos profissionais de saúde. Pelas evidências da literatura, o ato destrutivo principal da violência física contra a mulher ocorre na fase de Tensão Máxima do Ciclo da Violência, sendo esse, então, o momento no qual o profissional de saúde pode atuar para além do tratamento dos agravos físicos, como ator social, apoiando e incentivando essas mulheres a romper com a situação de violência para que não ocorram novas agressões.

Diante do referencial até aqui exposto e considerando os objetivos e os pressupostos deste estudo elegemos as categorias de análise “Violência Conjugal”, “Gênero” e “Cultura” para dialogar com as categorias temáticas extraídas da coleta de dados que explicitaremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 03 - CAMINHO METODOLÓGICO

CAMINHO METODOLÓGICO

1. Princípios Metodológicos

Para a presente investigação optamos pela abordagem qualitativa, considerando a subjetividade suscitada pelo tema violência conjugal no âmbito doméstico. Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2008), a pesquisa qualitativa atua com a matéria prima das vivências e das experiências e trabalha com pessoas e com suas realizações, compreendendo-as como atores sociais. Busca ainda compreender relações, valores, atitudes, crenças, hábitos e representações a partir de um conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente e, assim, possibilitar a compreensão e interpretação da realidade.

A VCAD também retrata uma questão social, direcionando-nos para a Pesquisa Social, proposta por Minayo (2000), enquanto referencial metodológico para o desenvolvimento deste estudo. A Pesquisa Social tem uma carga histórica e reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados.

Minayo (2000) refere-se a cinco modalidades de Pesquisa Social, propostas por Bulmer, entre as quais a Pesquisa Estratégica mostra-se mais adequada ao nosso estudo. Para a autora, este tipo de pesquisa baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para problemas concretos, focais, que surgem na sociedade, mostrando-se apropriada para o conhecimento e avaliação dos problemas e políticas do setor saúde.

2. Campo do Estudo

Ao buscarmos pelo campo de estudo ideal para esta pesquisa surgiu um impasse, pois a violência conjugal ocorre no domicílio, no ambiente intrafamiliar. Então, como poderíamos entrevistar ou entrar em contato com as mulheres vítimas de violência conjugal? Diante disso, realizamos um mapeamento das organizações sociais e governamentais que amparam mulheres em situação de violência. No município de Goiânia-GO, encontramos algumas instituições, citadas no Capítulo 01 deste trabalho; no entanto, todas apenas auxiliam e orientam mulheres em situação de violência. Somente uma OSC, Centro de Valorização da Mulher (CEVAM), abriga mulheres em situação de violência doméstica e, sendo assim, a selecionamos como

campo do estudo para desenvolvimento desta pesquisa por permitir uma maior interação com as mesmas.

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) demonstraram em uma pesquisa que a maioria dos estudos sobre a violência contra a mulher foi realizada em serviços de saúde, UBS, hospitais, maternidades e emergências, restringindo-se às clientela ligadas ao Sistema Único de Saúde. Assim, o espaço selecionado nesta pesquisa para a coleta de dados não tem sido explorado nos estudos encontrados na literatura sobre violência doméstica contra mulheres.

O CEVAM foi fundado em 1981 por Consuelo Nasser com a única finalidade de abrigar mulheres vítimas de violência doméstica. Atualmente é uma instituição que executa vários projetos e programas que auxiliam mulheres, adolescentes e crianças, também vítimas deste tipo de violência, não só abrigando-as, mas também buscando melhorias em sua qualidade de vida. Esses projetos estão listados abaixo:

- **Programa Casa Abrigo Nove Luas** - Atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência, assegurando abrigo e apoio psicossocial, jurídico e pedagógico.
- **PROVITA-GOIÁS:** Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas no Estado de Goiás, abrigando as vítimas e testemunhas de violência doméstica.
- **Programa de Direitos Humanos e Cidadania** - Orientação, apoio e encaminhamentos dos abrigados, realizados na sede do CEVAM, por telefone, e-mail e contatos. Também recebe pessoas que cumprem penas alternativas impostas pela justiça.
- **Programa Renascer** - Transmitir, às mulheres vítimas de violência que registrarem Termo Circunstanciado de Ocorrências (TCO's) na DEAM de Goiânia, informações básicas relacionadas à prática de sexo mais seguro e prevenção de DST/AIDS e garantir uma atenção maior àquelas que participarem do Programa Casa Abrigo Nove Luas.
- **CEVAM Itinerante** - Apoio às mulheres que não conhecem seus direitos de forma que possam superar as situações de crise e carência em que se encontram, por meio de palestras e distribuição de cartilhas, folders, jornal, como forma educativa e preventiva contra a violência doméstica.

- **Projeto Cooperativa** - Oficina de móveis, costura, velas, sabonetes, biscuit e decoupage para as abrigadas.
- **Projeto Parceria** - São as parcerias, formalizadas ou não, com entidades, pessoas jurídicas, físicas (voluntárias) a fim de garantir a manutenção e a execução dos programas e projetos da nossa entidade.
- **Projeto Anjo da Guarda** - Parceria com o Juizado da Infância e da Juventude para incentivar as pessoas a apadrinhar uma criança do CEVAM, da forma que puderem.

Para a realização dessa pesquisa, escolhemos o CEVAM como campo de estudo, sendo as participantes da coleta de dados pertencentes ao Programa Casa Abrigo Nove Luas por ser o programa desenvolvido pelo CEVAM destinado a abrigar as mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência, propiciando aos pesquisadores um convívio e maior contato com as participantes do estudo.

Após finalizar a coleta dos dados, permanecemos no abrigo participando do Projeto Parceria como voluntários, atuando como enfermeiros na realização de consultas de enfermagem e orientações quanto à higiene corporal, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, autoexame das mamas, cuidados com recém-nascido, vacinação e alimentação saudável, entre outros.

Para utilizarmos o CEVAM como campo de estudo, inicialmente realizamos uma busca de informações sobre essa OSC por meio da internet e fizemos uma visita de forma a melhor conhecer seu funcionamento. Posteriormente, agendamos uma reunião com sua presidente e coordenadora para esclarecimentos sobre o estudo e entregamos uma cópia do projeto de pesquisa; assim, obtivemos autorização oficial para nossa permanência no local e para coletar os dados da pesquisa. Neste encontro, ainda foram nos colocadas informações sobre as rotinas e normas da instituição e melhores horários para contato com as mulheres.

Para a participação no estudo, foram adotados os seguintes critérios: residir na OSC onde o estudo foi desenvolvido, ter idade igual ou superior a 18 anos, considerando que esta pesquisa não visa abordar a violência em adolescentes ou crianças, apresentar condições psicológicas/cognitivas que permitissem a verbalização coerente de dados e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

3. Trabalho de Campo

Em julho de 2010, iniciamos a participação no abrigo por meio de visitas semanais, previamente combinadas, com duração de, aproximadamente, sessenta minutos. Assim, aproximamo-nos da realidade do abrigo e do cotidiano das mulheres que sofreram violência doméstica na condição de observadores do campo. Inicialmente nossa presença causou estranheza às moradoras do abrigo; posteriormente e gradativamente, ocorreu nossa aproximação a elas, construindo um vínculo e uma relação de confiança entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. Paralelamente, construímos também um vínculo com os funcionários do abrigo.

A participação e observação no campo é fundamental para a pesquisa de abordagem qualitativa, pois, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2008, p.61):

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os atores que conformam a realidade, e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

Na observação de campo, pudemos notar as relações interpessoais estabelecidas na OSC, entre a direção do CEVAM e as mulheres residentes, entre estas e seus filhos e entre as mulheres.

Além de conviver com as mulheres participantes da pesquisa, pudemos conviver com as crianças, adolescentes, funcionários do CEVAM e com as pessoas que lá se encontravam trabalhando em projetos, tais como bordadeiras, dentistas, terapeutas ocupacionais do Projeto Parceria, instrutores das oficinas do Projeto Cooperativa e pessoas que cumpriam pena alternativa no abrigo, executando serviços gerais de jardinagem, manutenção de equipamentos e mobiliário do Programa de Direitos Humanos e Cidadania.

Vale ressaltarmos a grande contribuição da observação de campo no estabelecimento de vínculo entre pesquisador e sujeito, uma vez que ela foi essencial para uma entrevista de qualidade com essas mulheres. Ao lado dessa observação, recorreremos a outra técnica de coleta de dados, a entrevista e, ainda, como um corpus complementar, imagens fotográficas produzidas pelas próprias participantes, no intuito de ilustrar suas percepções mencionadas nas entrevistas.

Por sua vez, a entrevista consiste em uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008). Na pesquisa qualitativa, as entrevistas podem ser de vários tipos, constituindo um espectro

variável, desde uma conversa informal até um roteiro padronizado. O grau de formalidade deve ser definido conforme os objetivos da pesquisa, de acordo com o tema a ser tratado e, sobretudo, tendo em vista o que é apropriado culturalmente para o grupo a ser pesquisado (SILVA et al., 2006).

Entre nossa entrada no campo até a realização das entrevistas decorreram-se dez meses, tempo fundamental para a qualidade das entrevistas realizadas, pois foi o período necessário para a aproximação às mulheres, seguida da construção de um vínculo de confiança, permitindo que falassem sobre um assunto difícil, que resgata tristes e negativas lembranças, envolto por discriminações sociais e culturais. Trata-se da violência conjugal que sofreram.

Adotamos a entrevista semiestruturada, segundo a qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se ater à indagação formulada (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008); esta é a modalidade de entrevista pertinente para que as mulheres se sentissem à vontade e confortáveis para falarem livremente sobre a violência sofrida. Para isso, elaboramos questões orientadoras que permitissem alcançar os objetivos do estudo e também que possibilitassem, às mulheres, discorrer livremente sobre o assunto.

As questões devem ser entendidas como guias contendo itens básicos que orientam as entrevistas e facilitam a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação; também asseguram um espaço para que os interlocutores possam colocar seus pontos de vista, suas opiniões e juízos (MEDEIROS, 1999).

Optamos por descrever as questões norteadoras abaixo para, assim, evidenciar nossas expectativas com cada uma delas:

1- Dados de identificação: idade, escolaridade, ocupação, número de filhos e estado civil.

*Levantar o perfil socioeconômico das mulheres que residiam no CEVAM no período da coleta dos dados.

2- Conte-me sobre sua experiência de vivenciar a violência doméstica.

*Possibilitar que a mulher relatasse sobre a/as violência/s sofrida e o significado dessa experiência para ela.

3- O que significa saúde para você?

*Permitir que as mulheres relacionassem sua saúde às sequelas das agressões oriundas da violência conjugal, e ainda, permitir que verbalizassem sobre a atuação dos profissionais de saúde.

4- O que a ajudaria ou ajudou a romper com a situação de violência em que vivia ou vive?

*Permitir que as mulheres evidenciassem os fatores que contribuíram para o rompimento com a violência.

Vale ressaltarmos que, no início do desenvolvimento desse estudo, pretendíamos coletar os dados com as mulheres utilizando grupos focais, por considerar que todas ali estavam pelo mesmo motivo e que o grupo focal iria permitir maior explanação sobre o tema deste estudo. No entanto, nossa convivência com essas mulheres no abrigo nos permitiu perceber que a utilização da técnica em grupo seria inviável, considerando que, entre as mulheres, o tema da violência era velado, não conversavam umas com as outras sobre esse assunto; tampouco sobre o que tinha ocorrido com elas e os motivos de estarem residindo no abrigo. Sendo assim, reestruturamos o projeto inicial desse estudo, optando pela entrevista individual semiestruturada.

Após a aprovação do projeto de pesquisa e do TCLE no Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do HC/UFG, aprovado sob o protocolo de nº182/2010 (ANEXO I), foram agendadas as entrevistas com cada mulher. Antecedendo a entrevista, o TCLE foi lido juntamente com a participante, reafirmando que sua não participação na pesquisa não interferiria em sua permanência no abrigo e que lhe seria garantido o sigilo dos depoimentos e suas identidades. Posteriormente aos esclarecimentos, houve a assinatura do TCLE.

Nos dias e horários previamente combinados ocorreram as entrevistas individuais, em uma sala reservada, de forma a não haver interrupções durante as entrevistas.

Participaram deste estudo todas as mulheres que moravam no abrigo durante a coleta dos dados, totalizando cinco participantes. As entrevistas tiveram duração média de 26 minutos, ocorreram no mês de abril de 2011, foram gravadas com suas anuências e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora. Ao final de cada entrevista, foi avaliada a necessidade de encaminhamento ao serviço de

psicologia já disponibilizado às mulheres no abrigo; assim, aquelas que apresentassem fortes emoções no transcorrer da entrevista seriam encaminhadas, o que não foi necessário.

Segundo Minayo (2000), uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do problema de investigação em suas múltiplas dimensões, portanto, não está atrelada a critérios numéricos para sua delimitação. Em uma metodologia de base qualitativa, o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori*; tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de divergência das mesmas.

Enquanto estiverem surgindo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso, as entrevistas precisam continuar. No momento em que se torna possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise, visões de mundo do universo em questão e as recorrências, considera-se ter sido atingido o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”. O trabalho de campo é, então, finalizado, sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos quando necessário (BOGDAN & BIKLEN, 1994; DUARTE, 2002).

Nesta pesquisa, a participação das cinco mulheres foi suficiente para atingirmos à saturação dos dados, entretanto, consideramos importante procurarmos novamente as entrevistadas para esclarecimentos da entrevista; somente duas das cinco participantes ainda residiam na casa e complementaram a primeira entrevista.

Após encerrarmos as entrevistas, passamos à coleta de dados com o uso de imagens fotográficas. Estas foram obtidas por meio da entrega, por empréstimo, às mulheres participantes da pesquisa, de máquinas fotográficas descartáveis, com filme colorido de 27 poses e flash embutido, para que elas próprias pudessem registrar imagens que expressassem a vivência da violência conjugal. Uma mulher não aderiu à coleta das imagens fotográficas, totalizando, assim, quatro mulheres participantes desta etapa da coleta de dados.

Foi explicado o mecanismo de funcionamento da câmera fotográfica e dadas instruções para que utilizassem todo o filme. Ainda foi garantida a descaracterização das faces de elementos humanos que pudessem permitir a identificação ou qualquer outro aspecto na imagem que pudesse identificar a(s) participante(s), por meio de software específico para edição de imagens.

A permanência da máquina fotográfica com as mulheres participantes foi de três dias, intervalo de tempo indicado por Bauer e Gaskell (2002) como de excelência para a captura de imagens por sujeitos de pesquisa. Na entrega do equipamento foram acordados dia e hora exatos para devolução do mesmo, prazo que foi cumprido pelas mulheres. A revelação das fotos ocorreu logo após a devolução da máquina.

As imagens reveladas foram apresentadas às informantes em um novo encontro, previamente combinado e individualizado, para que apreciassem e comentassem cada uma. Essa técnica possibilita a livre escolha de imagens, expressando ideias e sensações sobre suas experiências. Visa ainda trabalhar com riqueza de detalhes em profundidade, analisar mais do que foi discutido nas entrevistas. As fotografias podem complementar as falas ou ainda expressar o “não dito”.

A fotografia é uma mediação para a comunicação, que também pode ser utilizada como instrumento para levantar dados na área da Saúde, sendo essa abordagem adequada e, ao mesmo tempo, estética para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que valorizem a percepção e as ideias construídas por pessoas acerca de suas experiências de vida (MEDEIROS, 1999).

Todas relataram ter gostado de participar da captura das imagens fotográficas, não tendo dificuldades em manusear a máquina, utilizando todo o filme. Vale ressaltarmos que, embora elas estivessem restritas a um mesmo espaço físico, diferentes fotografias foram tiradas. Foram entregues a cada mulher cópias reveladas das fotografias por ela tiradas.

A observação de campo e as imagens fotográficas foram utilizadas como recurso complementar às entrevistas com vistas a contribuir para análise dos resultados apresentados. Todo o processo de trabalho de campo foi acompanhado de anotações em diário de campo, o que, de acordo com Medeiros (1999), constitui um importante instrumento de pesquisa, por se configurar como um *corpus* de análise complementar aos dados provenientes das entrevistas e por sintetizar nossas ideias e percepções ao longo de todo o processo, essencial para a construção do texto final de análise.

4. Análise de Dados

A análise e a interpretação dos dados coletados foram realizadas por meio do método de interpretação de sentidos, proposto por Gomes *et al.* (2005, p.202), os quais afirmam ser:

um caminho de análise de significados dentro de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa: (a) palavras; (b) ações; (c) conjunto de inter-relações; (d) grupos; (e) instituições; (f) conjunturas, dentre outros corpos analíticos.

Para Gomes (2008), este método é uma tentativa de “caminhar tanto na compreensão (atitude hermenêutica) quanto na crítica (atitude dialética) dos dados gerados de uma pesquisa.” (p.105-106)

Gomes *et al.* (2005) propõem que a interpretação dos dados por meio da análise de sentidos percorra três (03) etapas. Na primeira, deve-se realizar uma leitura compreensiva do material selecionado para que possamos nos impregnar do conteúdo coletado, ter uma visão mais ampla do conjunto de falas e, ao mesmo tempo, apreender particularidades nesse conjunto. Na segunda, realiza-se a construção de inferências, que são “operações pelas quais se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras anteriormente acatadas como verdadeiras” (p.203). Na terceira etapa, constrói-se a síntese interpretativa, considerada como uma reinterpretação por meio de uma construção criativa de possíveis significados.

Embasados no que propõem estes autores, descrevemos as etapas percorridas para análise dos dados coletados de forma a chegarmos aos resultados desse estudo.

Após realizarmos as entrevistas, fizemos suas transcrições, revelamos as fotografias e buscamos, no diário de campo, por anotações desde o primeiro dia de convivência com as mulheres no abrigo. Com todos os dados em mãos, realizamos uma leitura exaustiva das transcrições e do diário de campo, com a visualização constante das imagens fotográficas para imergirmos no material coletado e estabelecermos um contato com a totalidade dos dados. Neste processo, já emergiam esboços de ideias centrais dos mesmos.

Posteriormente, identificamos e retiramos das entrevistas as ideias centrais por semelhança de sentidos e elaboramos, manualmente, um primeiro painel contendo essas idéias, seguidas de fragmentos das falas das entrevistas que exemplificavam e as expressavam.

Depois, com base nos objetivos, nos pressupostos teóricos e no referencial teórico desse estudo, agrupamos as ideias centrais, extraíndo os núcleos de sentido, que foram montados num segundo painel. Este painel continha os núcleos de sentido que identificamos e a exemplificação dos mesmos por recortes de falas das mulheres.

Em seguida, realizamos uma leitura do segundo painel com o intuito de refinarmos a classificação dos núcleos de sentido, agrupando-os para formar as categorias temáticas do estudo, fundamentadas nas ideias construídas pelas mulheres participantes. Para evidenciar esse movimento de agrupamento dos núcleos de sentido e construção das categorias temáticas, elaboramos um terceiro painel, também contendo recortes de falas das mulheres que exemplificam e, ao mesmo tempo, comprovam a pertinência daquela categoria temática.

Segundo Bardin (1979, p. 117), podemos considerar a categorização como:

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo analogia, com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classe, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico.

Cada categoria temática é exemplificada pelos fragmentos de falas das participantes e pelas imagens fotográficas. Para designar a quem pertence cada fragmento de fala e também para preservar o anonimato das participantes, escolhemos o termo genérico “Mulher”, representado pela letra “M”, seguida de número arábico segundo a ordem cronológica de realização das entrevistas. Assim, temos M1, M2, M3, M4 e M5, representando cada participante.

Para as imagens fotográficas, utilizamos os números que designam cada mulher, seguidos dos números de 1 a 27 para designar cada fotografia, de acordo com a ordem de revelação pelos negativos, lembrando que a máquina fotográfica descartável utilizada continha 27 poses e todas as mulheres utilizaram todo o filme. Assim, temos Foto M1.1 até Foto M5.27, representando as imagens fotográficas e à qual participante pertence cada uma delas. Ressaltamos que a M2 não concordou em participar na captura das imagens fotográficas, participando somente da entrevista; portanto, não haverá fotografias de M2.

CAPÍTULO 04 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que as mulheres agredidas relataram com muita tristeza e sofrimento a violência pela qual passaram e descrevem aquelas que lhes foram mais marcantes, por exemplo, a física, a patrimonial, a sexual e a psicológica. Todas sofreram mais de um tipo de violência concomitantemente. Percebem sua saúde de acordo com as sequelas das violências sofridas. No período em que conviveram com a violência conjugal, procuraram por profissionais de saúde apenas quando era necessário tratar os agravos físicos sofridos. Além dos reflexos da violência conjugal relacionados à saúde, referem-se àqueles relacionados a seus filhos, nos momentos em que estes presenciavam ou eram vítimas das agressões juntamente com elas.

Relatam que os companheiros não eram agressivos inicialmente; tornaram-se gradativamente violentos com pequenos atos até chegarem aos episódios de agressão de maior intensidade. Com medo, elas, no entanto, não reagiram e, assim, foram vivendo nessas condições. Entendem que a saída deste contexto de violência conjugal depende de suas próprias reações e que a falta de apoio familiar e social dificulta o rompimento com o agressor.

Ao saírem de casa, recorreram à justiça, por meio da DEAM e do boletim de ocorrência, tendo sido encaminhadas ao abrigo. Somente uma mulher chegou ao CEVAM espontaneamente, por indicação de uma vizinha e, depois, foi encaminhada à DEAM. No entanto, alegam que o amparo legal fornecido se limita ao encaminhamento ao abrigo; o restante, segundo elas, está previsto apenas na teoria e não ocorre na prática uma vez que enquanto permanecem “presas” no abrigo, os agressores estão livres. Queixam-se das normas do abrigo e do fato de não serem capacitadas para continuar suas vidas, sem perspectivas de lá sair.

Para melhor compreensão, organizamos os resultados em duas partes. Na primeira, apresentamos a caracterização do abrigo e das mulheres que participaram do estudo. Na segunda, apresentamos e discutimos as três categorias temáticas emergentes das falas das mulheres: “Vivência dos Atos Violentos”, “Marcas dos Atos Violentos” e “Amparo à Mulher”, surgidas após percorrermos o referencial metodológico explicitado no capítulo anterior.

As categorias temáticas são seguidas das discussões realizadas a partir do confronto dos dados coletados com o quadro teórico. Ressaltamos, novamente, que

as fotografias e as informações do diário de campo foram utilizadas de forma complementar às entrevistas.

1. O Abrigo e as Mulheres

O conhecimento da estrutura física do abrigo, da rotina diária, estabelecida pela coordenação, a ser seguida pelas moradoras, e de como se dão as relações interpessoais entre as pessoas que lá se encontram: adolescentes, crianças, mulheres, funcionários e voluntários, contribui, sobretudo, para compreensão dos resultados obtidos. Tal conhecimento somente foi possível com a convivência semanal, durante dez meses, com os pesquisadores no CEVAM, pois, para adquiri-lo, foi preciso estar no abrigo, participando, como observadores, das atividades e rotinas de modo a adentrar em seu cotidiano e nas relações que lá ocorrem.

Os aspectos que caracterizam e individualizam cada mulher foram apreendidos por meio da aproximação gradual junto às participantes com construção de um vínculo de confiança. Além da entrevista semiestruturada com as mulheres, muitas informações sobre elas surgiram por meio de conversas informais enquanto participávamos das atividades do abrigo.

A maioria das informações apresentadas contidas nessa primeira parte dos resultados veio, prioritariamente, das anotações do diário de campo, adquiridas em momentos de convivência com as mulheres no abrigo. Foram essenciais para que melhor pudéssemos compreender quem são essas mulheres, onde estavam e o que este local oferece a ela.

1.1 Caracterização do Abrigo

O CEVAM é uma entidade que desenvolve diversos programas e atividades no combate à violência doméstica contra mulheres, crianças e adolescentes.

A sede administrativa do CEVAM situa-se juntamente com o abrigo, que pertence ao Programa Casa Abrigo Nove Luas. São dois prédios, entre os quais há um espaço aberto de recreação com parquinho de diversões, piscina cercada com grades, casa de bonecas, bancos e jardins. O prédio principal tem dois andares, sendo que no primeiro localiza-se a estrutura para o funcionamento administrativo do CEVAM, composta por uma recepção com as salas da diretora e da coordenadora. Também comporta a estrutura do abrigo, com a sala da assistente

social, da psicóloga e das assistentes que organizam e supervisionam a rotina do abrigo; uma sala de aula utilizada para estudos na qual a psicopedagoga atende crianças e adolescentes; brinquedoteca; sala de televisão e sala de apoio utilizada para a guarda de mantimentos. Ainda neste andar estão localizados o refeitório, a cozinha e a lavanderia. Há ainda dois quartos, cada um com quatro beliches, e um banheiro destinado às adolescentes. No segundo andar, há mais seis quartos com camas, beliches e berços destinados às mulheres e seus filhos, sendo três deles suítes e uma sala de TV. Podemos observar, portanto, que os quartos são espaços coletivos que podem abrigar diferentes famílias de acordo com o número de abrigadas e a necessidade de acomodá-las.

O outro prédio, de um andar, constituído por um grande salão, uma sala de oficina, onde realizam atividades manuais, e um bazar, onde são vendidos, para a comunidade, objetos novos, seminovos, adquiridos por meio de doações, e outros fabricados pelas abrigadas nas oficinas. Vale ressaltar que, por medidas de segurança, portas, janelas e muros possuem grades, travas e cadeados, conferindo aparente aspecto de prisão.

Todo este espaço descrito foi doado pelo governo estadual, que também arca com as despesas de água, energia e salários dos profissionais que lá trabalham. O abrigo se mantém com doações de empresas e de particulares, as quais possibilitam compra de alimentos, vestuário, produtos de limpeza, materiais escolares, entre outros.

Inicialmente o abrigo foi planejado com o objetivo de abrigar somente mulheres vítimas de violência. Porém, devido à demanda da sociedade para abrigar também crianças e adolescentes, teve que se reestruturar e, atualmente, abriga todas estas pessoas. A maioria das crianças é formada por filhos das mulheres, os quais as acompanharam quando saíram de seus domicílios para residir no abrigo. As crianças e adolescentes que lá se encontram sozinhos são também vítimas de violência, abusos e abandono e não possuem nenhum apoio familiar, o que fez com que fossem encaminhados ao abrigo.

As mulheres, com ou sem seus filhos, aí chegam por meio de encaminhamento da DEAM, o qual pode ser espontâneo ou solicitado pelo Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas Ameaçadas no Estado de Goiás (PROVITA-GOIÁS). Já as adolescentes e crianças que não estão

acompanhando suas mães chegam por meio de encaminhamento do Conselho Tutelar ou do Juizado da Infância e da Juventude.

As mulheres são livres para optar se querem ou não entrar no abrigo, exceto as que estão sob responsabilidade e proteção do Estado. Vale ressaltar que não há um período pré-estabelecido de permanência no local. Verificamos que há mulheres que ali permanecem apenas por alguns dias e outras durante meses ou anos. Uma vez que as mulheres decidem permanecer no abrigo, por motivos de segurança, ficam limitadas ao seu ambiente interno, isto é, não podem se ausentar do local por qualquer motivo, sem autorização expressa da diretoria.

Já as crianças e adolescentes não possuem liberdade de escolha quanto à permanência, uma vez que estão sob proteção do Juizado da Infância e da Juventude e Conselho Tutelar. Ao completarem 18 anos, atingindo a maioridade, não mais estarão sob a responsabilidade do Juizado da Infância e Juventude e saem do abrigo após encaminhamento da assistente social a algum local onde possam dar continuidade às suas vidas.

Como há um fluxo diário de entrada e saída de mulheres com seus filhos e chegada de crianças e adolescentes, o número de abrigados varia muito. Durante a coleta dos dados, estavam no abrigo: 13 adolescentes, 01 criança, 5 mulheres e 13 filhos dessas mulheres, totalizando 32 abrigados.

O abrigo ainda conta com o apoio de uma creche municipal e de uma escola estadual, situadas no mesmo quarteirão do abrigo, que acolhem e oferecem educação às crianças e adolescentes que ali residem. Estas são conduzidas pelas assistentes do CEVAM à escola e à creche, já que as mães não podem sair. Também há uma UBS próxima ao abrigo que, quando necessário, presta atendimento de saúde aos abrigados.

Várias fotografias tiradas pelas mulheres retratam a estrutura física do abrigo relatada acima, já que ficaram restritas a este local após romperem com a violência conjugal e saírem de seus lares. Isso nos indica que o abrigo representa para elas o ambiente “familiar” ou “doméstico” onde atualmente vivem e realizam suas atividades cotidianas.



Foto M3. 27 – Refeitório.



Foto M5.11- Parquinho.



Foto M1.25 – Cozinha.

Ao conviver no abrigo, percebemos como é a rotina da casa. Todos, mulheres, adolescentes e crianças, levantam as seis horas da manhã e devem organizar seus respectivos quartos. As crianças em idade escolar e as adolescentes são encaminhadas à escola estadual após tomarem o café da manhã e as crianças menores, em idade de frequentar creches, são aprontadas pelas mães e encaminhadas à creche municipal.

Os serviços domésticos são divididos entre as mulheres: limpeza do abrigo, lavanderia, cozinha e ajuda no refeitório. As crianças que estão no abrigo

desacompanhadas das mães ficam sob os cuidados de uma mulher designada para tal. Durante o dia devem executar suas tarefas domésticas.



Foto M1.19 – Atividades cotidianas.

No meio da manhã é oferecido um pequeno lanche e, às onze horas e trinta minutos, é servido o almoço para as crianças menores, pois cada mãe é responsável por seu filho e de uma outra criança desacompanhada se for o caso. Quando os escolares retornam, por volta das doze horas e trinta minutos, o almoço é servido para o restante dos abrigados.

Após o almoço, os escolares devem se encaminhar à sala de aula para estudar e/ou realizar os deveres de casa. Quando há alguma atividade no abrigo como bordado, palestras e artesanato, todos devem, obrigatoriamente, participar. Por volta das quinze horas e trinta minutos, é servido o lanche e, às vinte horas, o jantar. Depois todos são encaminhados aos quartos e podem assistir à televisão. As vinte e duas horas as televisões são desligadas e todos devem dormir. Ressaltamos que, por medida de segurança, quando são encaminhados aos quartos, as portas e grades são trancadas para pernoitarem.

Eventualmente são realizadas festas no abrigo para os moradores, organizadas com a ajuda dos voluntários, como festas juninas, dia da criança, páscoa, dentre outras. Geralmente estas ocorrem nos finais de semana.

O CEVAM possui funcionários que se encontram, cotidianamente, no abrigo: psicóloga, assistente social e psicopedagoga, que realizam atendimentos individuais, previamente marcados, aos quais os abrigados devem, obrigatoriamente, comparecer.

A coordenadora está constantemente presente no abrigo e, sempre que requisitada, está acessível. Também há duas assistentes para monitorar a rotina da

casa, denominadas pelas abrigadas de “tias”. Elas controlam os gastos de materiais como alimentos, materiais de limpeza, roupas e materiais escolares; controlam também os horários de alimentação, escolas e outras atividades e verificam se as atividades domésticas são cumpridas, ou seja, ficam em contato diário, diuturnamente, com as crianças, mulheres e adolescentes. São constantemente requisitadas pelas moradoras quando precisam de algo e também repassam todas as informações pertinentes para a coordenação do abrigo.

Percebemos haver um espírito de ajuda mútua entre as mulheres, crianças e adolescentes, ainda que, constantemente, ocorram também desavenças entre elas, as quais são apaziguadas ou controladas pelas “tias”.

1.2 Caracterização das Mulheres

Entrevistamos cinco mulheres que, no período de coleta dos dados, residiam no abrigo do CEVAM. As idades variaram de 30 a 42 anos e, a escolaridade, da terceira série do ensino fundamental ao ensino médio completo. Todas tinham de um a seis filhos e duas estavam sem os filhos na OSC. Três mulheres eram casadas e duas amasiadas. Duas mulheres eram de outro estado e foram encaminhadas pelo PROVITA. Outras duas vieram encaminhadas ao abrigo pela DEAM e uma chegou ao abrigo espontaneamente, por indicação de uma vizinha, e lá foi encaminhada à DEAM para registrar o boletim de ocorrência. Três relataram ter realizado algum trabalho informal, como garçonete, vendedora, artesã; estavam, no entanto, há algum tempo sem exercer trabalho remunerado e, portanto, restritas ao trabalho do lar; duas sempre exerceram atividades no lar.

Quadro 04 apresenta a caracterização das mulheres participantes da pesquisa:

|

Quadro 04 – Caracterização das mulheres participantes da pesquisa, segundo a idade, estado civil, número de filhos e ocupação.

Participantes	Idade (anos)	Escolaridade	Estado Civil	Número de filhos	Ocupação antiga – atual
Mulher 01	37	Ensino médio completo	Casada	2	Garçonete – do lar
Mulher 02	42	7ª série ensino fundamental	Casada	1	Vendedora – do lar
Mulher 03	34	Ensino médio completo	Amasiada	1	Artesã – do lar
Mulher 04	30	3ª série do ensino fundamental	Amasiada	6	do lar – do lar
Mulher 05	30	3ª série do ensino fundamental	Casada	5	do lar – do lar

(Programa Casa Abrigo Nove Luas – CEVAM, abril/2011)

Ao apresentarmos a caracterização das mulheres que participaram deste estudo, tivemos o intuito de mostrar um breve perfil dessas participantes, mas não estabelecer uma análise aprofundada deste com a literatura, pois consideramos que a violência conjugal é um fenômeno histórico suscetível a qualquer mulher, independente do seu perfil socioeconômico. Consideramos que está embasado numa questão de gênero e sustentado pela cultura e, assim, o fato de ser mulher já a predispõe à violência conjugal. Tuesta (1997) refere que a violência doméstica contra a mulher é uma realidade que perpassa todas as classes sociais, os grupos étnicos-raciais e as diferentes culturas; afirma, ainda, se tratar de um fenômeno democraticamente distribuído. O único destaque necessário é para a baixa condição econômica das mulheres residentes na OSC, já que as casas abrigo são destinadas, prioritariamente, às mulheres que não possuem recursos financeiros para se manter em seus lares.

Ainda que a violência conjugal possua sua origem nas questões culturais de gênero e que as complicações das mesmas sejam semelhantes para as mulheres, cada uma traz uma experiência específica da vivência da agressão, conforme apresentamos a seguir.

A M1 considera o rompimento com a situação de violência determinante do “antes e depois” da sua vida. A violência física foi a mais marcante para ela já que sofreu sérias queimaduras em todo o corpo provocadas pelo marido e, atualmente, possui sequelas físicas e estéticas decorrentes da agressão, o que também prejudica sua saúde. Juntamente com a violência física, sofria violência psicológica com ameaças constantes de agressão e morte. Relata que esperava pela agressão devido às constantes ameaças e percepção de mudanças no comportamento do companheiro, que também era usuário de drogas ilícitas. Chegou ao abrigo encaminhada pelo PROVITA e, durante a vivência da violência, chegou a realizar quatro boletins de ocorrência na DEAM. Agora consegue ficar em segurança com os filhos, mas se sente sem liberdade no abrigo que, segundo ela, não a capacita para ter uma renda financeira e recomeçar sua vida. Aponta a denúncia e a coragem de enfrentar o companheiro como caminhos para romper com a violência.

A M2 sofreu, principalmente, violência patrimonial, a qual desencadeou outros tipos de violência: psicológica, física, social e sexual. O agressor não era somente seu marido; ele agia em conjunto com os dois irmãos de M2. Os três agressores eram homossexuais e mantinham um relacionamento mascarado pelo casamento de M2 com um dos agressores. Por questões de herança e para esconder o homossexualismo, eles internaram M2 por três vezes, à força, em clínicas psiquiátricas, no município de Goiânia; possuíam ainda um atestado médico comprovando que M2 não era mentalmente capaz, passando para o marido o acesso aos seus bens. Sofria ameaças constantes de que iriam interná-la novamente e experienciou agressões físicas e sexuais pelo marido. Além disso, os agressores proibiam M2 e sua filha de estabelecer vínculos sociais: participar da igreja, ir à escola e trabalhar. Sua filha também sofreu violência sexual e psicológica por parte do pai. Chegou ao CEVAM por indicação de uma vizinha que depois a encaminhou para DEAM a fim de registrar o boletim de ocorrência. Acredita que somente a mulher, com a ajuda de Deus, consegue romper com a violência.

A M3 relata a experiência de violência como péssima e considera a forma psicológica ainda pior que a física. Ela foi privada da vida social em família, amigos e até do emprego. Recorreu a DEAM que a encaminhou ao CEVAM, considerando que não tinha nenhum apoio familiar para ajudá-la neste momento. Relata prejuízos à sua saúde mental e física devido à violência; afirma ainda que, ao buscar profissionais de saúde, estes a culpavam pela violência que sofrera. Lembrou que

sofreu violência na infância de pai e padrasto. Para M3, as leis precisam sair do papel e serem executadas para ajudar a mulher a romper com a violência.

M4 relata, em detalhes, a experiência da violência sofrida. Entre os vários tipos de violência, sofreu, principalmente, a violência sexual. Aos 4 anos de idade estava órfã e residiu em várias casas de parentes. Aos 13, foi morar com uma irmã, em cuja casa sofreu violência sexual do cunhado, seguida de ameaças de morte se contasse algo, principalmente à irmã. Engravidou seis vezes do cunhado e, para cada filho, ele levava um amigo para casa a fim de que se passasse pelo pai. Ao final, a irmã descobriu e, após isso, nos últimos 2 anos, ele, além de M4, passou a violentá-la também. Os filhos também sofriam violência do pai e presenciaram as agressões cometidas. Ela se culpa por não ter rompido antes com a violência e afirma que não isso não foi feito porque, em certos momentos, sentia afeição pelo agressor e medo das ameaças. O estopim para a denúncia foi o agressor molestar sua filha mais velha. Chegou ao CEVAM encaminhada pelo PROVITA. A irmã continua com o marido e ainda acusa M4 de traição. Sente-se presa no abrigo, sem liberdade e sem perspectivas de um futuro já que não vislumbra a possibilidade de ter uma atividade econômica para sair do abrigo e criar seus seis filhos.

A M5 sofria, principalmente, violência psicológica com ameaças constantes de morte. Os episódios de violência física que sofria não eram constantes e ainda considerados por ela sem gravidade; já a psicológica e verbal eram tidas como graves e insuportáveis. Seus filhos presenciaram as agressões sofridas. Acredita que a doença da mente é a pior delas e assume que, no momento, não tem saúde. O companheiro era alcoólatra e, quando tentou matá-la com uma faca, M5 foi para DEAM e, de lá, encaminhada ao CEVAM. Reconhece que a lei a ajudou, direcionando-a ao abrigo; no entanto, não deve deixar de ser executada e necessita evoluir em outros aspectos, além de oferecer abrigo. Considera que o rompimento com a situação de violência depende da mulher e declara tê-la sofrido em seu primeiro casamento e também quando criança.

2. Convivendo com a Violência

No processo de análise do material originário das entrevistas emergiram três categorias temáticas: “Vivência dos Atos Violentos”, “Marcas dos Atos Violentos” e “Amparo à Mulher”.

Para melhor compreensão dos resultados e apresentação da discussão, a categoria “Vivência dos Atos Violentos” foi dividida em três subcategorias temáticas: “Formas de violência”, “Ciclo da violência” e “Os agressores”. A categoria “Amparo à Mulher” também possui uma subcategoria temática, nomeada “Profissionais de saúde”.

Em geral, as mulheres retratam o período em que vivenciaram a agressão e, ainda que tenham rompido com esta situação, ainda convivem com as sequelas e com o legado de um passado permeado por violências.

2.1 Vivência dos Atos Violentos

As falas das mulheres referem-se ao período em que conviveram com a violência e com seus agressores, do seu início até o rompimento. Descrevem que o companheiro não era agressivo, mas foi tornando-se violento, fazendo ameaças constantes até ocorrer a agressão máxima contra elas. Depois, os agressores se arrependiam da agressão cometida, mas logo após voltavam a ameaçar.

O medo do agressor, a vergonha e a falta de apoio surgem como motivadores para que as mulheres permaneçam convivendo com a violência. Descrevem, em detalhes, os episódios de agressão máxima; em suas falas surgem as diferentes formas de violência: física, verbal, sexual, psicológica e patrimonial, sendo que todas elas sofriam, concomitantemente, com mais de uma.

Em algumas falas, elas caracterizam seus agressores como usuários de drogas. Em um dos casos, o companheiro também agredia sua mãe; em outro, a mulher sofreu violência dos dois maridos, nos dois casamentos que teve, e em outra situação, os dois irmãos da mulher, juntamente com seu marido, eram os autores da violência.

As mulheres por nós ouvidas verbalizam ainda que a iniciativa para sair deste contexto de agressão depende somente de suas próprias reações, o que se torna mais fácil quando há apoio e leis para ampará-las.

Em um caso específico, o que fez a mulher reagir foi a intenção do companheiro de violentar também sua filha. A religiosidade aparece nas falas quando afirmam haver ajuda de Deus para mudar o futuro.

2.1.a) Formas de Violência

As mulheres descrevem a violência sofrida, porém não a tipificam como de natureza sexual, física, psicológica, verbal, social e patrimonial. Com base nesta descrição e em nossos conhecimentos teóricos, pudemos classificar a forma de violência sofrida por cada uma delas. Considerando uma síntese das entrevistas, ao computarmos todas as formas de violência que individualmente foram aparecendo, tínhamos exemplos daquelas que podem acometer mulheres no relacionamento conjugal: física, verbal, sexual, psicológica e patrimonial, segundo a literatura (CASIQUE & FUREGATO, 2006; FNEDH, 2008; OMS, 2002; CASA CIVIL, 2006).

Houve sinalizações para as formas sexuais, físicas, psicológicas e patrimoniais de violência:

violência física

“Jogou gasolina em mim, me deu duas pedradas na cabeça antes pra ver se eu desmaiava, jogou gasolina e riscou isqueiro. Eu consegui correr apagar o fogo e fingir de morta e correr e pedir ajuda.” (M1)

violência psicológica

“Ele falava que se eu não aprendesse a respeitar, não tivesse respeito ia aprender a ter medo, esse tipo de insinuação (...)”. (M3)

violência sexual

“Da última vez ele me pegou a força, eu não queira mais fazer sexo com ele.” (M2)

violência patrimonial

“Mas meu marido fez isso por causa de bens, ele e meus irmãos. Eles roubaram meus bens e pos eu como doente.” (M2)

A violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher (CASA CIVIL, 2006). Nas falas, foram relatados casos de queimaduras, lançamento de objetos, socos e surras. As fotografias abaixo ilustram essas situações.

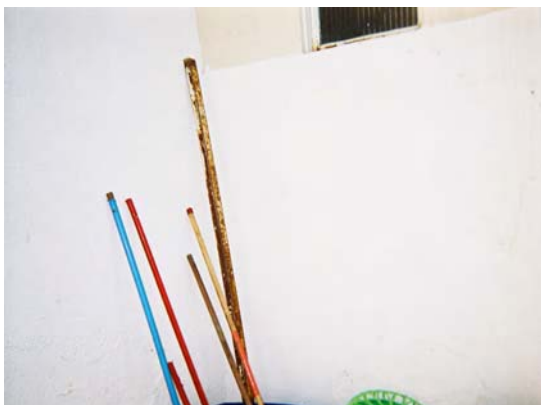


Foto M4.25 - objetos usados na violência física.



Foto M1.26 – os botijões de gás.

Segundo a Lei Maria da Penha, a violência psicológica é qualquer conduta contra a mulher que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou, ainda, que vise degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões mediante ameaça, constrangimento, perseguição, insulto, chantagem, humilhação, vigilância constante, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica (CASA CIVIL, 2006). Nas falas, observamos ocorrência de ameaças, insultos, privação de liberdade e humilhação. A fotografia abaixo representa a violência psicológica.



Foto M4.22 – a faca sobre fundo vermelho.

Ainda segundo esta lei, a violência sexual é qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força (CASA CIVIL, 2006). Essa forma de violência foi evidenciada nas falas quando relataram terem sido obrigadas a manter relação sexual com o agressor quando não desejavam.

Ressaltamos aqui a dificuldade das mulheres perceberem a violência sexual, pois nossa cultura de gênero dita que elas devem satisfazer sexualmente o homem, mantendo seu prazer em segundo plano. Dessa forma, quando participam de atos sexuais com seus companheiros, contra a sua vontade, consideram ser esta uma “obrigação da mulher” e não uma forma de violência. Predomina, portanto, a ideia de que violência sexual ocorre quando o homem é desconhecido, não próximo.

A violência patrimonial, segundo a Lei Maria da Penha, é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de bens, objetos, documentos e recursos econômicos (CASA CIVIL, 2006). Observamos que M2 sofreu violência patrimonial configurada pela subtração de seus bens pelo agressor.

É possível observar que as mulheres sofreram mais de uma forma de violência concomitantemente. Schraiber, D’Oliveira e Couto (2006) evidenciaram em seus estudos a superposição das formas de violência, prevalecendo as combinadas: a violência física com a psicológica e a violência sexual com a física.

O estudo realizado por Kronbauer e Meneghel (2005) mostrou a prevalência da violência psicológica, seguida da física e da sexual; dados estes também encontrados em nosso estudo.

As mulheres relataram em detalhes os episódios de agressão, nos mostrando que as formas de violência sofridas ficaram marcadas em suas

memórias. Os motivos desencadeantes das agressões são considerados torpes pelas mulheres, mas inadmissíveis para os homens, como ciúmes, alguma falha no serviço doméstico ou insubmissão da mulher às suas vontades. Diante dessas razões, percebemos que os homens utilizam variadas formas de violência para “educar” e “corrigir” a mulher a fim de fazer prevalecer sua autoridade e suas vontades sobre as delas, deixando expressas a desigualdade de poder entre os gêneros e a manifestação cultural da “androcentria”, na qual o homem está no centro da relação e, assim, para conservar essa posição é permitido que recorra a variadas formas de violência na relação conjugal.

Essas formas se manifestam na dimensão de desigualdade e se constituem em ameaça permanente à vida por sua alusão à morte e ainda por se caracterizarem pela passividade e silêncio da vítima (MONTEIRO & SOUZA, 2007).

Incumbidos do poder de dominação, que lhes foi histórico e socialmente atribuído, os homens, geralmente, julgam as atitudes da mulher e buscam manter o controle da situação, muitas vezes por intermédio da violência física e sexual (SCHRAIBER *et al.*, 2008).

As formas de violência aqui retratadas nos remetem à desigualdade de gênero, sendo o homem o detentor da força, da autoridade, da superioridade e do domínio na relação conjugal; portanto, “pode” agredir, de várias formas, a mulher que, por sua vez, deve ser submissa e passiva frente à agressão. Além disso, a nossa concepção cultural androcêntrica contribui com as formas de violência ao legitimá-las como naturais e inerentes ao homem.

2.1.b) Ciclo da Violência

Todas as mulheres relataram que seus companheiros não eram violentos no início do relacionamento. Entretanto, tornaram-se violentos gradativamente, demonstrando ciúmes e fazendo ameaças até praticar a agressão principal. Depois, se arrependiam até que reiniciavam com novas ameaças que culminavam em outra agressão principal e assim por diante. Como as mulheres já conheciam o processo desencadeador da violência, esperavam pela repetição das agressões e nada faziam para evitá-las; muitas vezes, isso ocorria por medo do agressor e, como não reagiram, os companheiros foram dominando a situação de uma relação violenta.

Esse processo desencadeador da violência retratado pelas mulheres vai ao encontro do Ciclo da Violência, proposto por Walker (1999), o qual apresentamos no

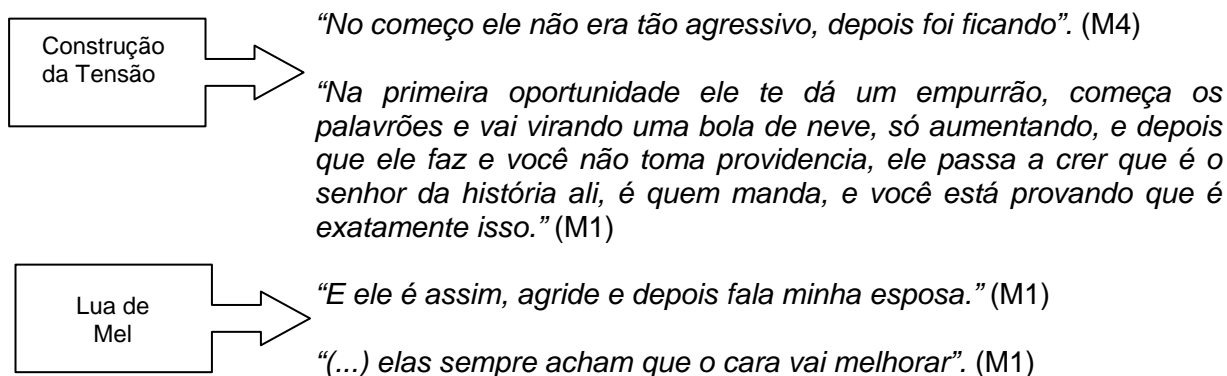
referencial teórico, no capítulo 02, no subitem “Delimitação Conceitual da Violência Conjugal no Âmbito Doméstico”. Percebemos, pelas falas das mulheres, a ocorrência do que o autor descreve nas três fases que compõem este ciclo.

Na primeira fase, chamada Construção da Tensão, ocorre o início de pequenos incidentes, ainda considerados sob controle e aceitos racionalmente; em seguida, há um gradual aumento da tensão e o agressor torna-se progressivamente agitado e raivoso.

Na segunda fase, Tensão Máxima, há perda do controle sobre a situação e agressões levadas ao extremo; ocorre o ato destrutivo principal de violência contra a mulher. Em nosso estudo, os atos de agressão máxima foram apresentados na subcategoria anterior, que compreende também as formas de violência perpetradas contra a mulher.

A terceira e última fase, Lua-de-mel, é a de reestruturação do relacionamento, na qual se tornam evidentes o arrependimento, o desejo de mudança, a promessa de que nunca mais se repetirá o ato violento e o restabelecimento da relação conjugal. Neste momento, a mulher acredita no companheiro e o ciclo se reinicia, com a Construção da Tensão.

O Ciclo da Violência, proposto por Walker (1999), é descrito nas falas abaixo:



As mulheres também relatam o local onde ocorre a violência. Trata-se do ambiente doméstico, o que a torna velada e silenciosa, uma vez que ocorre dentro do núcleo familiar, conforme podemos observar nos seguintes relatos:

“Entre quatro paredes tem muita coisa escondida. Tem muitas mulheres que vivem em cativeiro, tem muitas mulheres que são estupradas dentro de casa, muitas mulheres que precisam de ajuda”. (M2)

Várias mudanças são observadas nas concepções de família. Atualmente, coexistem vários modelos de grupos familiares, explicados por alguns fenômenos sociais como o aumento de famílias formadas por pessoas que não são do mesmo núcleo; diminuição da quantidade de pessoas por família; aumento do número de divórcios, de casais sem filhos, “hierarquias” que anulam o padrão da típica família nuclear, como por exemplo, quando a mulher é o “chefe” da casa (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Mesmo com essas alterações em sua configuração, um aspecto ainda se mantém: a família é um local de segurança, de carinho; é a base do indivíduo e, quando há ruptura nesses pilares, como no caso de violência, isso fica silenciado e velado, prevalecendo a falsa harmonia familiar.

As mulheres referem medo do agressor, das ameaças, vergonha e falta de apoio como fatores que as faziam permanecer no Ciclo da Violência, convivendo com o agressor. Uma delas relatou que gostava do agressor e, por isso, não rompia o ciclo pela ligação afetiva. Isso se mostra nas falas:

“E eu não tinha parente, não tinha ninguém que eu pudesse pedir ajuda.” (M4)

“(...) e eu por medo fiquei calada e fui aguentando tudo isso, escondendo também das pessoas.” (M1)

“(...) até pela vergonha de sair de casa”. (M3)

“(...) demorei 13-14 anos pra sair de lá, eu não sabia o que fazer e tinha horas que eu gostava dele, sabe aprendi a gostar dele [choro].” (M4)

Guedes (2006) e FNDEH (2008) evidenciam os motivos que levam as mulheres a permanecerem na relação violenta. Entre eles, estão: dependência econômica, dependência afetiva do agressor, manutenção da família nuclear, isolamento da vítima que se vê sem uma rede de apoio adequada, preocupação com os filhos e credo religioso. Esses motivos também foram encontrados em nosso estudo, principalmente no que se refere ao medo das ameaças, vergonha e falta de apoio familiar.

Em relação ao sentimento contraditório de amor pelo agressor, percebe-se que ele gera um intenso conflito interno nas mulheres, pois sentem-se culpadas e envergonhadas por gostar de alguém que as violentam. Acreditamos serem

necessários novos estudos para análises aprofundadas deste aspecto, pouco descrito na literatura.

Para compreender a permanência da mulher no Ciclo da Violência e a dificuldade por ela encontrada para dele se desvencilhar, temos que visualizar toda essa situação de acordo com a cultura que legitima a dominação masculina sobre a mulher. Temos ainda que compreender a questão de gênero como algo socialmente construído. A mulher, e também o homem, se inserem no Ciclo da Violência de forma “cega”, pois a cultura “androcêntrica” permite que isso ocorra sem uma reflexão sobre como estão envolvidos na dinâmica desse ciclo e, conseqüentemente, não visualizam uma forma de rompê-lo. O rompimento deste ciclo pela mulher não é fácil e, assim, devemos compreender que é factível que ela rompa e retorne ao ciclo várias vezes, cabendo aos profissionais de saúde o trabalho de apoiá-la todas as vezes em que romper com o ciclo, não a julgando quando a ele retornar.

As mulheres participantes dessa pesquisa estão no abrigo do CEVAM; portanto, em algum momento, romperam com a convivência cíclica da violência proposta por Walker (1999). Isto se expressa em suas falas. Relatam que esse rompimento depende da vontade da mulher em reagir diante de uma situação de VCAD e que isso se torna mais fácil quando há amparo legal. Apontam também a religião como *fonte de força* para esta decisão. Houve um caso isolado em que o fator fundamental para isso foi a intenção do companheiro em violentar também sua filha. As falas abaixo evidenciam o que as motivaram a romper com a violência:

“Se a gente não tiver uma reação, não procurar a gente não consegue. Se ficar aí, eu não consigo não posso, pode, basta você querer lutar por isso”. (M5)

“Com a minha filha ele não vai fazer o que fez comigo. Aí onde eu tomei a decisão e saí.” (M4)

“Eu sou evangélica, coloquei minha vida no altar (...).” (M2)

“Quem poderia ter me ajudado a sair da violência nesse caso é a justiça, né.” (M4)

Segundo a avaliação de Cruz (2004), o rompimento com a violência conjugal, necessita de “empoderamento” da mulher para que ativamente identifique e descarte qualquer conduta que atente contra seus direitos e integridade corporal.

Empoderar as mulheres consiste em uma estratégia capaz de mudar suas vidas e gerar transformações nas estruturas sociais. A investigação de Meneghel *et al.* (2003) mostrou que é possível auxiliar mulheres em situação de vulnerabilidade a tornarem-se mais autônomas, resgatando suas experiências a partir de suas histórias de vida e da ritualização das violências vividas.

Os sujeitos da pesquisa desenvolvida por Junqueira e Campos (2009) descrevem a religiosidade como um fator mediador na prevenção de violência. Relatam também a influência positiva da religião para minimização dos casos de violência conjugal.

A religião ajuda o homem a se perceber de uma maneira coletiva e não apenas individual, ressaltando a bondade e a importância de promovê-la aos outros. Assim, contribui para que não promova ou aceite a violência de forma geral.

Acreditamos que o rompimento com o Ciclo da Violência realmente depende, inicialmente, da vontade da mulher. Assim, torna-se inútil a construção de uma estrutura jurídica e social de amparo à mulher se ela, de fato, não deseja sair do ciclo. Portanto, é necessário desconstruir o padrão cultural (BENEDICT, 2005) androcêntrico de dominação masculina e aceitação feminina para que se construa a emancipação da mulher nas relações conjugais, baseada na liberdade e na igualdade de gênero.

2.1.c) Os Agressores

Ao falarem sobre o período de convivência com a violência, trazem, em suas falas, seus agressores, caracterizando-os como pessoas violentas. Duas mulheres relataram que seus companheiros eram usuários de drogas ilícitas (maconha e cocaína) e/ou lícitas (bebidas alcoólicas). Uma mulher relatou que seu companheiro também agredia a própria mãe. Outra também relatou ter tido dois agressores, seus maridos, nos dois casamentos que teve. Num caso específico, o agressor da mulher não se limitava ao marido: era agredida também por seus dois irmãos. Os três tinham relações homossexuais e a agrediam.

As falas abaixo expressam estas situações:

“(...) ele era muito agressivo, muito violento.” (M4)

“Ele era alcoólatra né, (...)” (M5)

“Ele já agredia a mãe dele.” (M2)

“Ele e meus irmãos me agrediam todos juntos (...).” (M2)

“Eu tive violência do primeiro e do segundo marido.” (M5)

No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade, para punir o que se apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homem exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência (SAFFIOTI, 2001). A força da ordem masculina pode ser aferida pelo fato de que ela não precisa de justificção: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar, visando sua legitimação.

Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este necessidade de fazer uso da violência (SAFFIOTI, 2001).

A questão de gênero se faz presente nesse estudo, pois é possível observar que, além do homem dominar, por meio da violência, a mulher-companheira, há relatos também de domínio da mulher-mãe do agressor e da mulher-irmã. Com esta evidência, entendemos que, independente dessa mulher ser esposa, mãe, irmã ou filha, ela é “mulher”, e isso é o suficiente para ser dominada pelo “homem”, sendo ele marido, pai, irmão ou filho. A hierarquia existente de mãe para filho fica inferior, portanto, à hierarquia do gênero masculino.

A FNDEH (2008) caracteriza o potencial agressor e, entre as características, está o uso do álcool e de outras drogas. Há uma forte ligação entre violência conjugal e problemas com drogas e álcool, mas estes fatores, isoladamente, não explicam a ocorrência da agressão. Acreditamos que o uso de drogas potencializa a agressividade já inerente a determinado homem, mas não é este o fator que o torna violento.

2.2 Marcas dos Atos Violentos

Nas falas das mulheres, emergiram aspectos que expressam “o que ficou” dessa vivência. Mesmo que tenham rompido com o ciclo e com o agressor, carregam o passado de violência nas suas “marcas”, expressas em sentimentos

negativos que surgem quando falam da época em que com ela conviviam; também estão presentes nas sequelas físicas e emocionais que afetam sua atual condição de saúde, nas consequências que a violência conjugal deixou em seus filhos, os quais presenciaram e/ou foram vítimas e no seu próprio histórico de terem sido vítimas de violência familiar quando crianças.

Para as mulheres, a violência é, e sempre será, uma “questão”/“fenômeno” muito triste, sofrível e do qual não gostariam de lembrar. Vale ressaltar que sempre, ao iniciarmos a entrevista com foco no tema central *violência conjugal* que sofreram, sua expressão facial mudava e presenciávamos momentos de silêncio acompanhados, muitas vezes, de choro, como podemos observar nas falas:

“(...) assim foi uma experiência muito sofrida, dolorida demais. [Silêncio].” (M4)

“A experiência foi péssima, eu não queria ter vivido e não gosto de falar sobre ela.” (M3)

“Um divisor de águas em primeiro lugar, né. É porque é o antes e o depois, minha vida mudou demais” (M1)

Além disso, em momento algum, se consideram vítimas, mas sobreviventes. Suas falas permitem apreender que conseguem traçar um projeto para o futuro de suas vidas sem a violência e buscam “forças” para superação, como evidenciado nas falas:

“Me acho sobrevivente e não vítima”. (M1)

“Eu penso em trabalhar e reagir.” (M5)

“Eu tenho que me esforçar e pegar isso como lição.” (M3)

A violência conjugal se manifesta no cotidiano de algumas mulheres como um fato repetitivo, cruel, por vezes naturalizado (MONTEIRO & SOUSA, 2007). Esses mesmos autores afirmam que a mulher significa-a como parte do seu cotidiano.

Foi perceptível a dificuldade em abordar esse tema, justamente por se tratar de um fato cruel. Iniciavam suas falas com palavras que expressam todo o sofrimento e tristeza. A fotografia abaixo retrata esses sentimentos:



Foto M1.21 – tristeza

O fato das mulheres não se considerarem “vítimas” do agressor é relevante, pois participaram, ativamente, da relação violenta, muitas vezes agredindo ou estimulando a agressão do companheiro. No entanto, nesse embate de forças, predomina a força física do homem e também aquela contida nas questões de gênero de soberania masculina. Dentre as modalidades de violência conjugal elaboradas por Ferreira (1994), verificamos o predomínio de duas: os cônjuges que se agredem mutuamente e o homem que agride a mulher. Portanto, nesse contexto, não são “vítimas”, mas, sim, “sobreviventes” da violência conjugal.

A ruptura representa um marco em suas vidas: antes do rompimento – conviviam com as agressões e medo, e após o rompimento – consideram-se “sobreviventes” e buscam recomeçar suas vidas com seus filhos, trabalhando e buscando a liberdade financeira.

Além desses sentimentos negativos, a violência conjugal deixou outras “marcas”, as sequelas em seus corpos, que refletem suas atuais condições de saúde, tanto físicas como mentais, provenientes dos agravos das violências físicas, sexuais e psicológicas. Essas sequelas são retratadas nas falas:

“A saúde só funciona se tiver o físico e mental andando juntas, uma depende da outra pra mim. A minha saúde está péssima tanto física quanto mental”. (M3)

“(...) fora o mal-estar, que tem dia que estou com dor de cabeça, reumatismo eu não tinha e voltou, coisas assim que fui tendo. Ah, é psicológico, sim, mas está doendo.” (M1)

“Depois que eu saí do meu marido tem aquele mau cheiro, odor, urina forte, eu sinto que estou mal, fiquei com doença venérea.” (M2)

“É impossível eu me olhar e não sentir baixo astral (...) eu notei que eu estava evitando espelhos, eu estava tentando esconder de mim mesma.” (M1)

Além das suas falas, pudemos observar, durante nossa convivência no abrigo, evidências das marcas físicas e mentais nas participantes do estudo. Todas chegam emagrecidas, com distúrbios no sono, distúrbios neurovegetativos, além das sequelas no corpo, decorrentes, principalmente, das agressões físicas, como hematomas, cortes, feridas e cicatrizes de queimadura; muitas iniciam uso de medicamentos psicotrópicos como ansiolíticos e antidepressivos.

Os sinais e sintomas que as mulheres apresentam são decorrentes da violência praticada por parceiros íntimos. São queimaduras, hematomas, lacerações, mudança brusca de peso, distúrbios ginecológicos, disfunção sexual, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, depressão, baixa autoestima, distúrbio do sono, dentre outros sinais e sintomas também discutidos em outros estudos (OMS, 2002; CASIQUE & FUREGATO, 2006; FNEDH, 2008).

Além das falas, as fotografias também expressam imagens das marcas de diferentes formas de violência.



Foto M1.08 – sequelas.

Ela provoca impactos sobre saúde física e emocional da mulher (CASIQUE & FUREGATO, 2006) e tem sido vinculada a uma série de diferentes resultados em saúde, tanto imediatos quanto a longo prazo (OMS, 2002). Os maus tratos infligidos à mulher se refletem em perdas significativas para a saúde física, sexual e psicológica e nos componentes sociais, este último como rede de apoio para a qualidade de vida (MONTEIRO & SOUSA, 2007).

Embora comumente associada a lesões físicas, o fenômeno não se caracteriza apenas por aspectos clínicos, mas, também, por impactos sociais e psicológicos causados nas vítimas (DINIZ et al., 2003).

A OMS (2002) aprofunda a discussão sobre as perdas sociais das mulheres agredidas por acreditar que estas vão além da saúde e da felicidade das pessoas, chegando até mesmo a afetar o bem-estar de comunidades inteiras. Viver um relacionamento violento afeta a autoestima de uma mulher e sua capacidade de participar no mundo. Além disso, mulheres que sofreram abuso são rotineiramente restringidas em suas formas de ter acesso a informações e serviços, participar da vida pública e receber apoio emocional de amigos e parentes. Não é de surpreender que, frequentemente, essas mulheres não consigam cuidar de si mesmas e de suas crianças, tampouco consigam procurar empregos e seguir carreiras [OMS \(2002\)](#).

Destacamos um caso específico em relação às sequelas da violência durante a gravidez de uma das participantes do estudo. Esta chegou grávida ao abrigo e teve um parto prematuro e complicado, sendo necessária sua internação por aproximadamente um mês e a do bebê em unidade de terapia intensiva. Esta participante do estudo, referindo-se ao ocorrido, relata:

“Minha saúde foi destruída demais por ele, só trabalhava, não me alimentava, nas gravidez, ele me tratou muito mal”. (M4)

“Ele não deixava eu cuidar da gravidez, eu só ia na hora de ganhar mesmo.” (M4)

Segundo a OMS (2002), a violência também ocorre durante a gravidez, com consequências não só para a mulher, mas também para o desenvolvimento do feto. Durante a gravidez, tem sido associada a aborto espontâneo, entrada tardia em cuidado pré-natal, natimortos, parto e nascimentos prematuros, lesão fetal, baixo peso ao nascer, sendo uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes.

É válido ultrapassar a violência contra a gestante para além das sequelas para mulher e feto, e dos custos para o sistema de saúde. Aspectos culturais de gênero também estão ligados a esta situação. A sensualidade feminina fica obscurecida pela “santidade da maternidade”. Estes dois pensamentos se contrapõem favorecendo o aumento da violência, pois não seria permitido o

intercurso sexual com a “santa”. Se a mulher não pode atender sexualmente o homem, ela deveria ser “castigada” através da violência física e também da traição durante o período gestacional (CAMACHO *et al.*, 2007).

Os reflexos da violência física, sexual e psicológica são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam (DESLANDES, GOMES & SILVA, 2000).

É evidente que todas as formas de agressões repercutem na saúde das mulheres, tanto física quanto psicológica, e que, em razão disso, a violência conjugal está intrinsecamente ligada à área da Saúde e, conseqüentemente, à Enfermagem no cuidado a esses agravos de curto e longo prazo. Os profissionais de saúde, de forma geral, não devem contribuir com as mulheres somente na assistência aos agravos, mas, também, na sua prevenção.

As mulheres trazem, em suas falas e nas imagens fotográficas, M3.08 e M1.20, as marcas da violência conjugal nos filhos que presenciaram as agressões e/ou dela também foram vítimas:

“E os meninos presenciando tudo, ele até mandava: pega aquele facão lá, e os meninos pegavam, de medo, pra ele agredir a gente.” (M4)

“Eu de medo dele fazer mal pra minha filha, porque ele já fez, bateu nela, machucou ela, ela tinha 6 anos (...).” (M2)

“(...) meus filhos presenciando tudo (...).” (M5)

Há uma associação significativa entre mães, vítimas de violência doméstica por seus parceiros, e violência doméstica contra a criança; devido à desestruturação familiar, a criança inserida em um meio de agressões entre os pais acaba se tornando também vítima da violência (CALDAS, 2008). Isso se comprova neste estudo; as falas das mães expressam o envolvimento de seus filhos nas agressões. Muitas também consideram que agressão a seus filhos, praticada pelos companheiros, tem o intuito de, indiretamente, agredi-las.

Para a FNEDH (2008) e OMS (2002), as crianças que presenciaram a violência podem sofrer conseqüências: ansiedade constante, que pode resultar em danos físicos causados por tensão, dores de cabeça, úlceras, erupções cutâneas, problemas com a fala ou com audição; atraso no desenvolvimento e desordens na

aprendizagem; excessiva preocupação e dificuldade de se concentrar; medo de ser ferida ou morta; sentimento de culpa por não poder impedir as agressões ou por amar o agressor; podem ainda assumir a responsabilidade pelo fato que levou à agressão, sentirem-se incapazes de mudar a situação; medo de ir à escola ou separar-se da mãe; baixa autoestima, depressão, podendo desencadear o suicídio; comportamentos delinquentes, inclusive agressão, uso de drogas e fuga de casa; habilidades sociais pobremente desenvolvidas e desequilíbrios psíquicos pós tensão traumática.

Várias imagens fotográficas continham crianças, representando as marcas da violência nos filhos das mulheres; as imagens abaixo são as que melhor representam essa situação:



Foto M3.08 – Crianças abrigadas.



Foto M1.20 – Criança com cabeça baixa.

A criança da fotografia M1.20 está cabisbaixa diante de um muro alto e intransponível. Assim se sentem diante da violência conjugal: tristes, abatidos e impotentes. Uma das marcas é a incapacidade de agir diante dela, impedindo que ocorra com suas mães e com eles mesmos. As marcas deixadas na infância podem ser observadas, de forma imediata, em crianças isoladas e tristes, as quais, no futuro, podem se tornar adultos inferiorizados, incapazes e tímidos. Estas marcas

não podem ser apagadas, mas podem ser minimizadas quando as crianças têm condições para superar as dificuldades e” transpor o muro.”

Destacamos uma fala específica de M2, abordando uma “marca” em si e em seus filhos. Ela engravidou do cunhado em situações de estupro e, por isso, relata que não consegue amar os filhos por considerá-los frutos da violência sexual e, conseqüentemente, de uma traição à irmã:

“Eu queria amar meus filhos, mas não consigo, eu vejo eles como fruto do meu pecado. Eu cuido, educo, mas não tenho aquele sentimento, sabe de carinho.” (M4)

A relação da mãe com seu filho inicia-se na gestação e será a base da relação que estabelecer-se-á após o nascimento e ao longo do desenvolvimento da criança. Para que seja possível uma troca afetiva favorável entre essa díade durante a gravidez, a mãe necessita estar apta a construir este vínculo, o que só será possível a partir de uma boa vivência de suas experiências relacionadas à vida sexual e reprodutiva, gestação e puerpério (BORSA, 2007).

Quando a gravidez é indesejada, o elo de afetividade entre mãe e bebê não é construído, causando na gestante um sentimento de culpa, decorrente da rejeição sentida em relação ao feto. Nesse contexto, estão também presentes sentimentos de raiva, angústia, autodepreciação e tristeza (VERTAMATTI *et al.*, 2009).

A origem da gestação por estupro afeta, sobremaneira, a aceitação e afetividade com o filho. As conseqüências da rejeição se refletem nos sentimentos contraditórios da mãe, pois, conforme preconiza a construção social de gênero feminino, a mulher-mãe deve amar e cuidar de seus filhos; também em seus filhos que se sentem rejeitados e um “peso” na vida de suas mães.

As “marcas” deixadas nos filhos, decorrentes da relação violenta de seus pais, influenciam no desenvolvimento e crescimento das crianças, afetando sua integridade física e emocional; a longo prazo poderão influenciar também seus relacionamentos conjugais. Quando as crianças assistem a episódios de violência do pai-homem contra a mãe-mulher, assimilam a construção social e cultural de gênero do homem, detentor da força e da autoridade, e da mulher, passiva e submissa a ele.

Além destas marcas, as mulheres também lembraram que, no passado, sofreram violência doméstica, quando crianças, pelo pai, padrasto, mãe e outros parentes. Assim, carregam mais esta “marca” proveniente da infância.

“Na minha vida foram vários agressores: pai, padrasto, minha mãe.”
(M3)

“Meu pai quando eu era pequena me estuprou e minha mãe vendo aquilo ficava calada.” (M5)

“Fui morar na casa de uma irmã e o marido dela me estuprou eu tinha 6 anos. Eles me batiam demais, era pau, vara, (...), depois me mergulhava no cocho com água e sal e deixava lá pra fechar as feridas.” (M4)

O homem aparece como principal agressor até pelos aspectos referentes ao gênero e à força física. Entretanto, a mulher pode também ser uma agressora física. Na fala de M5, um ponto importante a ser ressaltado é o silêncio da mãe mediante a violência contra os filhos, o que, segundo a perspectiva das mulheres, expressa uma convivência com a violência. Da mesma forma que M5, muitas mulheres relatam que suas mães se silenciaram diante da violência que sofriam com seus pais ou padrastos, mas não verbalizam se fizeram o mesmo diante da violência com seus filhos, tal como suas mães.

A estrutura familiar brasileira foi construída como patriarcal, sendo o homem a autoridade máxima e inquestionável, tanto na família como na sociedade. Dessa forma, a família se submetia ao seu poder, sendo, muitas vezes, um espaço de violência física e psicológica para as mulheres e seus filhos (FREYRE, 1987; ROURE, 1996).

Assim, a afirmação de que o pai e o padrasto são os principais agressores nos remetem aos nossos aspectos culturais patriarcais, segundo os quais o pai detém o poder da família. Apesar de atualmente apresentar várias outras configurações, como pais separados, cuja mãe assumiu o papel de provedora da família, ainda persiste uma visão patriarcal da sociedade, segundo a qual o pai é visto como provedor ainda que isso não reflita uma realidade.

A experiência de ter sofrido maus tratos na infância, seja recebendo-os diretamente ou presenciando-os na relação conjugal dos pais, pode ser considerada importante fator de risco para a repetição da violência (FALCKE, 2009). Os meninos aprendem com os pais a usar a força física contra a mulher para fazer valer sua

autoridade e poder na família e na relação conjugal. Por outro lado, as meninas aprendem, com as mães, a aceitar, passivamente, a agressão do companheiro e, com isso, futuramente desempenharão os mesmos comportamentos aprendidos na infância.

Das cinco mulheres participantes desse estudo, quatro relataram episódios de violência em suas famílias na infância e, na fase adulta, esses episódios perduram, agora praticados pelo companheiro, o que sinaliza que a vivência da violência na infância é fator de risco para sua repetição na fase adulta.

Dessa maneira, nosso padrão cultural androcêntrico de desequilíbrio de poder entre os gêneros masculino e feminino vai sendo passado de geração em geração e a sociedade, de modo geral, sofre as consequências dessa cultura, pois é socialmente influenciada por esses comportamentos indesejáveis. Como a cultura não é estática (Sahlins, 1997; Benedict, 2005), essa realidade pode ser transformada desde que a sociedade reaja contra essa opressão de gênero.

2.3 Amparo à Mulher

As mulheres citam a Lei Maria da Penha como aquela que as protege e apóia em situação de violência; num primeiro momento, consideram-se amparadas por essa lei, até que sejam encaminhadas ao abrigo do CEVAM. Destacamos que duas mulheres chegaram ao abrigo pelo PROVITA. De todas as participantes, 04 se dirigiram ao DEAM, registraram TCO e depois foram para o abrigo; somente 01 mulher chegou primeiramente ao CEVAM, por indicação de uma vizinha, e, em seguida, foi direcionada ao DEAM para formalizar a ocorrência. No entanto, referem que o amparo legal recebido ficou restrito a essa conduta; outros aspectos da lei permanecem apenas na teoria, considerando que elas se encontram “presas” no abrigo enquanto os agressores estão em liberdade.

As próximas falas referem o apoio da lei até chegarem ao abrigo por intermédio do PROVITA, pela DEAM e pela indicação da vizinha, respectivamente:

“O promotor achou que eu corria muito risco e vim pra cá pelo PROVITA”. (M1)

“De casa eu fui pra Delegacia da Mulher, e da Delegacia da Mulher eles me encaminharam pra cá. Eu fiz o boletim de ocorrência, eles me trouxeram pra cá e me deixaram na porta.” (M5)

“Aí ela falou assim, tem um lugar que chama CEVAM, pega sua filha e foge.” (M2)

A fala abaixo sintetiza o que pensam a respeito da restrição do amparo legal:

“As autoridades precisam se esforçar pra colocar isso [as leis] em prática, para o benefício da mulher. Tudo é muito lindo, tudo é muito maravilhoso só que tem que colocar em prática.” (M3)

A Lei Maria da Penha veio em resposta às demandas das mulheres em situação de violência. Constituiu-se em um marco legal para as mulheres brasileiras e uma importante ferramenta para o atendimento dos casos de violência. Estabelece um novo paradigma ao conferir novo tratamento à questão, a qual passa a ser considerada não mais um crime de menor potencial ofensivo, mas uma violação de direitos humanos (FNEDH, 2008). No entanto, percebemos que sua implementação enfrenta desafios e adaptações do sistema jurídico, o que se traduz nas falas das mulheres quando dizem não serem contempladas com todos os benefícios que lei propicia.

Esta lei, de número 11.340, foi assim denominada para reparar, simbolicamente, Maria da Penha Maia Fernandes pela morosidade da Justiça brasileira na condução do processo judicial contra o seu agressor.

Para analisarmos os motivos das mulheres alegarem que a aplicação dessa lei é limitada, fomos examiná-la em detalhes (CASA CIVIL, 2006), de forma a verificar o que, de fato, foi aplicado e o que não foi. A lei inovou em vários aspectos, como conceitos de violência e suas formas, aplicabilidade da lei independente da orientação sexual da mulher, proibição de aplicação de penas alternativas, como cestas básicas e multas aos agressores, que passaram a sofrer detenção de 3 meses a 3 anos; inovou também em relação ao fato da mulher só poder desistir da denúncia perante o juiz e não mais na delegacia e no que se refere à possibilidade da detenção em flagrante do agressor. Além disso, trouxe medidas protetivas de urgência para as mulheres.

A lei determina que, em casos de proteção de urgência, quando necessário, as mulheres deverão ser encaminhadas, juntamente com seus dependentes, aos abrigos até o afastamento do agressor do lar, quando poderá se reconduzida, com seus dependentes, a seu domicílio. Esse afastamento é temporário e a lei ainda

prevê que o agressor deve restituir os bens indevidamente subtraídos das mulheres, suspensão de procurações previamente concedidas, proibição temporária de compra e venda de propriedades em comum, proibição de aproximação da mulher, de seus familiares e testemunhas, restrição ou suspensão de visita aos filhos e ainda manutenção econômica da mulher e seus filhos, provisoriamente.

Ao percebermos a grande quantidade de benefícios que a lei oferece, concordamos com a indignação das mulheres. O apoio a elas realmente limita-se ao encaminhamento ao abrigo. Após, ficam restritas ao local com seus filhos enquanto seus agressores ficam livres, em suas residências, dando continuidade às suas vidas, sem cumprir nenhuma das ações previstas na Lei Maria da Penha. Além disso, continuam a ameaçar as mulheres e seus familiares. As mulheres não possuem condições financeiras para reconstruir suas vidas e ainda vivem com o medo de sair e sofrer novas violências do agressor já que este está livre e impune.

Nenhuma das mulheres abrigadas foram reconduzidas às suas casas, pois os seus agressores não foram retirados do lar nem proibidos de se aproximarem das mulheres, como prevê a Lei Maria da Penha.

É essencial que as leis sejam totalmente implementadas, pois somente assim as mulheres que sofrem violência sentirão segurança e amparo para denunciar os agressores; irão se sentir confiantes de que estarão protegidas pela lei, e que esta não veio somente para ficar no papel.

Apesar de o país ter-se comprometido efetivamente em adotar políticas públicas de combate à violência e à discriminação contra a mulher desde a assinatura dos primeiros acordos internacionais, as propostas implementadas foram extremamente tímidas (FNEDH, 2008).

Percebemos que a lei escrita difere da lei cumprida, pois nossa lei está mais avançada do que nosso progresso cultural e social, causando, assim, esse descompasso e a conseqüente indignação das mulheres ao detectarem que a lei não as ampara efetivamente.

Das fotografias que revelam seu desapontamento com as leis brasileiras, no que tange ao amparo, destacamos a que consideramos ser a mais expressiva:



Foto M4. 03 – Bandeira brasileira no topo do prédio.

Ao nos depararmos com a imagem da bandeira brasileira, percebemos seu sentimento ambíguo em relação à nossa nação e suas leis que deveriam proteger seus cidadãos, mas não o fazem. As leis estão escritas, aprovadas e são completas. No entanto, não são executadas nem cumpridas na totalidade, gerando sentimento de desamparo, abandono e inconformismo com a legislação, com a nação e seus dirigentes. Além da fotografia representar essa contradição entre a lei escrita e a cumprida, sugere também que a liberdade para as mulheres em situação de abrigo é algo inatingível e distante, assim como a bandeira no alto do prédio. Da mesma forma que o prédio é alto, a luta dessas mulheres pelos seus direitos também é longa, mas, ao final, tem-se a bandeira; igualmente, ao final, vislumbram a liberdade e uma vida melhor, sem violência.

As leis existentes para o combate à violência podem não ser suficientes, pois a ação afirmativa poderá ser implementada apenas se o avanço social provocado represente também um progresso social para o grupo hegemônico (CRUZ, 2004). O fato de haver uma lei não significa, necessariamente, que ela seja cumprida. Para isso é necessário um progresso social e até mesmo uma desnaturalização cultural do que é aceito; neste caso, o padrão cultural de dominação masculina.

Precisamos reconhecer que a igualdade constitucional hoje preconizada não é capaz, por si só, de apagar toda a herança cultural de desigualdades no exercício do poder, presente nas relações familiares.

Além disso, foi evidente a importância da divulgação das entidades governamentais e da sociedade civil, listadas no capítulo 01 desse estudo, para contribuição à prevenção e apoio para a mulher se desvencilhar da violência.

Exemplo desta situação foi a indicação do CEVAM, por parte da vizinha de uma mulher agredida, que atuou como fonte de apoio e orientação para M2. Qualquer pessoa orientada e atualizada quanto aos mecanismos sociais e políticos de ajuda à mulher pode fazer a diferença no combate às relações conjugais violentas. Nesse contexto, os profissionais de saúde tornam-se recursos fundamentais por estarem em maior contato com essas mulheres que buscam ajuda nos serviços de saúde.

As mulheres também reconhecem que, inicialmente, o abrigo foi importante para que pudessem romper com a violência já que não possuíam nenhum amparo familiar, social e econômico. No entanto, suas falas contêm queixas do abrigo no que se refere às suas normas e rotinas e à proibição de sair e voltar durante sua permanência, o que, segundo elas, as privam de sua liberdade, como mostram as falas:

“Se não tiver um apoio fica difícil. Meu apoio pra mim foi aqui. Eu não tinha pra onde correr”. (M5)

“Eu entendo que a gente tem que ajudar no serviço da casa, eu até gosto porque assim distrai a mente, mas aqui é muito preso não pode nada, a vida fica parada, não vejo solução, porque não pode sair pra trabalhar, tem que agüentar o pessoal daqui.” (M4)

Consideram que vivem “presas” e com a “vida parada” já que o abrigo não as capacita para poder ter uma renda financeira de forma que possam sair e retomar suas vidas. Elas dizem que precisam aguentar essa situação porque não possuem condições financeiras e nem um apoio familiar; no abrigo, pelo menos, têm leito, alimento, roupas e escola para os filhos. As falas abaixo expressam essa concepção de abrigo:

“Eu acho que aqui deveria ter cursos para as mulheres se sentirem mais seguras, pelo menos financeiramente, para quando sair ter um amparo né”. (M1)

“Não é qualquer pessoa que aguenta ficar aqui não. Aqui a gente é muito preso, (...)”. (M4)

“Aqui tenho proteção, leito, alimentação e roupas limpas, mas me falta liberdade.” (M1)

As casas-abrigo representam outro descompasso entre o ideal e o real, fato que está evidente nas falas das mulheres. Pela Lei Maria da Penha (CASA CIVIL, 2006) é obrigação do Estado a criação e manutenção de casas-abrigo para acolher provisoriamente mulheres em situação de violência doméstica que precisam de

proteção. Atualmente temos somente uma casa-abrigo no município de Goiânia, lembrando que esta é uma iniciativa da sociedade civil e não do governo, e se mantém com a ajuda de doações e do estado.

Com a observação de campo, fica evidente a necessidade do estabelecimento de rotinas e normas para uma melhor dinâmica do abrigo, pois é elevado o número de moradores. Assim, para que todas as atividades diárias sejam cumpridas de maneira ordeira, deve-se ter uma rotina e obrigações claras. Ao investigarmos os motivos que levaram o CEVAM a não permitir a saída e entrada da mulher durante sua permanência no abrigo, medida esta que tanto as desagrada, vimos isso decorrer do fato de não conseguirem garantir a proteção destas mulheres fora deste espaço.

Atualmente, o CEVAM é uma OSC de grande notoriedade no amparo à mulher, adolescentes e crianças vítimas de violência, porém, infelizmente, não possui condições de reverter o quadro de descaso das autoridades, de garantir que a lei seja cumprida pelas entidades responsáveis, de capacitar profissionalmente as mulheres que lá se encontram por falta de recursos financeiros, de abrigar todas as vítimas de violência e de garantir sua segurança sem o apoio de uma força policial (fazem isso por meio de cadeados, grades, travas e trancas em toda a estrutura física do prédio). Conseguem proporcionar, efetivamente, a essas mulheres acolhimento, alimento, vestuário, cama, escola às crianças e apoio psicológico; esforçam-se para fornecer assistência jurídica, assistência de saúde, proteção e emancipação da mulher, numa luta diária.

As imagens abaixo evidenciam uma forma de assistência que o abrigo consegue fornecer às mulheres:



Foto M3.18 e Foto M3.26 - Alimentos fornecidos às mulheres.

Todas as quatro mulheres que participaram da captura de imagens fotográficas registraram o aspecto de “prisão” do abrigo em razão de suas portas, trancas, travas, cadeados e muros altos, conferindo a aparência de prisão para quem lá se encontra. Tudo para protegê-las de seus agressores que se encontram livres. Selecionamos as fotografias abaixo para ilustrar essa característica bastante frequente:



Foto M1.11 – Muro do abrigo



Foto M5.09 – Cercas do abrigo



Fotos M3.09 - Cadeado

Percebemos que essas casas-abrigo estão se tornando “depósitos de mulheres”, pois, sozinhas, não conseguem desempenhar os papéis que deveriam caber a várias instituições e pessoas, segundo um compasso harmônico, para prevenção e combate da violência contra a mulher. Elas acabam ficando nesses locais por longos períodos e não provisoriamente e não têm nenhuma perspectiva de continuarem suas vidas.

Como não são amparadas integralmente pela lei, as mulheres apontam, como único caminho de saída, um trabalho para que possam ter independência financeira, consigam sair do abrigo e, assim, dar continuidade às suas vidas; atribuem, ao abrigo, a responsabilidade por essa capacitação profissional.

A violência conjugal, por ser um fenômeno complexo e multifacetado, requer uma mudança cultural em relação ao predomínio do poder masculino e à constituição patriarcal e androcêntrica de nossa sociedade. Essa mudança não ocorre de imediato, mas é necessário que ela se inicie para que outras gerações desfrutem de uma sociedade mais igualitária e sem violência entre os cônjuges.

Entretanto, é importante ressaltar que a problemática da violência conjugal é atual, atingindo muitas mulheres e, para ao menos remediá-la, enquanto a mudança cultural se processa, é necessário o trabalho conjunto de várias entidades, onde cada uma faz sua parte de forma que a soma e a articulação destas ações se reflitam no apoio às mulheres que hoje sofrem com a violência.

A fotografia abaixo resume, de maneira representativa, o atual significado do abrigo para as mulheres:



Foto M1.27 – Pássaro na gaiola

O pássaro e as mulheres estão presos devido à violência que sofreram; o pássaro, na gaiola e, as mulheres, no abrigo, ambos sem perspectivas de que suas realidades sejam transformadas. Para que a situação seja modificada, é preciso que

as leis sejam integralmente implementadas, que os dispositivos sociais sejam executados de maneira resolutiva e que as pessoas transformem sua concepção cultural androcêntrica em uma concepção cultural de igualdade de poder entre os gêneros. Esse é um caminho a ser percorrido a longo prazo, o que gera falta de perspectivas imediatas, mas que, no entanto, não é impossível de ser percorrido.

2.3.a) Profissionais de Saúde

No período em que conviviam com a violência, as mulheres recorreram ao serviço de saúde somente quando extremamente necessário para tratar lesões físicas. Alegam que, em algumas dessas ocasiões, os profissionais de saúde as julgaram, culpando-as de terem desencadeado a violência. Relatam ainda que suas ações se restringiam aos agravos físicos, como os hematomas e nada mais. As falas abaixo confirmam essa relação com o serviço de saúde enquanto conviviam com a violência:

“Fui [ao serviço de saúde] quando foi extremamente necessário, pra dar ponto, essas coisas”. (M5)

“Na área da saúde não tem como você correr atrás porque eles já falam que você é mulher de malandro, que é caso de polícia, sabe, não tem muito carinho nessa parte aí não. Eu preciso é de ajuda e não de mais destruição.” (M3)

“Você chega lá, seus machucados já acabaram, e eles logo dizem: uai, cadê o roxo no seu olho.” (M3)

Após terem rompido com a violência, referem que os profissionais de saúde são importantes para tratar as sequelas decorrentes das agressões que, atualmente, afetam sua saúde. Evidenciam o desejo de que esses profissionais as escutem, com atenção, para que se sintam à vontade para falar sobre a origem das agressões e a violência vivida. Vejamos algumas falas nesse sentido:

“Eu acho que um acompanhamento que eu pudesse falar tudo o que eu sinto, tudo o que eu tenho. Eu tenho muitas coisas que não passo pra ninguém, o que eu tenho no meu corpo e na minha saúde”. (M4)

“Ele [o profissional de saúde] pode me ajudar a tratar, que é o que eu estou precisando no momento.” (M2)

A OMS (2002) afirma que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum estágio de sua vida, por exemplo, quando buscam por contraceptivos, têm filhos ou procuram por assistência para seus filhos. Isso coloca o cenário de assistência à saúde em um lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber apoio e, se necessário, ser encaminhadas a serviços especializados.

Day *et al.* (2003) mencionam que as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta.

Já Tuesta (1997) afirma que as mulheres em situações de violência procuram frequentemente atendimento nos serviços de saúde por agravos à saúde física, à saúde reprodutiva e à saúde mental, relacionados, direta ou indiretamente, à violência.

Em nosso estudo, suas falas indicam que recorrem ao serviço de saúde durante a convivência com o agressor somente quando extremamente necessário para tratar lesões físicas.

Independentemente da forma de acesso ao serviço de saúde, entidade e autores concordam quanto ao atendimento dessas mulheres pelos profissionais de saúde. A OMS (2002) traz estudos que mostram que, na maioria dos países, os médicos e enfermeiros raramente buscam saber das mulheres se elas sofreram ou estão sofrendo abuso, ou buscam por sinais evidentes de violência.

Day *et al.* (2003) referem que os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com respeito ao problema da violência doméstica e suas consequências, assim como na detecção e prevenção de situações potencialmente perigosas, muitas vezes as rotulando como caso de polícia, na esperança de eximir-se de tomar atitudes. O medo de obrigações legais impede que tomem condutas no sentido de auxiliar as vítimas. A tendência é centrar em serviços com poucos recursos que tendem a seguir um trajeto semelhante, em alguns pontos, ao das vítimas: poucos profissionais, isolados, desvalorizados, com grande sobrecarga de trabalho.

Saliba *et al.* (2007) afirmam que os profissionais da saúde tendem a subestimar a importância da violência, direcionando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem dos agravos. Além disso, esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional ou,

simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos. Além disso, o profissional de saúde contribui para sedimentar a vulnerabilidade na qual se encontram essas mulheres, pois banalizam a situação e culpabilizam as mulheres violentadas que chegam aos serviços.

Essa postura de não envolvimento e recriminação da mulher pela agressão do companheiro, valorizando apenas as lesões físicas em detrimento da mulher como ser bio-psico-social, contribui para a permanência da mulher em uma situação de violência conjugal; os profissionais também perdem a oportunidade de atuar como agentes transformadores dessa nossa realidade cultural de supremacia do homem em detrimento da mulher.

Percebemos a existência de uma polarização entre o esperado e o preconizado nas políticas públicas quanto à prevenção da violência e cuidados aos seus agravos, com a realidade que se apresenta no contexto dos serviços de saúde apresentado nas falas das mulheres. De um lado encontramos na literatura que o setor saúde deve trabalhar na prevenção da violência, na detecção de mulheres que sofrem violência oferecendo acolhimento, suporte emocional e psicológico, cuidados com seus agravos físicos, notificação dos casos de violência e prestação de esclarecimentos quanto aos recursos legais e sociais de amparo à mulher (OMS, 2002; Casa Civil, 2006; Saliba *et al.* 2007).

Por outro lado, encontramos nas falas das mulheres que a realidade dos serviços de saúde e o atendimento dos profissionais não se aproximam do que é preconizado. O atendimento é focado nos agravos físicos, presença de discriminação e culpabilização da mulher pela violência sofrida, não notificação da violência, desconhecimento dos mecanismos legais e sociais existentes de amparo a mulher. Ressaltamos ainda que em nenhuma fala consta atividade de profissionais de saúde na prevenção da violência doméstica.

Os resultados da nossa pesquisa nos permitem afirmar que as mulheres procuram por profissionais de saúde somente na segunda fase do Ciclo da Violência proposto por Walker (1999), chamada Tensão Máxima. Esta fase é caracterizada como aquela em que ocorre a agressão máxima, com violência extrema que deixa danos físicos nas mulheres. Assim, é neste momento do Ciclo da Violência que o profissional pode atuar como agente transformador da realidade dessa mulher que o procura.

Nos apropriamos do estudo de Cruz (2004) que propõe um modelo de atendimento de qualidade do enfermeiro para a mulher vítima de violência, de forma que possamos envolver os profissionais da área da saúde.

Para neutralizar o sexismo, o enfermeiro deve implementar um histórico de enfermagem contendo questões apropriadamente elaboradas para contemplar a diversidade étnica e de gênero de sua clientela, comunicando-se de forma compreensível e não julgadora com a cliente. Nos casos de violência física, verbal ou psíquica, devem entrevistar e examinar particularmente, atentando quanto ao potencial de risco para os demais membros vulneráveis do grupo familiar (crianças e idosos), documentando adequadamente no prontuário e nos impressos administrativos. É importante que se mantenha informado sobre a legislação a respeito da violência e discriminação, incluindo as responsabilidades sobre a notificação compulsória, observando os princípios éticos que se aplicam à garantia do sigilo e do anonimato das vítimas (CRUZ, 2004).

O setor saúde deve envolver-se mais com a questão da violência conjugal, com profissionais treinados que favoreçam oportunidades para que a mulher fale livremente sobre suas relações familiares, seja durante a consulta ou em outra atividade na qual essa mulher possa estar envolvida (MONTEIRO & SOUZA, 2005).

Profissionais de saúde qualificados e sensibilizados com essa problemática podem detectar a violência e fazer a diferença para a mulher por meio de um atendimento acolhedor, com disponibilidade para a escuta, documentando a violência, como preconiza o SINAN (MS, 2011). São ainda capazes de orientar a mulher, indicando todas as organizações governamentais ou da sociedade civil que possam ampará-la. Ressaltamos que, no capítulo 01, essas organizações foram identificadas e discriminadas.

Na literatura, não encontramos estudos que abordassem a importância do profissional de saúde em abrigos destinados a acolher mulheres vítimas de violência; sua atuação está ainda restrita ao ambiente hospitalar e à atenção primária na ESF.

O desejo, expresso nas falas das mulheres, de que o abrigo conte com um profissional de saúde, aliado à nossa observação e experiência de atuação, enquanto enfermeiros, neste espaço, nos forneceram consistentes subsídios para apoiar a importância de haver um profissional de saúde, em especial o enfermeiro, aí atuando.

Após realizarmos a coleta dos dados desse estudo, permanecemos no CEVAM, por meio do Projeto Parceria, constituído por parcerias voluntárias, firmadas com pessoas ou entidades, contribuindo com o mesmo, atuando como enfermeiros. Comentaremos, a seguir, as atividades por nós executadas junto aos moradores do abrigo, crianças, adolescentes e mulheres e, assim, intencionamos evidenciar a importância do enfermeiro neste local.

Com as crianças, desenvolvemos ações de combate a verminoses e piolhos, fizemos atividades de educação em saúde quanto à higienização, importância da lavagem das mãos, higiene oral, prevenção de acidentes na infância, checagem de cartão vacinal e acompanhamento de crescimento, pela verificação de peso e altura.

Com as adolescentes, desenvolvemos atividades de conhecimento e formas de utilização de métodos contraceptivos e de prevenção de DSTs, atividades de educação em saúde que abordaram a higiene corporal e bucal, transformação do corpo na puberdade, principalmente no que tange à menstruação e espinhas, malefícios de drogas lícitas e ilícitas, alimentação saudável e checagem de cartão vacinal; discutimos também a valorização social da mulher com “corpo perfeito”.

Com as mulheres, desenvolvemos os seguintes trabalhos: orientação quanto a DSTs, planejamento familiar, aborto, prevenção de câncer de mama, ensinando para que façam o autoexame, cuidados com recém nascidos, aleitamento materno, checagem de pressão arterial e cartão vacinal, distúrbios pós-traumáticos e prevenção de diabetes. Além disso, realizamos curativos de modo a cuidar dos agravos causados pelas agressões.

Essas ações foram desenvolvidas com eficiência, utilizando o mínimo possível de instrumentos, o que configura uma ação de baixo custo econômico, fator importante diante da realidade de carência do abrigo.

Suas moradoras são pessoas de baixa renda financeira, também com baixa escolaridade. Acresce-se que a maioria delas, em razão da convivência com a violência, tinha pouco acesso aos cuidados com sua saúde e de seus filhos; dessa forma, muitas das informações e orientações lhes eram, até então, desconhecidas, porém, extremamente importantes para o cuidado da saúde.

Diante de tantas ações que foram desenvolvidas e tantas outras que ainda podem e devem ser executadas para ajudar as mulheres que rompem com uma situação de violência conjugal, reafirmamos a necessidade da presença de profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, nos abrigos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para refletirmos sobre a finalização desse trabalho, retornamos ao seu início, quando apresentamos nossas inquietações diante da violência conjugal contra a mulher e a vontade de contribuir para além dos cuidados físicos. Assim, nesse momento, podemos analisar as contribuições geradas por este trabalho.

Encontrávamos-nos em perplexidade diante da realidade de violência conjugal, a qual se apresentava aos nossos olhos face ao número de mulheres que atendíamos, juntamente com nossos alunos na UBS, em nossa condição de professora substituta da FEN/UFG. Naquele momento, apesar de ainda pouco conhecida, essa realidade nos sensibilizava e, assim, diante desta inquietação, nos movemos no sentido de contribuir, enquanto enfermeiros, com essas mulheres para além da assistência aos seus agravos físicos.

Ao finalizarmos este trabalho, nos sentimos seguros e capacitados para atender, com qualidade, às mulheres vítimas de violência, pois elas nos mostraram o melhor caminho para uma assistência desta natureza. Sentimo-nos também realizados por tê-lo desenvolvido, considerando que seus resultados mostram-se consistentes o suficiente para responder às questões inicialmente propostas, aos seus pressupostos, comprovar teorias e atingir seus objetivos.

Conforme presumimos, a compreensão do significado de violência conjugal, sob a perspectiva de mulheres vítimas de agressão, e dos motivos que as levaram a romper com a situação de violência, nos possibilitaram algumas diretrizes sobre formas pelas quais o profissional de saúde pode ajudá-las. Os resultados foram esclarecedores no que diz respeito a esse quesito.

Podemos afirmar que o significado da VCAD para a mulher que sofreu agressões assume ampla configuração temporal, compreendendo todo o período no qual conviveu com a violência e com seu agressor e, também, o período atual de sua vida, no qual já não mais vive com o agressor e, assim, está livre dos atos violentos, mas convive com as “marcas” e sequelas por eles deixadas.

Do período de convívio com o agressor, ficaram as lembranças da violência sofrida: física, sexual, psicológica e patrimonial, que, atualmente, podem ser vistas em suas sequelas físicas e emocionais. Além disso, carregam todo o processo de relação violenta, com o comportamento agressivo se desenvolvendo de forma gradativa, até chegar ao envolvimento da mulher e do agressor de forma cíclica na relação.

Esse movimento cíclico, permeado por constantes ameaças que culminavam em atos de agressão máxima, seguidos de arrependimento do agressor, nutre a esperança de que esse mudaria seu comportamento, até que reiniciasse as agressões. Esses resultados retratam o movimento cíclico da relação conjugal, sendo bastante significativos para este estudo, pois vão ao encontro do proposto por Walker (1999), no Ciclo da Violência, comprovando sua existência por meio de falas das mulheres que o vivenciaram.

Também nos permitem a compreensão do quanto é difícil para a mulher romper com esse ciclo de violência, pois, além do seu envolvimento, outras questões as mantêm ligadas ao agressor, como dependência econômica, emocional e sentimental, a existência de filhos do casal e ainda a falta de apoio social e legal para ampará-la.

Nesse contexto, este estudo nos mostrou que, em geral, as pessoas e, principalmente, os profissionais de saúde não podem julgar que, em uma relação conjugal de violência, a mulher nela permaneça “porque quer”, ou “porque gosta de apanhar”, ou “porque merece”. A dinâmica do Ciclo da Violência e os outros fatores associados tornam o rompimento com o agressor complexo, difícil e permeado por saídas e retornos ao lar e, portanto, ao agressor.

Para compreendermos a permanência da mulher neste ciclo e a dificuldade por ela encontrada para dele se desvencilhar, temos que visualizar toda essa situação com olhos focados em uma cultura que legitima a dominação masculina sobre a mulher; necessitamos ainda compreender a questão de gênero como algo socialmente construído. A mulher, e também o homem, se inserem no Ciclo da Violência de forma “cega”, pois sua cultura “androcêntrica” permite que isso ocorra sem uma reflexão sobre como se encontram envolvidos nessa dinâmica e, conseqüentemente, não visualizam uma forma de rompê-lo.

O ensinamento masculino do homem preconiza que ele deve ser forte, autoritário, dominador e impossibilitado de demonstrar sentimentos e fraquezas; já o feminino dita que a mulher deve ser passiva, submissa, fraca, obediente às vontades do homem. Dessa forma, parece lógico que a mulher considere “natural” conviver com a relação violenta, já que “todo homem é assim mesmo”.

O rompimento deste ciclo pela mulher não é fácil; por isso, temos que compreender que é factível que ela rompa e retorne ao ciclo por várias vezes. Nesse

contexto, cabe aos profissionais de saúde apoiá-la sempre que isso ocorrer, sem julgá-las por este retorno, acolhendo-a e compreendendo sua ambiguidade.

Os resultados desse estudo nos permitem sinalizar para o momento mais propício para que o profissional de saúde atue durante a convivência da mulher no ciclo da violência. É quando ocorre a agressão máxima, denominada por Walker (1999) de Tensão Máxima; nesse momento, a violência traz consequências à sua saúde corporal; quando ocorre violência física e sexual, fazendo com que procurem por assistência de saúde. Se o profissional não acolhe esta mulher, permitindo que ela fale sobre a agressão, se não está capacitado para investigar se esses agravos físicos são decorrentes de violência e ainda revitimizam a mulher, durante seu atendimento, por meio de julgamentos indevidos, perde a oportunidade de apoiá-la no sentido de romper com o Ciclo da Violência, limitando-se aos cuidados dos agravos físicos. Dessa forma, estará reafirmando a cultura de que a mulher deve suportar a dominação masculina e, conseqüentemente, a situação de violência perpetrada pelo homem.

Naturalmente que não se espera que o profissional de saúde tenha condições de, rapidamente, retirar a mulher da situação de violência conjugal, pois esse é um movimento que envolve uma multiplicidade de fatores complexos, inerentes à condição humana. Entretanto, é possível afirmar que esse rompimento pode ser facilitado, encorajado, desde que, para tanto, haja apoio social e legal. É nesse momento que ganha importância a figura do profissional de saúde, pelas suas grandes possibilidades, no ato de cuidar, de transcender a esfera física do atendimento, atuando como instrumento social, apoiando e orientando essa mulher.

Em síntese, concluímos que as ações possíveis de serem realizadas pelo profissional de saúde, em seu atendimento, no período em que a mulher ainda convive com o agressor, envolvem o acolhimento, o encorajamento para que fale sobre a violência, ouvindo-a por meio de escuta atenta, a investigação de sinais de lesões físicas e sexuais, a notificação em formulário próprio do SINAN e orientação quanto aos dispositivos sociais (centros de referência municipais e estaduais da mulher, organizações da sociedade civil e governamentais) e legais (DEAM e Lei Maria da Penha) que contribuem para que possa ser fortalecida em sua decisão de sair do movimento cíclico da violência doméstica. É importante também fazer um acompanhamento mais próximo dessa mulher por meio de consultas, com curtos intervalos de tempo entre as mesmas. Qualquer profissional de saúde, atuando em

qualquer instituição, principalmente aqueles que realizam atendimento primário nas UBS e na Estratégia de Saúde da Família, deve estar capacitado para atender essas mulheres, pois todos estão suscetíveis a atendê-las.

Além da atenção qualificada de enfermagem para a mulher vítima de violência, precisamos retomar a questão da atuação do enfermeiro na prevenção da violência. Sobre este aspecto, acreditamos que a proposta seria iniciar precocemente a sensibilização de mulheres e meninas para esta situação junto a Estratégia de Saúde da Família por meio das escolas, igrejas, e outros locais públicos, através de atividades de educação em saúde.

Além da atenção qualificada de enfermagem para a mulher vítima de violência, precisamos retomar a questão da atuação do enfermeiro na prevenção da violência. Sobre este aspecto, acreditamos que a proposta seria iniciar precocemente a sensibilização de mulheres e meninas para esta situação junto a Estratégia de Saúde da Família por meio das escolas, igrejas, e outros locais públicos, através de atividades de educação em saúde.

O presente estudo evidenciou que, quando a mulher rompe com a situação de violência, as “marcas” permanecem. São sequelas físicas e emocionais decorrentes das agressões sofridas, que afetam, sobremaneira, sua saúde.

Considerando essas “marcas” e nossa experiência enquanto enfermeiros junto às mulheres abrigadas, consideramos imprescindível a figura do profissional de saúde após o rompimento com o ciclo da violência no sentido de atenuar, tratar e reparar os danos decorrentes da violência conjugal. Por essa razão, apoiamos a presença do enfermeiro em abrigos desta natureza para amparar as mulheres que se encontram, neste espaço, principalmente no que se refere à sua saúde física e sexual.

Para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, consigam prestar assistência à mulher vítima de violência, extrapolando sua dimensão biológica para uma dimensão cultural e social de gênero, é necessário que o tema seja incluído no conteúdo das grades curriculares dos níveis superiores das escolas de saúde, abordando não somente o tratamento das lesões, mas, sobretudo, buscando compreender as construções culturais e sociais que estão inseridas nessa situação. Além disso, professores, estudantes e profissionais já atuantes devem se manter informados quanto aos dispositivos sociais e legais de amparo à mulher para melhor orientá-la.

Quanto ao amparo legal que as mulheres receberam, podemos dizer que as leis e normas brasileiras escritas estão em dissonância com aquelas efetivamente cumpridas, principalmente no que diz respeito à execução da Lei Maria da Penha, a lei brasileira que visa a prevenção e o combate à violência contra a mulher.

Afirmamos que sua execução tem estado restrita à aplicação de medidas de emergência à mulher, encaminhando-a para abrigos. Quanto à punição do agressor, percebemos que nada tem sido realizado; não recebem nenhuma penalidade pelos seus atos violentos, permanecendo em seus domicílios, livres, enquanto as mulheres ficam confinadas nos abrigos, sem perspectivas de retomar os rumos de suas vidas. É fundamental que o poder judiciário se sensibilize para essas omissões, criando mecanismos que possibilitem o cumprimento integral da lei.

As casas abrigos, como o CEVAM, que acolhem essas mulheres, precisam, urgentemente, de apoio da sociedade e do governo para conseguirem fazer mais pelas vítimas da violência. Elas têm sido responsáveis pela execução de boa parte daquilo que é falho na lei, sem possuírem condições estruturais e financeiras para tal, daí a origem das críticas das mulheres abrigadas. Entretanto, cabe pontuar que suas reivindicações não se inserem na esfera de responsabilidade do CEVAM, mas de todo o judiciário. Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas, o CEVAM continua tentando fazer o melhor para apoiar essas mulheres.

Percebemos que o desenvolvimento desta investigação possibilitou, às mulheres participantes, um resgate de esperanças quanto a uma maior atuação da Saúde no sentido de apoiá-las, contribuindo com sua saúde, valorizando-as e não as recriminando pela violência sofrida.

Não podemos deixar de mencionar a contribuição das imagens fotográficas para a construção dos resultados. As fotografias nos permitiram uma imersão mais profunda na análise dos dados para alcançarmos os objetivos propostos para esse estudo. Portanto, incentivamos uma maior utilização de imagens fotográficas nos estudos pelos pesquisadores, pois as imagens contribuem, sobremaneira, para a captação da percepção dos participantes de uma investigação.

Este trabalho contribuiu com os profissionais de saúde e a população em geral no movimento de desnaturalizar e tornar ilegítima a cultura da permissão da violência doméstica contra a mulher. Assim, contribuiu também para formação de atores sociais capazes de atuarem no enfrentamento da violência conjugal. Enfrentar a violência contra a mulher implica na rediscussão de valores

comportamentais, construídos em nossa sociedade, sobre papéis de homens e de mulheres; implica ainda na redefinição de nossa cultura, nossa educação, na forma como pensamos a sociedade e de que modo a desejamos.

Concluimos que esse trabalho contribui ainda conosco, nos mostrando caminhos para nossas inquietações; com as participantes do estudo, reconstruindo suas esperanças e expectativas quanto ao atendimento dos profissionais de saúde; com as instituições governamentais e legais responsáveis por amparar legalmente a vítima de violência conjugal, mostrando as falhas na execução das leis e a necessidade de reverter essa realidade; com os profissionais de saúde, indicando como prestar um atendimento adequado e integral às mulheres vítimas de violência conjugal. Contribui também para a desconstrução e construção de políticas públicas direcionadas à prevenção da violência contra a mulher, divulgando os dispositivos sociais existentes no município de Goiânia e as estatísticas da situação de violência contra a mulher no estado de Goiás. De modo geral, ressaltamos ainda a importante contribuição a todos aqueles interessados nessa temática.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
- Audi CAF, Corrêa MAS, Santiago SM, Andrade MGG, Escamila, RP. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(5): 877-885.
- Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem, som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70. 1979.
- Beauvoir S. O Segundo Sexo. 1st ed. Lisboa: Edição Bertrand; 1997.
- Benedict R. Padrões de Cultura. Lisboa: Livros do Brasil; 2005.
- Berger SMD, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface*. 2011, 15(37):391-405.
- Berquo E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: Novais FA, Schwarcz LM, editors. História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras; 1998. p.411-38.
- Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e métodos. 1ª ed. Porto: Editora Porto; 1994.
- Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010; 14(1): 97-104.
- Borsa JC. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade. 2007; (02): 310-21.
- Bourdieu P. O poder simbólico. 3st ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
- Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(1): 97-104.
- Butler JP. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2003.
- Caldas AG. Psicologia evolucionista e violência doméstica contra a criança. Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UERJ; 2008. 123p.
- Caldeira C. Voto Feminino. Espaço Aberto. 2002; (25): 21-28.
- Calligaris, C. Eu sou atriz pornô e daí? Folha de S. Paulo. São Paulo, 29 de jul., 2010.
- Camacho KG, Vargens OMC, Progiante JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. Rev. enferm. 2010; 18(1):32-37.
- Carvalho IMM, Almeida PH. Família e proteção social. São Paulo Perspec. 2003. 17(2).
- Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Atos das disposições constitucionais. Brasília (Brasil): 1988.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10.224, de 15 de maio de 2001. Dispõe sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Brasília (Brasil): 2001.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade. Brasília (Brasil): 2002.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10.714, de 13 de agosto de 2003. Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. Brasília (Brasil): 2003.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (Brasil): 2003.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº10.886, de 17 de junho de 2004. Cria no Código Penal um tipo especial denominado Violência Doméstica. Brasília (Brasil): 2004.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº11.340 (Lei Maria da Penha), de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (Brasil): 2006.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. Brasília (Brasil): 2008.

Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília (Brasil): 2010.

Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulher: uma reflexão teórica. Rev Lat Am Enfermagem. 2006; 14(6): 950-6.

Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica. 2006;22(1):31-39.

Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 2006.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R. (Org) Perspectivas antropológicas da mulher n.4, Rio de Janeiro: Zahar, 1985. 23-62.

Chaul N. A construção de Goiânia e a transferência da capital. 2. ed. Goiânia: Ed. UFG, 1999.

Convenção de Belém do Pará. Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Belém/PA (Brasil): Comissão Interamericana de Direitos Humanos; 1994.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (Brasil): COFEN; 2000.

Costa N, Sierra JC, Bermúdez MP, Buena-Casal G. Comparación entre mujeres blancas y negras víctimas de la violencia de pareja en el nordeste de Brasil. Rev. colomb. psicol. 2009; 18(2):135-143.

- Cruz RM. Negligência contra crianças e adolescentes. *Revista da Associação Brasileira dos Magistrados da Infância e da Juventude*. 2004; 2(2):79-115.
- Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr*. 2003; 25 (suplemento 1):9-21.
- Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(1):129-137.
- Diniz NMF, Lopes RLM, Gesteira SMA, Alves SLB, Gomes NP. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(2): 81-8.
- Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. 2002; 115: 139-154.
- Falcke D, Oliveira DZ, Rosa LW, Bentancur M. Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*. 2009; 2(2): 81-90.
- Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*. [Internet]. 2004 [cited 2011 fev 10]; 12(1): 47-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>.
- Ferreira GB. *La mujer maltratada: un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. 2nd. Buenos Aires: Sudamericana; 1994.
- Fonseca RMGS, Guedes, RN. Violência Doméstica: um olhar de gênero. Mesa Redonda na 63ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2011 julho 10-15; Goiânia. Brasil. 2011.
- Fonseca RMGS. Gênero e Saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ (Org). *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole, 2007, p. 30-61.
- Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(6):974-980.
- FNEDH - Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Protegendo as mulheres da violência doméstica*. Brasília (Brasil): FNEDH; 2008. 164p.
- Freyre G. *Casa-Grande e Senzala*. 25st ed. Rio de Janeiro: Olymppio; 1987.
- Freitas JDA. Do gênero do discurso ao discurso de gênero: uma análise de - Um Cordel para Eliza. In: *Anais do VII Congresso Internacional da Abralín* [Internet]; 2011; Curitiba, Brasil. 2011 [cited 2011 out 31]. Available from: http://www.abralin.org/abralin11_cdrom/artigos/James_Freitas.PDF
- Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(11):2551-2563.
- Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989.

Goldani AM. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2002; 19(1): 29-48.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 27th ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadora. *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Granja E, Medrado B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. *Psicol. soc.* 2009;21(1):25-34.

Guedes RN. *Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero*. João Pessoa, 2006. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2009;13(3):625-631.

Higa R, Mondaca ADCA, Reis MJ, Lopes MHBM. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm*. [Internet]. 2008 [cited 2009 jun 26]; 42(2): 377-82. Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados: Goiás - IBGE Censo 2010 [Internet]. 2010 [cited 2011 out 12]; Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=52

Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm*. 2001;XIX(1):38-45.

Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD'A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4).

Junqueira, MFR, Campos PHF. A representação social da violência doméstica. *Estudos Goiânia*. 2009; 36(1/2): 191-208.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(3):1943-1952.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(5): 695-701.

Leão I, Lapa T, Amoroso T. Brasil: violência contra a mulher e tecnologia de informação e comunicação. *Asociación para el Progreso de las Comunicaciones (APC)*, 2009.

Machado LZ. Masculinidades e Violências. *Gênero e Mal-Estar na Sociedade Contemporânea. Série Antropologia*. 2001; 290:33.

Malta DC, Lemos MAS, Silva MMA, Rodrigues EMS, Carvalho CG, Moraes-Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007; 16(1): 45-55.

Manbrini V., a definição [Internet]. São Paulo: Marcha das Vadias pretende reunir 2.500 em SP; 2011 jun 06 [cited 2011 out 31]. Available from: <http://delas.ig.com.br/comportamento/marcha+das+vadias+pretende+reunir+2500+em+sp/n1596999822933.html>

Mattar R, Abrahão AR, Andalaft Neto J, Colas OR, Schroeder I, Machado SJR, Mancini S, Vieira BA, Bertolani GBM. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):459-464.

Mead, M. Macho e fêmea. Rio de Janeiro: Vozes; 1971.

Mead, M. Sexo e temperamento. São Paulo: Perspectiva; 1969.

Medeiros M. Olhando a lua pelo mundo da rua: representações sociais da experiência de vida de meninos em situação de rua [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 1999. 171p.

Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Roza MD, Rotermund J, Brito S, Korndorfer C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(4): 955-963.

Meneghel SN, Iñiguez L. Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1815-1824.

Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*. 1998; IV(3): 513-531.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ*. 1994; 10(1): 07-18.

Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras. Saude Mater. Infant*. 2001; 1:91-102.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7st ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2000.

Minayo MCS, organizadora. Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, criatividade e método. 27st ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2008.

Minayo MCS, Assis SG, Njaine K. organizador. Amor e Violência. São Paulo: Editora Fiocruz; 2011.

MS - Ministério da Saúde. Violência contra a Criança e o Adolescente. Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1993.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

MS - Ministério da Saúde. Portaria número 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005. Brasília (Brasil): 2011.

Monteiro CFS, Souza IE. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto Contexto Enfermagem. [Internet]. 2007 [cited 2009 jun 26]; 16(1): 26-31. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71416103>.

Moura ERF, Franco ES, Fraga MNO, Damasceno MMC. Produção Científica em Saúde da Mulher na Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil 1993-2002. Ciencia Y Enfermeria. [Internet]. 2005 [cited 2009 set 11]; 11(2): 59-70. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532005000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

Okabe I, Fonseca RMGS. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 453-8.

Oliveira NS, Medeiros M. Histórias de Vida de Meninas com Experiência Progressiva nas Ruas: Perspectivas do Processo de Inclusão Social. Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 2006 [cited 2009 mai 26]; 8(1): 119–127. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_15.htm.

Oliveira DC, Souza L. Gênero e violência conjugal concepções de psicólogos. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2006; (6): 34-50.

Oliveira EM. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. Cad Saude Publica. 2007;23(2):455-458.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e da violência doméstica contra a mulher. Suíça: OMS; 2005.

Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2011;27(4):701-713.

Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. 2011;20(1):124-135.

Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. Rev. psiquiatr. clín. 2010;37(5):216-222.

Pinnelli A. Gênero e família nos países desenvolvidos. In: Pinnelli A, org. Gênero nos estudos de população. Campinas: ABEP, 2004. p. 55-98.

Platão. A República. 7 ed. São Paulo: Atena, 1959.

Plou D, Vieira V. Mulher e Tecnologias – a virtualidade como espaço transformador das relações de gênero. São Paulo. Rede Mulher de Educação. 2007.

Rodrigues C. Butler e a desconstrução do gênero. Rev. Estud. Fem. 2005; 13(1): 179-183.

Roure GQ. Vidas silenciadas: a violência com crianças e adolescentes. 1st ed. Campinas: Editora da UNICAMP; 1996.

Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu. 2001; (16): 115-136.

Saffioti HIB. Violência de gênero no Brasil atual. Revista de Estudos Feministas, Número especial, 1994. P 443-461.

Sahlins M. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: porque a cultura não é um objeto em via de extinção. Mana. 1997; 3(1).

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2007 [cited 2009 jun 26]; 41(3): 472-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000300021&lng=en&nrm=iso.

Santos AG, Nery IS, Rodrigues DC, Melo AS. Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI. Rev. Rene. 2010; 11(n.esp): 109-116.

Sarti CA, Barbosa RC, Suarez MM. Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 16(2): 167-183, 2006.

Schraiber LB, D'Oliveira APLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comun, Saude Educ. [Internet]. 1999 [cited 2009 mai 26]; 3(5): 11-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432831999000200003&script=sci_arttext&tlng=pt.

Schraiber LB, D'Oliveira APLP, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2009 mai 26]; 40: 112-120. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf> 07/03/10

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5): 797-807.

Schraiber LB, D'Oliveira APL, França Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. Revista de Saúde Pública. 2008; 42: 127-137.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1995; 20(2): 71-99.

Silva GRF, Macedo KNF, Rebouças CBA, Souza AMA. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. Online Braz j nurs. 2006; 5(2).

Sorj B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: Araújo C, Scalon C, orgs. Gênero, família e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1): 59-70, 2005.

Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher - Norma Técnica de Padronização. Brasília (Brasil): Ministério da Justiça; 2006.

Tuesta AJA. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde Dissertação [Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz; 1997. 151p.

Tylor E. A Ciência da Cultura. In: Castro C. Evolucionismo Cultural. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2005.

Venturi G, Recaman M, Oliveira S, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.

Vertamatti MAF, Souza JVL, Vieira S, Ohata AP, Sancovski M, Abreu LC, *et al.* Parto cesárea em gravidez decorrente de estupro. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2): 327-331.

Viezzer ML, Moreira T, Grondin LMV. Nosso plano em ação: conhecendo, divulgando, aplicando o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Paraná: Instituto de Comunicação Solidária, 2009.

Walker L. The Battered Woman Syndrome. New York: Harper and Row; 1999.

Zanelatto PF. Significados de violência na infância por profissionais da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2010. 185p.

APÊNDICE

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa que está sendo desenvolvida pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, nível Mestrado, intitulada “COMPREENDENDO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: SIGNIFICADOS SEGUNDO MULHERES VÍTIMAS DE AGRESSÃO”, com a orientação do Prof. Dr. Marcelo Medeiros. Meu nome é Leonora Rezende Pacheco, sou enfermeira e pesquisadora responsável.

Após ler atentamente este documento e ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de concordar em participar do estudo, deverá assinar ao final deste documento que está em duas vias, uma delas será sua. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma, nem tampouco perderá quaisquer possibilidade de permanecer na instituição.

Com vistas a oferecer contribuições para o estabelecimento de ações e/ou políticas de atendimento em saúde à mulher vítima de violência doméstica, estabelecemos para este estudo os seguintes objetivos: Compreender os significados de violência doméstica na perspectiva de mulheres que vivenciaram agressão e que estão abrigadas em uma instituição não-governamental; Analisar o significado de saúde para mulheres vítimas de agressão e que estejam abrigadas em uma instituição não-governamental; Identificar os fatores que contribuem para as mulheres abrigadas em uma instituição não-governamental e vítima de violência doméstica para romper com a situação (original) de violência.

A sua participação na pesquisa ocorrerá em dois momentos, no primeiro momento será realizada uma entrevista individual com você na ONG e esta será gravada em equipamento digital. Posteriormente a gravação será escrita para compreender os objetivos do estudo que falamos acima. Nesse momento não haverá nenhuma identificação de que foi você quem nos forneceu a entrevista. Utilizaremos um símbolo apenas para diferenciar as entrevistas. Poderei usar partes de sua fala, sem sua identificação, ao escrever a redação da dissertação e/ou para publicação dos resultados. Depois desta conversa, no segundo momento, lhe será oferecida uma câmara fotográfica descartável para ficar com você por três dias. Nesse tempo espero que faça fotografias que nos indique o que é a violência para você. A câmara deverá ser devolvida mesmo que nenhuma fotografia seja feita. As fotografias, após a revelação, lhe serão apresentadas, quando pedirei que conte-me sobre cada uma. Caso inclua alguma na redação do meu trabalho (dissertação de mestrado) providenciarei as alterações das faces (se houver pessoas) de modo que possam garantir o anonimato e o sigilo da informação. Após providenciar as cópias, o filme da câmara será destruído.

A sua participação na pesquisa não se reverterá em benefícios financeiros e você terá risco de desenvolver emoções fortes no transcorrer das entrevistas, caso isso ocorra, reforçaremos a participação no serviço de psicologia que já é disponibilizado às mulheres na própria ONG, ou ainda se necessário, será encaminhada para assistência imediata a este serviço.

A sua participação muito contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre o significado da vivência da violência doméstica por mulheres, sendo esta informação muito importante para colaborar para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem, e dos demais profissionais de saúde à mulher vítima de agressão.

Os dados obtidos terão finalidade acadêmica com o desenvolvimento de uma Dissertação de Mestrado e publicação dos resultados em eventos e revistas científicas.

Você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Caso não queira participar da pesquisa, ou suspender sua participação, poderá fazê-lo a qualquer momento sem nenhum prejuízo ao seu atendimento nesta instituição.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, a qual pode ser encontrada pelo telefone: Leonora Rezende Pacheco - 9090 (62) 84176452.

Caso de dúvidas ligar/ procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas (HC), localizado na 1ª Avenida, s/n - Setor Leste Universitário - Goiânia - Goiás - CEP: 74.605-020. Telefone: (62) 3269.8497

De acordo com a lei 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas, envolvendo seres humanos é que solicitamos sua assinatura que representará estar de acordo em participar da pesquisa.

Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação Resolução CNS N. 196/96

Desde já agradeço, e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Leonora Rezende Pacheco - Pesquisadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DE PESQUISA

Eu, _____

RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **COMPREENDENDO A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: SIGNIFICADOS SEGUNDO MULHERES VÍTIMAS DE AGRESSÃO**, como informante (sujeito da pesquisa).

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora *Leonora Rezende Pacheco* sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência, bem como a segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionado com a minha privacidade. Foi-me garantido que posso esclarecer dúvidas a qualquer momento, mediante ligações à cobrar para a pesquisadora responsável e que no caso de sentir-me lesada posso procurar pelos meus direitos.

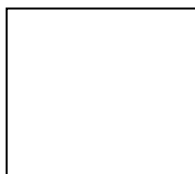
Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Local e data: _____

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Assinatura Dactiloscópica:



Leonora Rezende Pacheco – Pesquisadora Responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 182/2010

Goiânia, 02/12/2010

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Enfª. Leonora Rezende Pacheco*


ORIENTADOR: *Profª. Marcelo Medeiros*

TÍTULO: "Compreendendo a violência doméstica: significados segundo mulheres vítimas de agressão."

Área Temática: Grupo III

Local de realização: Centro de Valorização da Mulher Consuelo Nasser – CEVAM

- Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa **analisou** e **aprovou** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.
- Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.
- O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).
- O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG