



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PAULA DOS SANTOS PEREIRA

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
percepções sobre a perpetuação da violência em
suas vidas**

**Goiânia
2017**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Paula dos Santos Pereira

Título do trabalho: Mulheres em situação de violência: percepções sobre a perpetuação da violência em suas vidas.

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Paula dos Santos Pereira
Assinatura do (a) autor (a)

Data: 27 / 03 / 2017

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

PAULA DOS SANTOS PEREIRA

**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA:
percepções sobre a perpetuação da violência
em suas vidas**

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás
para obtenção do Título Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

Linha de Pesquisa: Aspectos Nutricionais, Educacionais e Socioculturais da
Saúde Humana

**Goiânia
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

PEREIRA, Paula dos Santos

Mulheres em situação de violência: percepções sobre a perpetuação da violência em suas vidas [manuscrito] / Paula dos Santos Pereira. – 2017.

95 f. : figs., quadros.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros.

Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia, 2017.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras e quadros.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Relações entre gerações. 4. Rede/serviços de saúde. I. Medeiros, Marcelo, orient. II. Título.

CDU 614

Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado realizada por **Paula dos Santos Pereira**. Aos treze dias do mês março de 2017, às 14:00 horas, reuniu-se no **Auditório da FEN/UFG**, a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "**Mulheres em situação de violência: percepções sobre a perpetuação da violência em suas vidas**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Mestre**, área de concentração **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**. O Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Marcelo Medeiros**, iniciando os trabalhos concedeu à palavra a candidata, para exposição em até **50** minutos do seu trabalho. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se a mesma igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada(o) ou reprovada(o).

Banca Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Prof. Dr. Marcelo Medeiros - Presidente
Profa. Dra. Márcia Maria de Souza – Membro
Prof. Dr. Mary Lopes Reis – Membro
Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Suplente

Aprovada
Aprovada
Aprovada

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata **Paula dos Santos Pereira** Habilitada () Não habilitada. Nada mais havendo a tratar, eu, **Prof. Dr. Marcelo Medeiros**, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Assinatura:

Prof. Dr. Marcelo Medeiros - Presidente
Profa. Dra. Márcia Maria de Souza – Membro
Prof. Dr. Mary Lopes Reis – Membro
Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Suplente

Marcelo Medeiros
Marcia
Mary

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

sem alterações no título anteriormente

Paula dos Santos Pereira
Paula dos Santos Pereira

Dedico este trabalho a todas as mulheres que, em seu cotidiano, infelizmente, convivem ou conviverão com a violência, ainda tendo de lutar por respeito e dignidade.

AGRADECIMENTOS

Durante todo o processo deste trabalho, muitos foram aqueles que, de forma direta ou indireta, fizeram parte da caminhada. São muitos aqueles que em pensamentos e palavras fizeram parte de tudo isto e sou extremamente grata por cada demonstração de carinho e atenção.

Primeiramente, agradeço a Deus por me dar saúde e sabedoria para seguir com minhas escolhas e permitir que consiga trabalhar por aquilo em que acredito.

Agradeço também

Aos meus pais, Regina e José, meus grandes motivadores na vida, que sempre me ensinaram a buscar e a lutar pelos meus sonhos, me mostrando a importância de sempre aprender mais. Obrigada pelo carinho, amor e respeito que sempre me deram.

À minha irmã, Natália, minha companheira de sempre, que apesar da distância se faz presente em minha vida, principalmente nos momentos de maior dificuldade e de alegria.

Ao meu esposo, Túlio, pelo incentivo, pela paciência e parceria em caminhar ao meu lado em mais um trabalho, sendo compreensivo e companheiro nos momentos de cansaço e exaustão.

Ao meu filho, José Marcos, que mesmo tão pequeno já fez parte deste importante momento de minha vida, sendo um motivador para que eu seja um exemplo para ele.

Ao meu orientador, Marcelo Medeiros, por me dar a oportunidade de realizar este trabalho e por me ensinar muito, sendo meu orientador e guia, sempre me dando exemplo de excelente profissional e professor, querido e sábio em suas palavras.

À Secretaria de Saúde de Aparecida de Goiânia, por me permitir usar seu espaço e informações a respeito de um tema tão importante e significativo. Em especial, à equipe do Programa de Prevenção às Violências

e Promoção de Saúde, Danilo, Lígia, Keffen e Jaqueline, profissionais competentes que me acompanharam neste processo de aprendizagem.

Aos meus amigos e colegas do Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE), os quais, por muitas vezes, me orientaram e guiaram na execução de atividades, proporcionaram momentos de alegria, ensinamento, discussões e amizade.

Às minhas amigas da graduação, que até hoje se fazem presentes em minha vida e têm me ajudado em muitos momentos de dúvida e de aprendizagem. Em especial, à Paolla, minha amiga e conhecedora do tema violência, que me ensinou e ajudou na construção desta pesquisa.

À banca examinadora, tanto os da etapa da Qualificação quanto no momento da defesa final, Profas. Dras. Nilce Maria da Silva Campos Costa, Márcia Maria de Souza, Mary Lopes Reis e Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

À revisora Suzana Oellers, que com seu trabalho e competência me auxiliou na finalização desta dissertação e ainda foi um apoio para os momentos finais deste processo.

Agradeço a todas as mulheres que, por meio de seu sofrimento e luta, me permitiram aprender e compreender mais e melhor sobre este fenômeno.

Enfim, quero agradecer por mais esta etapa em minha vida profissional e pessoal. Um momento de muito aprendizado, que deixa sua marca em minha trajetória.

SUMÁRIO

FIGURAS E QUADROS	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
APRESENTAÇÃO	12
1. DELIMITANDO O OBJETO DE PESQUISA	15
1.1 Aproximação ao tema	15
1.2 Objetivos do estudo	22
2. CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	23
2.1 A violência contra a mulher	23
2.2 Gênero	28
2.3 A aprendizagem social e a intergeracionalidade do comportamento violento	30
2.4 O apoio e o atendimento à mulher em situação de violência	34
2.5 Pressupostos do estudo	39
3. METODOLOGIA	41
3.1 Referencial teórico-metodológico	41
3.2 Campo de estudo	41
3.3 Trabalho de campo	43
3.3.1 Análise dos dados	45
3.3.2 Preceitos éticos	47
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 Caracterização das participantes	49
4.2 O contexto familiar na infância	51
4.3 A intergeracionalidade do comportamento violento	55
4.3.1 Violência por parceiros íntimos – a perduração da violência contra a mulher.....	56
4.3.2. Os filhos diante da violência – a manutenção da intergeracionalidade	60
4.4 As expectativas futuras.....	64

4.5 O contexto da rede de atenção à violência contra a mulher	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	87
ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética	87
ANEXO 2. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	91
APÊNDICES	92
APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
APÊNDICE 2. Roteiro de Entrevista Semiestruturado	94

FIGURAS E QUADROS

Figura 1.	Número de notificações de casos de violência contra mulheres de 20 a 59 anos em Aparecida de Goiânia de 2013 a 2016..	20
Quadro 1.	Tipos de violência segundo a Lei Maria da Penha.	26
Quadro 2.	Características sociodemográficas das participantes.	50
Figura 2.	Esquema representativo da intergeracionalidade da violência na vida das participantes.	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BO: Boletim de Ocorrência

CAIS: Centro de Atenção Integral à Saúde

DEAM: Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

SciELO: Scientific Electronic Library Online

SIM: Sistema de Informação de Mortalidade

SUS: Sistema Único de Saúde

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

VPI: Violência entre Parceiros Íntimos

PEREIRA, Paula dos Santos. *Mulheres em situação de violência: percepções sobre a perpetuação da violência em suas vidas*. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)—Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

A violência na vida da mulher pode se iniciar desde a sua infância, perpetuando-se em sua vida adulta. Isso denota que tais experiências tendem a ser transmitidas intergeracionalmente, comprometendo todo o cenário familiar. Esta pesquisa teve como objetivos compreender a intergeracionalidade do comportamento violento na vida de mulheres vítimas de violência e identificar suas percepções sobre a atuação do profissional de saúde no contexto de seu atendimento. Foi realizada uma pesquisa social estratégica de abordagem qualitativa, tendo como campo de estudo o Serviço de Psicologia do Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, GO. Participaram da pesquisa dez mulheres adultas que estiveram ou estão em situação de violência. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada e, após a transcrição, analisados por meio de análise de conteúdo modalidade temática. A partir disso, emergiram quatro categorias: “o contexto familiar da infância”, “a intergeracionalidade do comportamento violento”, “as expectativas futuras” e “o contexto da rede de atenção à violência contra a mulher”. Os resultados mostraram que a violência está presente na vida dessas mulheres desde a sua infância, que elas identificam a influência deste fenômeno em suas relações afetivas e na vida de seus filhos, comprometendo também suas vidas futuras, e que os serviços de saúde não foram percebidos como locais de apoio às vítimas, mostrando a necessidade de mudanças nas condutas diante destes casos. Conclui-se que a violência contra a mulher gera consequências a curto, médio e longo prazos e que se trata de comportamento que pode ser transmitido para as demais gerações por meio do processo de aprendizagem. Já a atuação dos profissionais da saúde foi percebida como deficitária, não sendo uma referência de apoio às vítimas. Com base nos resultados desta pesquisa, sugerem-se intervenções nas famílias das vítimas, maior divulgação de informações e capacitações sobre o tema para os profissionais da rede e inserção da temática violência em grades curriculares.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Violência doméstica. Relações entre gerações. Rede/serviços de saúde.

PEREIRA, Paula dos Santos. *Women in situation of violence: perceptions about perpetuation of violence in their lives*. 2017. 95 f. Dissertation (Master's in Health Sciences)–Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

Violence in women's lives can start in their childhood and perpetuate in adulthood. This indicates that such experiences tend to be transmitted intergenerationally, compromising family structure. This research aimed to understand intergenerational violent behavior in the lives of female victims of violence and to identify their perceptions about the performance of healthcare professionals in the context of their care. A qualitative strategic social research was carried out in the Psychology Service of the Program for Prevention of Violence and Health Promotion, of the Epidemiological Surveillance Control of the Municipal Health Department of Aparecida de Goiânia, GO. Data were collected using a recorded semi-structured interview with ten adult women who are or were in situation of violence and analyzed after transcription using content analysis based on themes. As a result of this process, four categories emerged: "family context of childhood", "intergenerational violent behavior", "future expectations", and "the context of the net of attention to violence against women". The results showed that violence has been present in these women's lives since their childhood, that they identify the influence of this phenomenon on their affective relationships and on their children's lives, which compromises their future lives, and that healthcare services were not perceived as places to support victims, showing the need for changes in the conduction of these cases. It was possible to conclude that violence against women has short-, medium-, and long-term consequences and that this behavior may be transmitted to future generations through a learning process. The performance of healthcare professionals was perceived as deficient, and therefore it is not a reference of support for the victims. Based on the results of this study, we suggest interventions in the victims' families, broader diffusion of information and qualification on the theme to healthcare professionals and inclusion of the theme violence in college syllabi.

Keywords: Violence against women. Domestic violence. Relationships across generations. Healthcare system.

Como psicóloga de um ambulatório de atendimento a vítimas de violência há três anos, observo no cotidiano do consultório a relação entre violência e saúde. Nesse serviço, realizo atendimento a vítimas de violência de diferentes idades, sendo as mulheres a principal população em acompanhamento. Diante desta experiência, foi possível observar que a maior parte das mulheres vítimas de agressões apresenta quadros de depressão, baixa auto-estima, desmotivação e ideações suicidas, todos associados à realidade vivida, o que compromete toda a sua vida, incluindo seus planos e expectativas futuras.

Entretanto, apesar de tal condição, algumas delas mantêm suas relações afetivas diante da crença de que não podem ser desfeitas, visto que em suas histórias de vida a violência já estava presente no relacionamento de seus responsáveis, o que as leva a crer que tal condição faz parte das relações íntimas. Ademais, a maior parte delas não desenvolveu formas de enfrentar e lidar com a violência, gerando em suas vidas comportamentos que as colocam como “eternas” vítimas dessas relações.

Estar inserida em um ambulatório de atendimento às vítimas de violência me levou a conhecer e a reconhecer a dimensão deste tema em relação à saúde pública, vivenciando em meu cotidiano laboral a importância da prevenção e do apoio às vítimas, percebendo as consequências deste fenômeno e as possibilidades de atuação neste campo. Os atendimentos às mulheres, especificamente, também trouxeram outras percepções, além dos aspectos psíquicos presentes nestes indivíduos, como tristeza, baixa auto-estima, desesperança, desmotivação, ansiedade e outros. Assim, comecei a observar com mais afinco a história de vida delas e seus comportamentos atuais diante de seus filhos, além de constatar, com mais precisão, qual é o papel da saúde na vida dessas mulheres agredidas.

Com o tempo de vivência com essas mulheres por meio dos atendimentos, ouvindo suas queixas e histórias, percebi que a maior parte

delas já vivenciava a violência desde a infância, seja vendo suas mães sendo violentadas, seja sendo vítimas diretas de violência por parte de seus pais.

A minha conduta clínica nos atendimentos se baseia na teoria da análise do comportamento, abordagem psicológica que visa compreender o indivíduo a partir de sua interação com o ambiente, sendo este tudo aquilo que interage com o sujeito, incluindo as coisas materiais, a sociedade e a sua individualidade. Seguir essa abordagem em meus atendimentos me levou a ter um olhar diferenciado sobre essas mulheres e a violência, e surgiram questionamentos sobre a influência do ambiente na persistência dos eventos violentos na vida delas.

Outro fator percebido nesses acompanhamentos foi a função dos serviços de saúde na vida das vítimas. Por trabalhar na área da saúde, reconheço a importância deste setor em relação à violência. Conheço as portarias que nos guiam a atuar de forma integral e igualitária diante de qualquer fato que comprometa a saúde, sendo nosso dever apoiar, acolher e tratar vítimas de violência.

Com base nessa experiência profissional, iniciei meus estudos e minha busca por compreender melhor o fenômeno da violência e de que maneira o ambiente pode influenciar a persistência deste fenômeno na vida de algumas pessoas. Também percebi a necessidade de compreender como os serviços de saúde eram vistos pelas vítimas. A partir dessa necessidade, iniciei este trabalho com o intuito de focar em aspectos da história e seguindo até o momento atual, analisando as expectativas de mulheres vítimas de violência e o papel dos serviços de saúde para elas, como forma de observar de que maneira se dá a atuação de profissionais diante da violência.

Conhecer as percepções do caráter histórico da violência na vida de uma mulher pode permitir o desenvolvimento de ações focadas na prevenção e atenção à vítima. A partir disso, torna-se possível elaborar programas para ampliar as ações voltadas para as vítimas de violência, levando a uma conduta mais humana e acolhedora por parte dos profissionais da saúde.

Desse modo, esta dissertação está estruturada em cinco partes. Na primeira, são descritos a delimitação do tema, as questões e os objetivos do

estudo. Na segunda, é apresentado o referencial teórico que embasa e fundamenta a construção desta pesquisa. A terceira consiste na descrição da metodologia, expondo-se o referencial teórico metodológico, o campo de estudo e o trabalho de campo. Na quarta, são mostrados os resultados e os dados trabalhados são discutidos. Na quinta, são feitas as considerações finais deste estudo.

1. DELIMITANDO O OBJETO DE PESQUISA

1.1 Aproximação ao tema

Violência é um vocábulo de origem latina que vem da palavra *vis*, a qual significa força, se referindo ao uso de superioridade física sobre o outro (MINAYO; SOUZA, 2003). O fenômeno se refere à luta pelo poder e à busca por domínio. A violência reflete realidades diferentes, variando de acordo com épocas, culturas e circunstâncias, se aprimorando a cada tempo e tornando-se cada vez mais complexa e articulada (MINAYO; SOUZA, 2003).

A violência é um fenômeno social e historicamente determinado que atinge e acompanha a humanidade desde os seus primórdios, sendo uma manifestação social de grupos e indivíduos (DAHLBERG; KRUG, 2006; MINAYO, 2005). É uma herança comum a todas as classes sociais, culturas e sociedades, um fenômeno estrutural e intrínseco à civilização, que pertence à organização social e manifesta-se de diferentes maneiras (GOMES et al., 2007; VISENTIN et al., 2015). Dado que sofre influências de épocas, locais e realidades, a violência pode ser vista de distintas formas, dependendo da cultura local, o que pressupõe reflexão complexa, polissêmica e controversa (MINAYO; SOUZA, 2003; PACHECO, 2012).

Diante de suas importantes consequências nas dimensões física e psicológica, individual e coletiva, a violência também se tornou um problema na área da saúde. Assim sendo, surgiu a necessidade da criação de políticas e práticas para intervenções específicas e eficazes nesse setor (DAHLBERG; KRUG, 2006; GOMES et al., 2015; MINAYO, 2005; STÖCKL et al., 2013; VISENTIN et al., 2015; WHO, 2013).

Chauí (1985) afirmou que violência é como uma violação ou transgressão de normas, regras e leis, mas sob dois ângulos: de um lado, é uma conversão de diferenças e relações assimétricas que visa dominar, explorar e oprimir; de outro lado, é uma ação que não considera o ser humano

como sujeito, mas como uma coisa ou objeto. Portanto, a violência se configura como uma violação do direito e da liberdade de ser sujeito constituinte de sua própria história.

A violência de um modo geral pode ser entendida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou 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 e privação de liberdade (KRUG et al., 2002, p. 5).

Minayo e Souza (1997) também designaram violência como qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais, trazendo amplitude em relação aos efeitos destes atos.

Para fins do presente estudo, considera-se a designação de Chauí (1985) mais pertinente e apropriada para o desenvolvimento das discussões, tendo como base os objetivos desta pesquisa. Um dos focos deste estudo é a história da violência vivenciada por mulheres, buscando-se aspectos sociais que apontam a violência como uma violação de direitos e de liberdade, em que um sujeito é objeto passivo, explorado e oprimido, caracterizando uma relação assimétrica entre o homem e a mulher. Também se leva em consideração o papel da mulher no contexto da violência–homem–mulher como forma de perceber de que maneira ela se vê inserida nesta tríade, questão relevante para a investigação da construção social das relações.

Desde a década de 1980, observa-se que as mortes por violência e acidentes, designados como causas externas de mortalidade, passaram a ser a segunda causa de morte no Brasil, mostrando que essas duas causas estão entre os mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado (BRASIL, 2001). Essas causas externas atingem principalmente indivíduos entre 5 a 39 anos, gerando impacto maior entre a população economicamente ativa e, conseqüentemente, no desenvolvimento econômico e social do país (BRASIL, 2001). Além disso, o conceito ampliado de saúde, que abrange todas as questões relativas a estilos de vida e condicionantes sociais, inclui a violência

como um problema que interfere na qualidade de vida, o que a tornou um problema de saúde pública a ser enfrentado e compreendido (BRASIL, 2001).

As consequências da violência são claramente percebidas e seu custo para o mundo se traduz em bilhões de dólares com despesas, sejam estas decorrentes dos custos econômicos gerados no âmbito da saúde ou do judiciário e penal, além dos custos sociais (DAHLBERG; KRUG, 2006; SILVA; OLIVEIRA, 2015). No Brasil, os gastos gerados pela violência são somados aos custos ocasionados pelos acidentes, visto que ambos são categorizados de forma unificada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como causas externas. Porém, esses cálculos são complexos e têm como base os custos das internações hospitalares. Em 1997, apurou-se um dispêndio total de R\$ 232.376.612,16 com essas causas externas, o que representou 8% do total de gastos com internações no país (BRASIL, 2001). Já em 2005, tais custos atingiram mais de 8,5% dos gastos gerais do SUS (MELIONE; MELLO-JORGE, 2008). Para se ter uma dimensão desses gastos, em 2005, no estado de São Paulo, os custos das internações hospitalares por causas externas atingiram R\$ 155.091.524,39 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006). Em decorrência da complexidade de tais cálculos, torna-se difícil obtê-los em alguns estados e municípios. Por esse motivo, não foi possível caracterizar o estado de Goiás e o município de Aparecida de Goiânia, envolvido neste trabalho.

A violência contra a mulher também é um grave e complexo problema de saúde pública, visto que vidas são perdidas ou indivíduos tornam-se incapacitados física e psicologicamente (GOMES et al., 2015; STÖCKL et al., 2013; WHO, 2013). Atualmente, esse fenômeno, que impacta a vida social e econômica das vítimas e de outros envolvidos, atinge todo o país, não sendo algo específico de alguns estados e/ou municípios (VIEIRA et al., 2015).

Apesar do impacto e da dimensão da violência, os indicadores referentes a este fenômeno variam de acordo com a instituição e a forma de pesquisa realizada para a coleta das informações. Há dificuldade para a obtenção desses dados principalmente pelo fato de a violência nem sempre ser notificada ou denunciada, não havendo bancos de dados atualizados ou

padronizados constantemente. Por isso, no presente estudo, são expostos os dados considerados mais atuais e fidedignos.

Em um levantamento com base no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1980 a 2013, o número de homicídios de mulheres no Brasil passou de 1.353 para 4.762, com aumento de 111,1% (WAISELFISZ, 2015). No cenário mundial, dados coletados entre 2010 e 2013 apontaram El Salvador como o país com o maior índice de assassinatos de mulheres (feminicídios), com 8,9 homicídios por 100 mil mulheres, enquanto o Brasil está na quinta posição, com 4,8 homicídios por 100 mil mulheres (GOMES et al., 2015; VISENTIN et al., 2015; WAISELFISZ, 2015).

Comparado a outros países, o número de feminicídios no Brasil é 48 vezes maior do que no Reino Unido, 24 vezes maior do que na Irlanda ou Dinamarca e 16 vezes maior do que no Japão ou Escócia. Apenas El Salvador, Colômbia, Guatemala e Federação Russa possuem taxas superiores às do Brasil, o que evidencia os altos índices de assassinatos de mulheres que há em nosso país (WAISELFISZ, 2015).

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2014, 13 mulheres foram assassinadas por dia no Brasil, e a taxa de homicídios de mulheres apresentou crescimento de 11,6% entre 2004 e 2014 (IPEA, 2016). Outros dados impactantes são os da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, que apontam que de um total de 52.957 denunciante de violência, 77% afirmaram ser vítimas semanais de agressões; em 80% dos casos, o agressor tinha vínculo afetivo com a vítima (marido, namorado, ex-companheiro); 80% das vítimas possuem filhos; e 64% dos filhos presenciaram ou também sofreram violência (IPEA, 2016).

Utilizando como base de dados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), observou-se que as notificações compulsórias e obrigatórias de violência, realizadas no Brasil entre janeiro de 2000 e novembro de 2010, revelaram que 43,5 mil mulheres foram assassinadas. Desses feminicídios, 68,8% ocorreram dentro de casa, e o parceiro íntimo foi o responsável por 65% das mortes de mulheres com idades entre 20 e 49

anos. Além disso, a cada dia, 38.020 mulheres são agredidas no Brasil e, destas, 71% moram com o agressor (GOMES et al., 2015).

É importante ressaltar que as taxas de feminicídio refletem o extremo da violência, mas que outras formas de agressão, que são socialmente veladas, repetitivas e têm repercussão significativa no âmbito da saúde física e mental, atingem um número ainda maior de mulheres cotidianamente (BARROS et al., 2016). Isso se dá pelo fato de que a violência contra a mulher é caracterizada por sua invisibilidade, visto que ocorre, em sua maior parte, no âmbito privado e é perpetrada por familiares ou conhecidos. Por isso, muitas agressões não geram atendimentos, o que leva à falta de informações sobre estes eventos, tendo como resultado a subenumeração da realidade e contribuindo para reforçar a invisibilidade da violência contra a mulher. Apenas os casos mais impactantes, com repercussões na mídia e nas redes sociais, trazem à tona a realidade sobre a magnitude dessa violência (GARCIA et al., 2016).

Nota-se que o sofrimento gerado por esse fenômeno é a principal e a pior de suas consequências. Dessa maneira, as ações necessárias perante a ocorrência da violência envolvem diversos setores, como os de saúde, assistência social, poder judiciário, bem como organizações não governamentais (BRASIL, 2004a; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

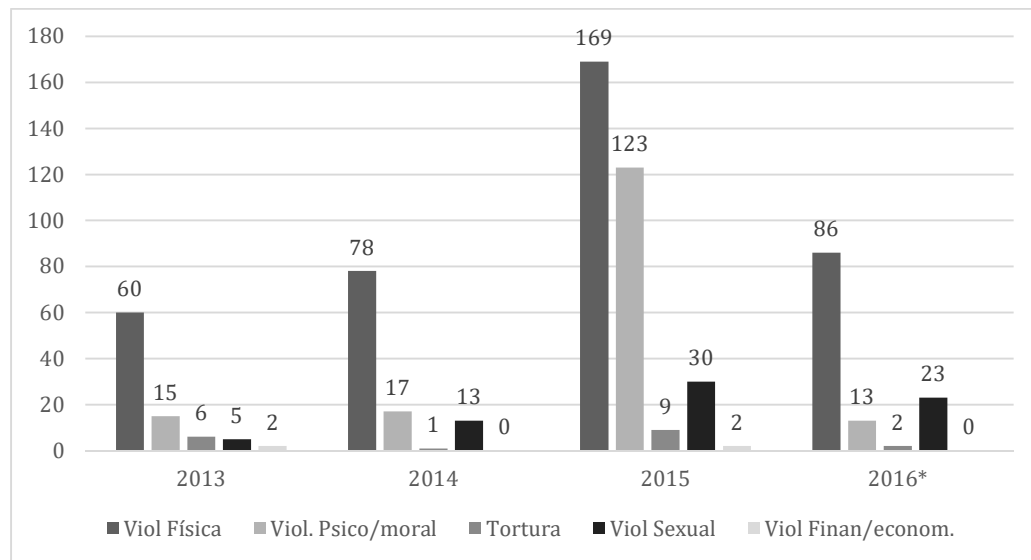
Mesmo com a violência velada, alguns casos são percebidos e notificados pelos profissionais da saúde, sendo inseridos no SINAN. No estado de Goiás, no período entre 1º de janeiro de 2014 e 26 de novembro de 2015, foram registrados no SINAN 3.488 casos de violência contra mulheres na idade adulta. Em 42% dos casos, o agressor era companheiro/parceiro e, entre estes, em 66,32% das ocorrências, o cônjuge foi o principal violentador (GOIÁS, 2015).

No município de Aparecida de Goiânia, local onde a presente pesquisa foi realizada, de acordo com o SINAN (dados não publicados), em 2015 foram notificados 281 casos de violência contra mulheres entre 20 a 59 anos, tendo sido 46,97% deste total perpetrados por parceiros íntimos. Foram recebidas 164 notificações de violência contra a mulher até o dia 12 de janeiro de 2017, 37,80% dos casos cometidos por seus parceiros íntimos. De acordo com os

dados obtidos pela Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) do município, em 2015 foram lavrados 933 boletins de ocorrência (BO's) e em 2016, 970 (dados não publicados).

Em 2015, o município de Aparecida de Goiânia ocupava a 29ª posição entre as 50 cidades mais violentas do mundo (SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ, 2015). Na Figura 1, são mostrados os números de notificações de violência contra a mulher registrados nas unidades de saúde de Aparecida de Goiânia e no SINAN nos últimos 4 anos. Esclarece-se que a notificação de casos de violência teve início no município em 2013, com a implementação do Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde. O aumento significativo no número de notificações a partir de 2015 é decorrência da maior divulgação da ficha e da criação do ambulatório de atendimento psicológico às vítimas de violência.

Figura 1. Número de notificações de casos de violência contra mulheres de 20 a 59 anos em Aparecida de Goiânia de 2013 a 2016.



Fonte: Original da autora, com base em SINAN (dados não publicados).

*Dados extraídos do SINAN em 8 de janeiro de 2017 (dados não publicados).

Interessante destacar que a violência contra a mulher gera consequências que vão além dos impactos no sistema de saúde, podendo ter

repercussões mesmo vários anos após os atos violentos vividos. Isso aponta para a necessidade da existência de profissionais e serviços especializados e ações de prevenção nessa área.

Vários estudos mostram que as consequências geradas pela violência contra a mulher no âmbito doméstico influenciam todo o contexto familiar, principalmente os filhos. A exposição da criança à violência pode desencadear desordens mentais, problemas de saúde, predisposição a comportamentos violentos, além de ser um fator de risco para a manutenção da violência em seus relacionamentos (AFIFI et al., 2016; CROMBACH; BAMBONYÉ, 2015; ISLAM et al., 2014; WEARICK-SILVA et al., 2014; WILLIAMS et al., 2014).

A perpetuação dos comportamentos já vem sendo observada desde o século passado, tendo como um dos precursores o filósofo Mauss (1974), que alertou para o fato de que o indivíduo mantém hábitos por meio da imitação, porém adapta o comportamento ao contexto no qual está inserido, o mesmo ocorrendo com o comportamento violento. Estudos mostram que a transmissão intergeracional de fatores negativos, como agressividade e vitimização, pode ser interrompida se forem implementadas mudanças nos modelos parentais, com interrupção da violência vivenciada, e inseridos modelos de relações de afeto e melhor comunicação (SANTINI; WILLIAMS, 2016; WEBER et al., 2006; WILLIAMS et al., 2014).

Foram levantadas algumas questões de investigação que sustentaram a produção desta pesquisa:

1. Como era a vida pregressa da mulher em situação de violência?
2. Como a mulher lida com a violência praticada por seu companheiro íntimo?
3. A mulher percebe que a violência vivida influencia seus filhos?
4. Quais as perspectivas futuras da mulher em situação de violência?
5. Como os serviços de saúde se inserem no contexto de atendimento às mulheres em situação de violência?

A compreensão da história de vida da mulher em situação de violência perpetrada por seu parceiro possibilita observar a dimensão do

comportamento violento e suas consequências a curto e médio prazos na vida da família, de modo a entender as influências que o modelo parental de origem pode ter na vida do indivíduo. Além disso, compreender como a saúde se insere no contexto da violência permitirá a criação de futuras intervenções para romper este comportamento e melhorar a qualidade de vida de mulheres vítimas de violência.

1.2 Objetivos do estudo

Com o intuito de obter subsídios para uma discussão aprofundada sobre a violência e sua trajetória histórica na vida das mulheres e da influência deste fenômeno na vida dos seus filhos, foram estabelecidos para o presente estudo os seguintes objetivos:

- Compreender a intergeracionalidade do comportamento violento na vida de mulheres em situação de violência.
- Identificar e analisar as percepções de mulheres em situação de violência sobre a atuação do profissional de saúde no contexto de seu atendimento.

2. CONTEXTUALIZANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A fim de contextualizar a temática da violência contra a mulher, fez-se necessária uma revisão da literatura científica para dar suporte às discussões e questões pertinentes ao problema e embasar teoricamente a proposta de pesquisa. Nesta revisão, foram priorizados textos recuperados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Medline, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Plataforma Capes e Scopus.

Foram utilizados apenas textos obtidos na íntegra, o que permitiu maior aprofundamento sobre o tema. Esta revisão está organizada em quatro tópicos: a violência contra a mulher, gênero, a aprendizagem social e a intergeracionalidade do comportamento violento e o apoio e o atendimento à mulher em situação de violência.

2.1 A violência contra a mulher

Segundo o tratado internacional *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher*, também conhecido como “Convenção de Belém do Pará”, a violência contra a mulher é entendida como “(...) qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994). Embora a violência possa ocorrer contra qualquer indivíduo, atinge inúmeras mulheres de diferentes orientações sexuais, classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade e raças/etnias. Pode ocorrer desde a infância até a velhice e em diversos âmbitos, como doméstico ou profissional, nas dimensões religiosas, culturais e/ou comunitárias, entre outras esferas (BRASIL, 2016).

A violência contra a mulher é uma violação de direitos que gera impactos em várias dimensões. Para garantir o efetivo enfrentamento desse

tipo de violência, tão comum e enraizado em diversas sociedades, tendo em vista as suas consequências e a fim de criar mecanismos de prevenção e proteção, muitas políticas públicas de nível internacional e nacional foram desenvolvidas (BRASIL, 2016; PACHECO, 2015).

No âmbito internacional, o Brasil é signatário de dois documentos importantes: a *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher* (OEA, 1994), considerada um marco na luta pelos direitos das mulheres, e precursora do desenvolvimento e da construção da Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006), conhecida como “Lei Maria da Penha”, e a *Declaração e plataforma de ação de Beijing* (UN, 1995), elaborada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015; BRASIL, 2016; PACHECO, 2015).

No contexto nacional, desde 2011 vigoram o *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* (BRASIL, 2011b) e a *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres* (BRASIL, 2011c), que ampliaram e fortaleceram as políticas públicas preexistentes em novos eixos de atuação, tais como: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; garantia da segurança cidadã e acesso à justiça; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; enfrentamento da exploração sexual e do tráfico de mulheres; garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2016).

Diante do impacto e das consequências da violência, os estudos sobre este tema têm se intensificado nas últimas décadas, e para seu melhor entendimento tornou-se necessária a sua tipificação (BRASIL, 2014b; KRUG et al., 2002; WHO, 1996). No presente estudo, tomaram-se como referências as tipificações propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério de Saúde, pois abrangem termos reconhecidos mundialmente, utilizados como variáveis em diversos estudos e que fazem parte do contexto da saúde pública, foco da presente pesquisa. Nessa perspectiva, a violência é dividida em três categorias associadas às características de quem comete o ato: violência coletiva, que abrange os atos de grupos de crime organizado ou terroristas, ou seja, ações de um macrossistema social, político e

econômico; violência autoinfligida, que inclui os atos suicidas e de automutilação; e violência interpessoal, que engloba atos que ocorrem dentro de um microsistema, de um indivíduo sobre outro (BRASIL, 2014b; KRUG et al., 2002).

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) insere-se como um tipo de violência interpessoal, compreendido como todo e qualquer comportamento de violência cometido tanto na unidade doméstica como em qualquer relação íntima de afeto, independentemente de coabitação. Abrange os atos de violência física, psicológica/moral, sexual e financeira (BARROS et al., 2016; BRASIL, 2006; BRASIL, 2014b; KRUG et al., 2002). A violência perpetrada por parceiros íntimos atinge cerca de 36% das mulheres, sendo a forma mais prevalente de violência contra a mulher (BARROS et al., 2016; GOMES et al., 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2015; WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

Em relação aos tipos de violência cometidos contra mulheres, consideram-se como referências as tipificações constantes na Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006), haja vista sua importância no contexto das políticas públicas (Quadro 1). As descrições dos tipos de violência contra mulheres são também baseadas nos manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), como forma de trazer conceitos mais amplos e abrangentes.

Por meio dessas informações, fica clara a dimensão da violência contra as mulheres cometida por seus parceiros, sendo a esfera doméstica um dos principais espaços de maus-tratos às mulheres, o que reduz a visibilidade do fenômeno (GOMES et al., 2005; PAIXÃO et al., 2015). Essa violência se traduz em atos de opressão, dominação e crueldade, que geram consequências físicas e psicológicas, muitas vezes irreversíveis.

No Brasil, trava-se uma constante luta por mudanças sociais associadas ao gênero por meio de campanhas feministas e políticas do Ministério da Saúde. A Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006) veio fortalecer esse embate e, atualmente, é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das três melhores leis no mundo para o enfrentamento da violência contra as mulheres (BRASIL, 2012). Com a Lei Maria da Penha, foram criados mecanismos para coibir, prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Também dispôs sobre a criação de Juizados de Violência

Doméstica e Familiar contra a mulher e estabeleceu medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Quadro 1. Tipos de violência segundo a Lei Maria da Penha.

Tipo de violência	Descrição
Violência física	Atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ações que provocam a ruptura da integridade do corpo da mulher.
Violência psicológica	Toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa, lhe causando prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
Violência sexual	Ação na qual uma pessoa, em posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas. São também os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
Violência patrimonial	Ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais.
Violência moral	Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Fonte: Adaptado de Brasil (2006) e Brasil (2014b).

No entanto, as agressões perpetradas por parceiros íntimos, isto é, entre indivíduos em uma relação de afeto, ainda é uma realidade em nossa sociedade. Pesquisas apontam que o uso de violência física e psicológica por parte dos homens é muito comum e que muitas mulheres já vivenciaram tais situações pelos menos uma vez na vida (ACOSTA; BARKER, 2003; BARROS et al., 2016; DEEKE et al., 2009; WHO, 2013).

A VPI causa impacto na saúde da mulher, de tal modo que as vítimas deste tipo de violência apresentam risco aumentado para transtornos mentais

comuns, como transtorno depressivo, transtorno de estresse pós-traumático, dificuldade de socialização, uso abusivo de álcool e outras drogas, ideações suicidas, assim como para doenças sexualmente transmissíveis e baixa qualidade de vida, entre outras comorbidades (BARROS et al., 2016; LONGMORE et al., 2014; PACHECO, 2015; WHO, 2013).

A violência contra a mulher tem sido foco de estudos no Brasil desde a década de 1980, devido a mudanças no quadro político e social do país e do surgimento de delegacias especializadas para o atendimento de mulheres (SANTOS; IZUMINO, 2005). Nesse cenário, toma-se como referência teórica a filósofa Chauí (1985), que situou a violência contra a mulher como resultado do ideal de dominação masculina, que é reproduzida em nossa sociedade tanto por homens quanto por mulheres. Para a autora, a violência reforça as desigualdades hierárquicas a fim de que o agressor possa dominar, explorar e oprimir, enquanto a vítima se torna passiva e dependente (CHAUÍ, 1985; SANTOS; IZUMINO, 2005). De acordo com esse pressuposto teórico, a mulher possui uma condição inferior ao homem, e isto é transmitido tanto no discurso masculino quanto no feminino, pois faz parte de um contexto social e cultural arraigado em nossa sociedade, na qual o sujeito feminino é desprovido de fala e liberdade (CHAUÍ, 1985; SANTOS; IZUMINO, 2005).

Entretanto, torna-se importante salientar que a mulher é também praticante dessa violência, uma vez que seus discursos machistas afetam outras mulheres. Assim sendo, percebe-se o papel de “cúmplice” que ela desempenha nesse contexto, contribuindo para a perpetuação desse discurso, muitas vezes porque relata, concorda e ensina que o homem é superior e detentor do poder, o que pode levar à aceitação da violência praticada por ele (CHAUÍ, 1985; SANTOS; IZUMINO, 2005).

Em nossa sociedade, marcada pela construção histórica e cultural do sistema patriarcal, ensina-se à maior parte das mulheres a mantê-lo. A despeito de todas as conquistas do feminismo, o discurso machista ainda está enraizado na formação do sujeito feminino, o que leva à manutenção desta visão e enfatiza a força que o modelo parental possui sobre a formação dos indivíduos, levando-os a perpetuar discursos e ações por várias gerações (SANTOS; IZUMINO, 2005).

2.2 Gênero

O termo gênero tem sido amplamente utilizado em vários meios de comunicação, incluindo o meio científico. O seu conceito surgiu na década de 1970 nos Estados Unidos com o objetivo de distinguir os termos sexo e gênero (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015). Inicialmente, o termo gênero também era usado para designar as diferenças biológicas dos corpos físicos masculinos e femininos; entretanto, na atualidade, tal termo possui outra concepção, baseada em papéis sociais.

Gênero é um conceito das ciências sociais através do qual se visa analisar e compreender a desigualdade entre as atribuições de homens e de mulheres, ou seja, é uma construção psicossocial do masculino e do feminino (GOMES, 2009; GOMES et al., 2007; SAFFIOTI, 2015; SÃO PAULO, 2004). A tendência de analisar a violência contra a mulher a partir da perspectiva de gênero se iniciou na década de 1990, e o termo gênero tem sido usado para traduzir as formas de interação humana (MINAYO; SOUZA, 2003). Nessa perspectiva, a violência nas relações é analisada a partir de diferenças culturais e não pelas especificidades biológicas do feminino e do masculino (MINAYO; SOUZA, 2003).

Os papéis de gênero, isto é, o que faz parte do que é ser masculino e feminino em nossa sociedade, nos são passados de acordo com nossa cultura desde que nascemos, sendo padrões estereotipados que estruturam as relações (MINAYO; SOUZA, 2003). Desde cedo, somos ensinados a diferenciar o masculino do feminino e tais ensinamentos são calcados como base formadora de nossa cultura, de maneira que não percebemos sua produção e reprodução social. Nós aprendemos e reproduzimos esses ensinamentos em nossa vida cotidiana de forma mecânica, sem refletir acerca do seu real sentido ou compreendê-lo, visto que a concepção determinista do que pertence ao feminino e ao masculino faz parte de um universo comum da nossa cultura e das nossas relações sociais.

Na compreensão da violência contra a mulher, a categoria gênero introduz uma nova terminologia para se discutir este fenômeno social. Assim,

se insere como pano de fundo dessa violência um padrão hierárquico de relações sexuais, que está associado aos papéis desenvolvidos por homens e mulheres no sistema social, no qual a mulher sofre violência pelo fato de ser mulher (MINAYO; SOUZA, 2003; SANTOS; IZUMINO, 2005).

De acordo com a perspectiva de gênero, os homens estão relacionados ao espaço público, sendo atribuídos a eles os papéis de provedor e de chefe de família, o que exige força, virilidade, coragem e agressividade. Eles possuem o poder de determinar condutas, tendo a autonomia de punir o que se lhes apresenta como desvio e, muitas vezes, a execução desta dominação exige a violência (SAFFIOTI, 2001). Já às mulheres cabe o papel de subordinação e se espera delas delicadeza, sensibilidade, passividade e obediência. Embora exista a possibilidade de que elas utilizem violência contra seu companheiro, as mulheres não têm esta função em sua categoria social (GOMES, 2009; GOMES et al., 2007; SAFFIOTI, 2001; SAFFIOTI, 2015).

Para a socióloga Saffioti (1976), os estudos da violência contra a mulher são orientados por meio de uma perspectiva feminista e marxista do patriarcado, que associa a dominação masculina aos sistemas capitalista e racista (SAFFIOTI, 1976; SANTOS; IZUMINO, 2005). Para Minayo e Souza (2003, p. 206), “no patriarcado a opressão feminina se explica pela apropriação masculina do labor reprodutivo das mulheres”. Já na concepção de Saffioti (1987, p. 50):

O patriarcado não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação pode, para efeitos de análise, ser situada essencialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico.

Saffioti (1987) afirmou que este sistema é sustentado pela ideologia machista, de acordo com a qual, o homem domina a mulher e esta deve se submeter ao “poder do macho”. Nessa relação de poder, o homem se vê no direito de agredir a mulher e esta aceita tal condição, pois foi educada para isto. Dessa forma, a mulher é sujeito de uma relação de desigualdade de poder, porquanto “os homens estão, permanentemente, autorizados a realizar

seu projeto de dominação-exploração das mulheres, mesmo que, para isto, precisem utilizar-se de sua força física” (SAFFIOTI, 2001, p. 116).

As famílias modernas mantêm a reprodução desse modelo de desigualdade criando expectativas entre os papéis do homem e da mulher. Esse modelo ainda é um dos pilares da violência contra a mulher, haja vista a posição de dominação simbólica masculina que persiste nesse contexto patriarcal (BANDEIRA, 2014).

Dessa forma, a expressão “violência de gênero” define uma categoria que potencializa a complexidade das relações sociais, consolidando-se como uma categoria analítica (ALMEIDA, 2007; BANDEIRA, 2014). Ela remete a lugares sociais sexuados, em que as mulheres estão arraigadas em desigualdades que envolvem uma ordem simbólica (BANDEIRA, 2014). No entanto, esse fenômeno se manteve invisível por tempos, por causa da forte influência do modelo patriarcal na sociedade, que enfatizava a tradição e as representações dos papéis relacionados à mulher (BANDEIRA, 2014).

Por meio dos movimentos feministas, algumas mudanças vêm ocorrendo no cenário de atenção às mulheres. Assim é que as reivindicações por mudanças de valores legais, sociais e jurídicos influenciam diretamente a estrutura patriarcal vigente, trazendo avanços na implantação de políticas públicas de combate à violência (BANDEIRA, 2014; ESPINAR-RUIZ; LÓPEZ-MONSALVE, 2015). Contudo, necessita-se de tempo para que a consolidação e a efetivação dessas mudanças ocorram, visto que requerem mudanças nas estruturas social e cultural, o que demanda uma nova visão da sociedade que ainda está em construção.

2.3 A aprendizagem social e a intergeracionalidade do comportamento violento

Para a maioria dos indivíduos, a família é o primeiro ambiente de interação, porquanto é nela que se dão as primeiras relações com o mundo físico, social e do indivíduo consigo mesmo. Nesse ambiente, cada membro tem uma posição e um papel socialmente definidos (GOMES et al., 2007).

O microsistema familiar geralmente consiste em um espaço de afetividade, harmonia e proteção de seus membros; porém, nem sempre isto ocorre e a família pode ser um ambiente de manifestação de ações violentas, tornando-se um cenário para a aprendizagem e a reprodução de comportamentos violentos. Desse modo, caracteriza-se como perpetuador da violência intergeracional, interferindo na construção da identidade de seus membros (GOMES et al., 2007; ISLAM et al., 2014).

Destaca-se que as consequências da VPI, como depressão, ansiedade, delinquência, ideação suicida, dependência química, dificuldades em relacionamentos interpessoais e agressividade, também atingem todo o sistema familiar, incluindo os filhos da vítima. Assim, seus descendentes podem se tornar indivíduos agressivos ou passivos diante da violência, o que pode levar ao comprometimento de sua vida adulta (HOWELL et al., 2016; KLEVENS, 2001; ROSA; HAACK; FALCKE, 2015).

A perspectiva da transmissão intergeracional da violência baseia-se no pressuposto da teoria da aprendizagem social (BANDURA, 2001), a qual postula que comportamentos e crenças são transmitidos entre as gerações por meio da aprendizagem, que ocorre de forma ativa, como resultado direto das experiências, bem como das observações dos outros. Portanto, o sujeito repete aqueles comportamentos que são reforçados pelo ambiente ao seu redor ou imita atitudes que julga serem reconhecidas e reforçadas (BANDURA, 2001; SANTINI, 2011).

Observa-se que o aprendizado é extremamente importante para o desenvolvimento humano, e muitas práticas, como os modos de comer, cozinhar, cuidar dos filhos, entre outros, sobrevivem ao longo de sucessivas gerações, sendo selecionadas à medida que passam de um indivíduo para o outro (SANTINI, 2011; SKINNER, 1981).

Dessa forma, é notório que os pais ou cuidadores são os principais transmissores de modelos comportamentais para os filhos, uma vez que estão presentes na principal fase do desenvolvimento humano, a infância. Nesse momento fundamental para o aprendizado, são aprendidos os comportamentos básicos que acompanham o indivíduo por toda a sua vida. Os pais ou cuidadores são modelos de comportamentos, o que leva a criança

a perceber tais ações como aceitáveis e contribui para a sua manutenção (ROSA; HAACK; FALCKE, 2015). O processo descrito é comum a todas as ações aprendidas durante o desenvolvimento humano, também abrangendo o aprendizado de valores e crenças, o que inclui a perpetuação da visão machista, ainda muito comum em nossos modelos social e cultural. Como os filhos tendem a reproduzir os modelos herdados de seus pais em suas relações futuras, sujeitos que foram vítimas e/ou testemunhas de comportamentos violentos apresentam maior probabilidade de desenvolver estas mesmas atitudes no futuro ou de ser vítimas de violência (GOMES et al., 2007; LUNDBERG et al., 2000; WEBER et al., 2006; WIDOM, 1989).

Estudos também apontam para alterações biológicas associadas à exposição do indivíduo a maus tratos na infância, como a alteração da expressão de genes relacionados à sensibilidade ao estresse no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal, que pode ocorrer também em crianças que experenciam VPI durante a gestação. Isso pode explicar a maior suscetibilidade desses sujeitos ao desenvolvimento de desordens mentais e de comportamentos agressivos (CROMBACH; BAMBONYÉ, 2015; RAMO-FERNANDEZ et al., 2015; ROMENS et al., 2014).

Ademais, crianças que presenciam violência conjugal podem apresentar maior propensão a desenvolver depressão, ansiedade, medo, baixa auto-estima, isolamento, passividade, problemas comportamentais, transtornos de conduta e atrasos no aprendizado. Esses transtornos podem levar à perpetuação da condição de vítima e/ou da transmissão da violência entre gerações (CROMBACH; BAMBONYÉ, 2015; KLEVENS, 2001; SILVA; FALBO NETO; CABRAL FILHO, 2009; WILLIAMS, 2001).

Os indivíduos que vivenciam a violência conjugal tendem a internalizar a desigualdade de gênero, o que leva à reprodução deste comportamento, visto que este valor é aprendido no microsistema familiar, o que os condiciona a repeti-lo (PAIXÃO et al., 2015). Por conseguinte, pode-se afirmar que ambientes violentos são palco de aprendizado de comportamentos inadequados. Os sujeitos que ali convivem carecem de outros modelos de relações, o que impossibilita a construção de repertórios saudáveis para o

enfrentamento de situações futuras, levando à manutenção de sua posição como vítima ou agressor.

Estudos mostraram que grande parte das mulheres que foram vítimas de algum tipo de violência na infância são mais suscetíveis à inserção em relações conjugais de violência (PAIXÃO et al., 2015; SILVA; FALBO NETO; CABRAL FILHO, 2009; VIZCARRA et al., 2001). No entanto, esse fato não pode ser generalizado, pois há mulheres violentadas na vida adulta que nunca passaram por esta experiência na infância, assim como também há crianças vítimas de violência que não mantêm o padrão de agressividade quando adultos, o que depende da história de vida de cada sujeito. Dessa forma, não se pode tornar essa premissa uma regra, mas deve-se empregá-la como um fator de risco ao avaliar uma situação de violência. Evidências empíricas mostram que a dinâmica experienciada com os cuidadores em uma geração pode ser recriada na próxima, o que pode levar à perpetuação do comportamento violento em um processo denominado transmissão intergeracional da violência (KRETCHMAR; JACOBVITZ, 2002; SILVA; FALBO NETO; CABRAL FILHO, 2009; WEBER et al., 2006).

A prática da violência contra a mulher aumenta em 96% caso a mãe de seu parceiro tenha sido agredida pelo companheiro (pai, padrasto) durante a sua infância. Mulheres cujas mães tenham sido agredidas têm 92% mais chance de sofrer violência (McCLOSKEY, 2013; PAIXÃO et al., 2015; VIEIRA; PERDONA; SANTOS, 2011; ZALESKI et al., 2010).

Em estudo realizado por Paixão e colaboradores (2015), o discurso das mulheres entrevistadas mostrou que elas percebem que estão vivenciando com seus companheiros situações que suas mães experienciaram, o que alerta para o caráter intergeracional da violência conjugal. Tal fato mostra como a convivência em um ambiente violento condiciona os indivíduos a repetir as mesmas práticas. Como não foram aprendidos outros modelos de relações familiares, homens e mulheres tendem a reproduzir a história de violência que conheceram na infância ou na adolescência (GOMES et al., 2007; PAIXÃO et al., 2015). Por outro lado, em uma pesquisa realizada por Weber e colaboradores (2006), observou-se que a transmissão intergeracional de fatores negativos, como agressividade e vitimização, pode

ser interrompida por mudanças geradas em uma relação de afeto e com melhor comunicação.

Em outra pesquisa, realizada por Rosa, Haack e Falcke (2015), mulheres que presenciaram violência na infância referiram fatores de proteção que as levaram a não manter tal comportamento na vida adulta. Os principais fatores foram a presença de uma rede de apoio social e afetivo adequada, a valorização de conquistas atingidas por elas, o desejo de mudança e o apoio de profissionais da saúde.

Interromper a violência é uma forma de amenizar as suas consequências. Uma das maneiras que pode ser adotada para essa interrupção é a orientação dos pais, ou intervenção parental. Por meio de métodos educacionais, os pais são estimulados a buscar outras formas de se relacionar, sem a utilização da violência (SANTINI; WILLIAMS, 2016; THORNBERRY; HENRY, 2013; WILLIAMS et al., 2014). Esse enfoque auxilia na melhora da comunicação, na estratégia de enfrentamento de problemas e nas habilidades sociais, possibilitando mudanças nas relações interpessoais da família como um todo.

A construção de ações de prevenção mostra-se de grande importância para a interrupção da violência intergeracional. Isso pode se dar por intermédio da atuação direta com as mulheres que vivenciam a violência em grupos de promoção de saúde ou atendimento psicoterápico, ou por acompanhamento das famílias a fim de oferecer novos modelos de relações interpessoais mais saudáveis e adequados.

Além disso, em um estudo de revisão sistemática realizado por Souza (2015) identificou-se que na área da saúde há poucos estudos sobre intergeracionalidade e VPI. Esses temas são mais comuns em estudos de caso desenvolvidos por psicólogos com base psicanalítica.

2.4 O apoio e o atendimento à mulher em situação de violência

A violência afeta significativamente o processo saúde/doença das mulheres, o que leva o setor da saúde a ter a responsabilidade de identificar

essas situações e oferecer intervenções adequadas. Para isso, os profissionais devem estar preparados para identificar possíveis vítimas, já que nem sempre as agressões deixam marcas visíveis (GOMES; ERDMANN, 2014).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, instituída pela Portaria nº 737 (BRASIL, 2001), inseriu a violência nas políticas de saúde pública como um assunto importante e de relevância. Isso decorreu dos impactos gerados pela violência nos âmbitos social e da saúde, como o alto número de óbitos e casos de morbidade. Somou-se a isso o conceito ampliado de saúde para além da ausência de doenças, também incluindo a qualidade de vida e os impactos sociais (BRASIL, 2001).

Diante disso, todo profissional de saúde deve estar atento a situações de violência observadas em seus atendimentos e deve agir de forma a apoiar e orientar vítimas de violência, além de desenvolver ações de promoção e prevenção sobre este tema. Reforça-se a existência de portarias e leis que obrigam o profissional da saúde a denunciar casos de violência, como a Lei nº 8.069 (BRASIL, 1990), conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu Capítulo II Art. 245 descreve:

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Há também: a Lei nº 10.778 (BRASIL, 2003), que estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados; a Portaria nº 104 (BRASIL, 2011a), que inseriu a violência como agravo de notificação no âmbito da saúde; e, mais recentemente, a Portaria nº 1.271 (BRASIL, 2014a), que definiu a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e incluiu a violência autoprovocada e a sexual como de notificação obrigatória, compulsória e imediata.

Nota-se, então, a importância da detecção e da intervenção do setor da saúde nos casos de violência. Além das leis explicitadas, a OMS também orienta que todos os profissionais da saúde sejam capazes de compreender os fatores associados à violência e agir adequadamente (RIGOL-CUADRA et al., 2015). No entanto, as obrigações legais não são suficientes para orientar os profissionais da saúde e atuar diretamente em sua conduta. Algumas dificuldades ainda persistem, principalmente em decorrência de formação insuficiente, atitudes inadequadas e crenças dos profissionais (RIGOL-CUADRA et al., 2015).

Também se observa que, embora os profissionais possam ter conhecimento teórico sobre as políticas públicas relacionadas aos direitos da mulher, não o colocam em prática, havendo divergência entre conhecimento e execução (PACHECO, 2015). Esse fato pode estar associado às dificuldades que os profissionais têm em conhecer a rede de apoio para mulheres em situação de violência existente em sua região, à falta de reconhecimento da violência como um agravo de demanda da saúde, ou mesmo como um problema do sistema de saúde, e ao medo diante de sua própria vulnerabilidade, pois muitas vezes está próximo do agressor (PACHECO, 2015).

Contudo, é importante reconhecer que as consequências emocionais da violência comprometem toda a vida laboral, pessoal, familiar e social do indivíduo, interferindo em suas perspectivas de vida. E dentro desse contexto aversivo, é imprescindível oferecer atendimento de qualidade à vítima, visto que a má conduta profissional pode agravar ainda mais o caso, gerando revitimização do sujeito.

Os serviços de saúde constituem importante ambiente para a detecção de violência, sendo muitas vezes um dos primeiros locais em que a vítima busca apoio (SILVA et al., 2016). Entretanto, na prática, a conduta do profissional da saúde ainda é falha, estando arraigada a muitas crenças, mitos e representações, que dificultam ou impedem o reconhecimento e a abordagem da violência com as usuárias. Em adição a isso, muitas delas omitem a violência, por medo ou vergonha, e em outros casos, o próprio profissional não sabe conduzir o caso ou identificar sinais que possam orientá-

lo para a adoção de uma conduta mais qualificada, pertinente e adequada (GOMES et al., 2015; SILVA et al., 2016; VISENTIN et al., 2015).

Em estudo realizado por Pacheco (2012), ao entrevistar mulheres em situação de violência, as participantes revelaram que, em alguns momentos, percebiam que os profissionais as julgavam como culpadas pela agressão e relataram o desejo de que estes as escutassem com mais atenção. Na maioria das vezes, embora a unidade de saúde seja o local em que a mulher tem a possibilidade de contar sobre a violência que sofre no âmbito doméstico e receber orientações pertinentes e adequadas, isto raramente ocorre. De acordo com Krug e colaboradores (2002), na maioria dos países, médicos e enfermeiros não costumam questionar a mulher sobre possíveis abusos ou agressões e, em vários casos, a vítima é estigmatizada e humilhada.

É imprescindível considerar que a conduta inadequada dos profissionais pode estar associada às suas próprias inseguranças e incertezas, decorrentes de sua falta de preparo para lidar com a violência. A temática violência não faz parte da maioria dos currículos dos cursos de graduação, e não são formados profissionais com noções básicas sobre este tema, o que dificulta o diagnóstico e a escolha da conduta a ser tomada nestes casos (ALMEIDA, 1998; GONÇALVES; FERREIRA, 2002; SILVA et al., 2016; VISENTIN et al., 2015).

Uma outra consequência da falta de capacitação e de informações dos profissionais da saúde em relação à violência, é a sua notificação. A Portaria nº 104 (BRASIL, 2011a) previu a obrigatoriedade da notificação compulsória de doenças e agravos, e a violência contra a mulher está na lista destes agravos. A notificação é um instrumento fundamental para o conhecimento epidemiológico da violência, possibilitando a criação de serviços e políticas públicas associadas ao tema, além de permitir melhor visibilidade do problema na sociedade (GARBIN et al., 2015). Não obstante, ainda há muita subnotificação de casos de violência por profissionais da saúde. Apesar da ficha de notificação seguir o padrão das demais notificações da saúde pública, a violência ainda é vista por muitos como não pertinente ao contexto da saúde (GARBIN et al., 2015; GARCIA et al., 2016).

Em dois estudos realizados com profissionais da saúde sobre violência contra crianças observou-se que estes tinham medo de notificar ou encaminhar os casos de violência, porquanto sofrem ameaças dos agressores. Além do mais, há problemas relacionados com a atuação insatisfatória dos órgãos competentes, nos serviços de retaguarda e no cumprimento de medidas protetivas adequadas às vítimas (GONÇALVES, FERREIRA, 2002; ZANELATTO et al., 2012).

Os mesmos estudos identificaram que o sigilo ético profissional também interfere nas ações dos servidores, já que o profissional se vê impedido de relatar algo que foi ouvido no atendimento, de acordo com a ética profissional, e não encontra respaldo nos órgãos gestores (GONÇALVES; FERREIRA, 2002; ZANELATTO et al., 2012).

Outro fator que também interfere na atuação profissional é a cultura de privacidade da vida familiar. Na sociedade brasileira, tende-se à não intromissão na vida familiar alheia, pois isto é visto como ofensivo. Esse tipo de cultura pode levar ao agravamento das consequências da violência ou à banalização dos atos agressivos (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Dessa forma, o investimento em capacitações de serviços e de profissionais da saúde sobre o que é violência, como abordar este tema, o que fazer diante de uma suspeita ou confirmação, como acolher e apoiar a vítima, sem estigmatizá-la ou revitimizá-la, é uma das maneiras de melhorar as ações e auxiliar as mulheres que enfrentam a violência em seu cotidiano (VIEIRA et al., 2015).

As ações de prevenção também devem ser consideradas. Entre elas, destaca-se a orientação de profissionais da saúde para identificar fatores de risco que podem levar à violência, com os objetivos de evitar consequências graves, amenizar o sofrimento e interromper a transmissão da violência nas famílias e comunidades.

Os demais serviços necessários para a consolidação e a efetivação da rede de apoio às mulheres vítimas de violência também são relevantes e interferem na atuação do setor da saúde. Afinal, apenas o sistema de saúde não é capaz de fornecer toda a assistência necessária a essa população. Essa

assistência depende de uma rede intersetorial, com fluxos compatíveis e pertinentes à realidade vivida pelas vítimas (PACHECO, 2015).

A intersetorialidade possibilita o atendimento integral às vítimas, proporcionando-lhes assistência em vários aspectos, como social, jurídico e da saúde. Dessa maneira, cabe aos profissionais conhecer a rede presente em seu contexto de trabalho e, a partir daí, buscar se comunicar com os demais setores. Uma opção para ampliar esse conhecimento é o mapeamento da rede existente em sua região, o que facilitaria a verificação das possibilidades de efetivar a comunicação entre as instituições (D'OLIVEIRA et al., 2009; PACHECO, 2015).

Todavia, deve-se ter em mente que o trabalho em rede intersetorial guarda diversas questões e dificuldades a serem superadas, como as diferentes concepções e visões sobre um determinado problema. Assim é que a designação de um determinado tipo de violência pode ser diferente para o setor da saúde e o setor jurídico. Além disso, há o problema da rotatividade dos serviços em funcionamento causada por mudanças de gestão, situação muito recorrente nos serviços públicos do país (D'OLIVEIRA et al., 2009).

2.5 Pressupostos do estudo

Diante do exposto, observam-se indícios de que a intergeracionalidade do comportamento violento está presente na vida de mulheres que vivenciam situação de violência intrafamiliar, isto é, as agressões sofridas na infância podem estar se reproduzindo em suas vidas na atualidade. A intergeracionalidade leva a violência a se tornar algo comum e aceitável para as vítimas, interferindo negativamente na qualidade de vida da família e no desenvolvimento de seus filhos.

A mulher vítima de atos violentos pode não perceber a influência da violência na vida de seus filhos, não discriminando que eles poderão reproduzir tais comportamentos em sua vida adulta. Entretanto, a vivência de

situações de violência intrafamiliar pela mulher ocorridas na presença de seus filhos contribuirá para o processo de perpetuação deste comportamento.

Ademais, a intergeracionalidade requer que a atuação dos profissionais da saúde seja ampla, tendo toda a família como cenário de intervenção e atuação. Porém, isto implica envolvimento do profissional na vida íntima de uma família. Esse fato pode dificultar suas ações, exceto se houver uma política assistencial voltada para o rompimento desse ciclo de intergeracionalidade da violência intrafamiliar.

3.1 Referencial teórico-metodológico

Esta é uma pesquisa social estratégica de abordagem qualitativa, uma vez que busca compreender de forma profunda e específica os fenômenos sociais, mais especificamente a intergeracionalidade da violência contra a mulher. A pesquisa social lida com o ser humano levando em consideração aspectos históricos e culturais, utilizando a realidade social e o dinamismo individual e coletivo como cenário (MINAYO et al., 2013). Por sua vez, a pesquisa social estratégica orienta-se para problemas sociais, não prevendo soluções práticas para o problema, mas lançando luz sobre aspectos da realidade (MINAYO, 2014). A abordagem qualitativa da pesquisa visa trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO et al., 2013).

Dessa forma, o pesquisador deve participar, compreender e interpretar os fatores sociais de sua pesquisa, sendo de grande importância considerar o sujeito do estudo um agente pertencente a um grupo social provido de crenças, valores e significados (MINAYO, 2014). Para atingir os objetivos propostos e considerando a complexidade inerente ao tema em discussão, a pesquisa estratégica foi escolhida por ser uma modalidade apropriada para o conhecimento e a investigação em saúde (MINAYO, 2014).

3.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no município de Aparecida de Goiânia, GO, com pacientes acompanhadas no Ambulatório de Psicologia do Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, da Vigilância Epidemiológica municipal. O município está localizado na região metropolitana de Goiânia,

GO e tem população estimada de 521.910 habitantes (IBGE, 2015), sendo o segundo mais populoso do estado.

O Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde foi criado apenas em 2012, embora tenha sido preconizado pela Portaria nº 936 (BRASIL, 2004b), que estabeleceu a criação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local, voltados para a atenção integral prevista na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências a fim de monitorar tais dados e elaborar ações de apoio e suporte à vítima. Atualmente, esse programa é responsável por receber e inserir os dados das Fichas de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada emitidas pelas unidades de saúde, de assistência social e de educação do município no SINAN. Além disso, fornece assistência social às vítimas e suas famílias, é responsável pelo ambulatório de atendimento psicológico às vítimas de violência, capacita os profissionais da saúde, da educação e da assistência social sobre notificações de violência e fluxo de atendimento de vítimas e atua juntamente com outros setores da rede a fim de aprimorar e fortalecer o trabalho intersetorial.

Os atendimentos da assistência social são direcionados a todas as notificações e encaminhamentos recebidos no programa. O profissional entra em contato telefônico com todas as vítimas para orientá-las sobre seus direitos e locais de apoio e também para oferecer atendimento psicológico ambulatorial. Caso a vítima aceite o acompanhamento psicológico, seu nome é inserido em uma lista de espera e é orientada sobre o funcionamento dos atendimentos.

O ambulatório de atendimento às vítimas de violência oferece atendimento psicológico às vítimas e familiares que residem exclusivamente em Aparecida de Goiânia, sendo as vítimas de outros municípios encaminhadas aos locais pertinentes. Na atualidade, o serviço conta com três profissionais e estes atendem pessoas de qualquer idade (crianças, adolescentes, adultos e idosos) e sexo e vítimas de qualquer tipo de violência. Os atendimentos ocorrem em local próprio e durante o tempo necessário ao processo terapêutico.

A porta de entrada para a participação no programa são as fichas de notificação de violência e os encaminhamentos de diversos serviços, como Tribunal de Justiça, Ministério Público, Conselhos Tutelares, abrigos, delegacias e outros. Todas as pessoas passam pela assistência social antes de sua inserção no ambulatório, de modo que sejam identificadas as suas necessidades, como serviços médicos, profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis e AIDS, assessoria jurídica e outras demandas sociais e da saúde.

3.3 Trabalho de campo

O primeiro passo do estudo foi a realização de um levantamento das mulheres em situação de violência que foram ou estavam sendo atendidas no ambulatório de atendimento às vítimas de violência e que estavam de acordo com os seguintes critérios de inclusão da pesquisa: ter idade entre 19 e 59 anos; estar em situação de violência (sexual, psicológica, física, moral ou patrimonial) ou já ter sofrido atos violentos na fase adulta; ter como agressor o parceiro íntimo, ou seja, pessoa com a qual mantém relação afetiva (cônjuge, namorado, companheiro); possuir filhos, biológicos ou não, de qualquer idade; concordar de forma livre e esclarecida em participar do estudo, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Foram excluídas mulheres que demonstravam incapacidade, por alguma patologia ou sequela, de compreender as perguntas das entrevistas e/ou que não pudessem respondê-las de forma verbal, clara e consistente.

Após a execução do levantamento, foram identificadas 25 mulheres que estavam de acordo com os critérios. Porém, o contato por telefone com nove delas ficou impossibilitado, pois os números que constavam em suas fichas não mais existiam, quatro não quiseram participar alegando não ter disponibilidade ou ter mudado de município, e duas aceitaram, porém não compareceram posteriormente para a entrevista e o contato posterior não foi

possível. No total, dez mulheres aceitaram participar e compareceram no dia, horário e local acordados.

Durante o contato telefônico, todas foram informadas sobre os objetivos da entrevista, os possíveis riscos e outros aspectos éticos relevantes. Após o aceite para participação, as entrevistas foram realizadas em local apropriado e de forma a não interferir no atendimento das pacientes.

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).

Conforme Gil (2008), a entrevista é uma forma de interação social, na qual uma das partes objetiva coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Esse tipo de instrumento permite que o entrevistador esclareça o significado das perguntas se assim houver necessidade e explore o relato do sujeito, pedindo explicações ou fazendo novas perguntas, o que lhe permite ampliar as observações realizadas e enriquecer o estudo com os dados.

Na presente pesquisa, foi utilizada entrevista semiestruturada (Apêndice 2) como instrumento para a coleta de dados. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO et al., 2013). Tal instrumento foi elaborado pela pesquisadora contendo perguntas pertinentes aos objetivos do estudo a fim de guiar a coleta de dados.

As entrevistas foram pré-agendadas com cada participante e realizadas no horário e data combinados, na unidade de saúde municipal que fosse de mais fácil acesso para cada uma delas. As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos, foram gravadas com autorização das participantes e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora.

Nos estudos qualitativos, a amostra ideal deve refletir as múltiplas dimensões do objeto de estudo, e enquanto estiverem emergindo dados originais ou conteúdos novos e pertinentes à investigação, que possam trazer novas perspectivas, as entrevistas devem continuar (MINAYO, 2014). Entretanto, no momento em que se percebem padrões simbólicos, sistemas classificatórios, percepções, condutas, visões de mundo e categorias de análise recorrentes, os quais nada mais acrescentam para o objetivo do estudo e o que se pretende discutir, foi atingido o ponto de saturação e a entrevista deve ser encerrada (MINAYO, 2014).

Numa busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão. Seu critério, portanto, não é numérico (MINAYO, 2014, p. 196–197).

Assim sendo, participaram da pesquisa dez mulheres adultas que estavam em situação de violência ou já haviam sofrido violência praticada por seus parceiros íntimos, com idade entre 19 a 59 anos, que são mães, biológicas ou não, e estavam vinculadas ao Programa de Prevenção às Violências da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia. As dez entrevistas realizadas foram suficientes para atingir a saturação das ideias investigadas.

Faz-se importante salientar que o pesquisador deve estar atento e realizar uma leitura do conteúdo coletado de forma contínua para que possa ter a percepção do processo com um todo de forma adequada. No estudo qualitativo, espera-se que haja a discussão e a reflexão acerca de um tema com base em significados e percepções emitidos por parte de uma população.

3.3.1 Análise dos dados

O processo de análise e interpretação dos dados foi realizado utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). A análise de conteúdo consiste de um conjunto de técnicas que visa obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos, a descrição do conteúdo das

mensagens de tal modo que permita a inferência de conhecimentos relativos às produções destas mensagens (BARDIN, 2009).

Uma das técnicas utilizadas nesta metodologia é a análise temática, que visa compreender os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado (BARDIN, 2009). Para a análise temática, foram realizadas três etapas: a pré-análise (que consistiu em uma leitura flutuante, na constituição do corpus a ser analisado e na formulação e reformulação de hipóteses e objetivos); a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos; e, ao final, a interpretação (BARDIN, 2009).

Com base nessa proposta, a seguir são descritas as etapas percorridas para atingir os resultados desta pesquisa. Primeiramente, todo o conteúdo das entrevistas foi transcrito e foi realizada a leitura atenta das transcrições. Isso possibilitou que a pesquisadora imergisse no material com o intuito de entrar em contato com a realidade investigada. Já nesta etapa surgiram algumas ideias centrais.

As ideias centrais identificadas foram embasadas nos objetivos do presente estudo e construídas a partir de semelhanças de sentido. Após a obtenção desse conteúdo, foi construído um painel contendo fragmentos das falas das participantes que exemplificavam e expressavam cada uma das ideias identificadas. Após essa etapa, com base nos pressupostos teóricos e nos objetivos estabelecidos para a presente pesquisa, as ideias centrais foram agrupadas para extração dos núcleos de sentido, em busca de temáticas mais amplas ou eixos para discussões de diferentes partes do conteúdo coletado.

Depois de mais uma leitura de todo o material estruturado, os núcleos de sentido foram reagrupados em temas com as ideias que guiaram a construção da discussão. Desse modo, foram formadas as categorias temáticas do estudo, relacionando o conteúdo encontrado com os pressupostos teóricos e os objetivos da pesquisa. A fim de exemplificar cada categoria temática, foi realizado um reagrupamento das falas das participantes, dando pertinência aos temas levantados.

Dessa maneira, as categorias temáticas emergentes foram: “o contexto familiar da infância”, “a intergeracionalidade do comportamento violento”, “as expectativas futuras” e “o contexto da rede de atenção à violência contra a mulher”. A fim de designar a quem pertence o fragmento de fala e preservar o anonimato das participantes, é aqui utilizada a inicial “P” seguida de algarismos arábicos, de acordo com a ordem cronológica de realização da entrevista: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 e P10.

3.3.2 Preceitos éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG, nº 1.338.850) (Anexo 1). A Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia autorizou a execução da pesquisa (Anexo 2). Todas as participantes assinaram o TCLE.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma geral, observou-se nos dados provenientes das entrevistas o impacto da violência intrafamiliar na vida das mulheres participantes deste estudo. Verificou-se que a vivência deste fenômeno desde a infância compromete todo o seu desenvolvimento e suas relações futuras. Essas mulheres possuem conhecimentos rasos ou confusos em relação aos seus direitos, não experimentaram em sua história de vida o que é uma relação com respeito e cumplicidade e tornaram-se passivas e submissas ao sistema machista. Portanto, não se comportam de forma a mudar a situação vivida e não têm atitude para lidar com todas as agressões, sejam elas de cunho psicológico ou físico.

Notou-se, também, que essas mulheres se tornaram atreladas ao sistema machista relacional, sendo submissas e dependentes destas relações. Têm a concepção de que não é possível sair dessas relações abusivas, seja por medo, seja por falta de apoio da família e do sistema de proteção vigente, que é desacreditado, pois há inúmeras falhas e condutas inadequadas dos profissionais atuantes na área.

Em seus discursos, as participantes exibiram a vergonha de estar em uma relação abusiva, o que também as leva a não procurar ajuda. Tal sentimento está associado aos estigmas e preconceitos que os indivíduos demonstram em relação a mulheres em situação de violência, havendo uma crença inadequada de que elas se mantêm nessas relações porque assim gostam.

Ademais, constatou-se que as participantes observam a influência da violência sofrida por elas na vida de seus filhos, pois trazem em seus discursos preocupação acerca dos exemplos que estão oferecendo a eles. Por já terem vivido a violência na infância, reconhecem o quanto isto é prejudicial e sofrido. Elas demonstraram culpa por não mudar esta situação e repetir o mesmo padrão de suas mães. Contudo, também relataram que os

filhos são os principais motivadores e incentivadores para que saiam dessas relações abusivas.

4.1 Caracterização das participantes

As características sociodemográficas das participantes são apresentadas no Quadro 2. O objetivo de tal apresentação é a visualização das características do grupo estudado, não sendo o intuito aprofundar em tais dados ou correlacioná-los aos discursos estudados, visto que o objetivo deste trabalho é compreender as percepções das mulheres que sofrem violência e não caracterizar seu perfil epidemiologicamente.

A média de idade das participantes foi de 33,1 anos, com variação de 28 a 44 anos. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria possui ensino médio completo e apenas uma, ensino superior completo. Sobre o estado civil, quatro se declararam casadas, quatro solteiras, uma divorciada e uma em união estável. A renda mensal aproximada de cinco participantes foi de até um salário mínimo, três relataram renda entre um e dois salários mínimos e duas afirmaram possuir renda entre dois e três salários mínimos.

Quanto ao número de filhos, quatro delas possuem apenas um filho, três possuem dois, duas possuem três e uma possui quatro. Quatro delas moram com os filhos e companheiros, ao passo que as demais moram com os filhos e outros familiares, como irmãos e pais.

Reconhece-se que a violência contra a mulher não está associada somente às suas características sociodemográficas, mas também, e principalmente, aos aspectos associados ao gênero. A violência de gênero é “democrática”, uma vez que atinge diferentes classes sociais e níveis de escolaridade (BRASIL, 2002; SAFFIOTI, 2015; TAVARES; NERY, 2016). Porém, fatores como o desemprego e o baixo nível socioeconômico tornam as mulheres mais suscetíveis às agressões, sendo importantes fatores contribuintes para a violação dos seus direitos e intensificadores da condição violenta em que muitas delas se encontram (SAFFIOTI, 2015; TAVARES; NERY, 2016).

Quadro 2. Características sociodemográficas das participantes.

Participante	Idade (anos)	Escolaridade	Estado civil	Profissão	Renda (salário mínimo)	Reside	Filhos (nº)
1	29	Ensino fundamental incompleto	União Estável	Diarista	Até 1	1 filho, mãe, padrasto, 1 cunhada e companheiro	1
2	37	Ensino médio completo	Divorciada	Agente comunitária de	Entre 2 e 3	2 filhas	2
3	30	Ensino fundamental incompleto	Casada	Serviços gerais	Entre 1 e 2	2 filhos e marido	2
4	30	Ensino médio completo	Casada	Dona de casa	Entre 2 e 3	3 filhos, marido e 1 enteado	3
5	43	Ensino médio completo	Casada	Costureira	Até 1	2 filhas e 2 netos	2
6	29	Ensino médio completo	Casada	Dona de casa	Entre 1 e 2	1 filha e marido	1
7	28	Ensino fundamental completo	Solteira	Diarista	Até 1	3 filhos	3
8	33	Ensino superior completo	Solteira	Orientadora social	Entre 1 e 2	1 filha	1
9	44	Ensino médio completo	Solteira	Desempregada	Até 1	1 irmão e 1 filha	1
10	28	Ensino fundamental incompleto	Solteira	Dona de casa	Até 1	3 filhos e mãe	4

Fonte: Original da autora.

As relações tradicionais de gênero mantêm o poder masculino por meio das agressões, que vão desde as violências psicológicas até as físicas e sexuais (BRASIL, 2002; SILVA; OLIVEIRA, 2016). Inseridas em uma cultura machista, na qual há o predomínio do sistema patriarcal, as mulheres são submetidas ao “poder do macho”, tendo seus direitos violados e, conseqüentemente, sendo violentadas de diversas maneiras (SAFFIOTI, 2015; TAVARES, NERY, 2016).

Como mencionado anteriormente, da análise relação do material coletado emergiram quatro categorias temáticas: “o contexto familiar da infância”, “a intergeracionalidade do comportamento violento”, “as expectativas futuras” e “o contexto da rede de atenção à violência contra a mulher”. A categoria “a intergeracionalidade do comportamento violento” foi dividida em duas subcategorias a fim de possibilitar melhor compreensão e análise dos resultados: “a violência por parceiros íntimos – a perduração da violência contra a mulher” e “os filhos diante da violência – a manutenção da intergeracionalidade”.

4.2 O contexto familiar na infância

Nesta categoria, as participantes relataram como havia sido sua vida na infância, de que forma se relacionavam com seu ciclo familiar e como era a relação dos seus pais e/ou cuidadores. As mulheres entrevistadas relataram um contexto familiar disfuncional, com algumas características em comum: abandono por parte da mãe ou do pai, dificuldade de aceitação de limites, abusos físicos e sexuais e uso de bebida alcoólica por parte dos cuidadores.

“Minha mãe, não sei. Eu conheço ela, só que ela entregou eu e meu irmão para a minha avó criar quando separou do meu pai.” (P6)

“Não aceito que fale não para mim... Aí, minha mãe falava não, meu pai falava sim... Eu ia pelo sim... E era assim... Minha mãe falava para eu não ir para a rua, mas eu ia.” (P3)

“Porque a gente passava, ele [padrasto] estava se masturbando na cama... Quando a gente ia se banhar, ele ficava olhando.” (P2)

“Minha mãe começou a beber, e eu convivi com minha mãe uns 5 anos mais ou menos” (P10)

Além disso, os principais fatos lembrados pelas participantes foram as situações de violência vivenciadas:

“Minha mãe batia, meu pai batia, minha mãe dava facada nele, ele quebrava os trens dela.” (P1)

Nota-se que as mães das participantes eram vítimas de violência por seus parceiros e elas presenciavam tudo o que ocorria entre os pais, sem orientações ou apoio diante dos eventos. A fala abaixo exemplifica a vivência com as agressões:

“Era só xingação, quebrava as coisas... Batia nela e nós víamos.” (P7)

Os discursos mostram que elas passaram sua infância em um ambiente conturbado. Em todos os casos analisados, as mães das participantes eram vítimas de agressões por parte de seus parceiros. Portanto, essas mulheres vêm convivendo com a violência desde muito cedo e relataram as situações vividas com muita tristeza.

A maioria delas demonstrou intenso sofrimento emocional ao relembrar fatos da infância relacionados a eventos violentos. Declararam-se revoltadas pelo fato de as mães aceitarem tal situação e ainda as expor a ela, já que muitas delas eram vítimas diretas dessa violência.

Outro fator importante é que algumas das participantes eram agredidas por suas mães, que não demonstravam ser figuras protetivas ou afetuosas. As falas abaixo retratam essas vivências e a falta de apoio por parte das mães:

“Ela sempre foi uma mãe não muito boa, uma mãe ruim conosco. Judiava muito! Qualquer coisinha, batia na gente.” (P4)

“Ela [mãe] batia de dar murro. No meu irmão, ela batia que se fosse hoje, ela já teria sido presa.” (P5)

O primeiro meio social em que essas mulheres viveram era um ambiente violento, com práticas parentais inadequadas e pouco ou nenhum afeto. Dessa maneira, sua vivência nesses ambientes familiares levou à

formação de um repertório comportamental inadequado, que comprometeu todo o desenvolvimento pessoal, influenciando as escolhas e o modo de vida das participantes até o momento atual. Essa influência ocorre porque o indivíduo se relaciona de acordo com o modelo comportamental de origem. Assim sendo, se a agressividade é a forma de resolução de problemas e uma maneira de se relacionar utilizada pelos cuidadores, haverá tendência dos filhos se comportarem desta mesma forma (SANTINI; WILLIAMS, 2016; SOUZA, 2015).

Além disso, sabe-se que as meninas tendem a reproduzir o modelo das mães. Nos casos estudados, as mães foram passivas em suas relações afetivas, o que pode ter levado as participantes a desenvolver um repertório de aceitação da violência por seus parceiros. Isso as mantém nas relações afetivas violentas atuais (SANTINI; WILLIAMS, 2016). Tal passividade e falta de enfrentamento podem ser observadas nos discursos abaixo:

“Ele me agrediu! Destruí todas as minhas coisas... Custei a ter coragem de gritar.” (P5)

“Fico triste, isolada... Já tentei revidar, mas mulher nunca tem força”. (P4)

Deve-se levar em consideração que vários outros fatores influenciam a formação dos sujeitos, e essas mulheres também tiveram vivências que vão além do cenário familiar, como a escola, o bairro e outros setores sociais. No entanto, na infância, a maior influência vem do círculo principal de convivência. Na maior parte das vezes, esse círculo é a família, sendo a relação de afeto estabelecida não apenas restrita ao pai e à mãe.

Por meio dos discursos das participantes, verificou-se que o modelo machista ainda se faz muito presente em nossa cultura, sendo propagada no processo educacional a desigualdade entre homens e mulheres. Essas mulheres vivenciaram, na prática, essa desigualdade de gênero, em que a submissão levou à aceitação da violência, enfatizando o papel do homem de explorador e poderoso e o papel da mulher de fraca e frágil (SAFFIOTI, 1987).

Dessa forma, nota-se que a família é um dos expoentes na formação e manutenção do modelo patriarcal em nossa sociedade. Por se tratar do

primeiro meio social do sujeito, na família são aprendidos os primeiros valores e transmitidos os aspectos culturais (MARIN et al., 2013).

Na família, cada indivíduo possui um papel. Em uma família heterossexual, a mãe representa o papel do feminino e o pai, do masculino. Ambos são modelos dos papéis de gênero e se constata a vulnerabilidade da mulher nesse cenário (GOMES et al., 2007; ISLAM et al., 2014). Dentro de algumas famílias, a mulher representa o papel de cuidadora, sendo, muitas vezes, privada de seus direitos e mantendo-se em silêncio perante a violência.

Faz-se importante compreender que as violências vivenciadas por essas mulheres vão além das agressões físicas, sexuais e patrimoniais. A violência está presente desde a primeira humilhação vivenciada por ela e no fato de ser impedida de ter uma vida mais digna e com qualidade (SAFFIOTI, 2015).

Portanto, percebe-se que a família pode ser uma propagadora da violência, pois, na vigência do modelo patriarcal, há uma constante e tênue obrigação de que o destino do gênero feminino seja a sujeição. A existência dessa submissão já pode ser designada como um tipo de violência, que faz da mulher um sujeito vulnerável (SAFFIOTI, 2015). Além disso, esses valores são repassados aos sujeitos e serão levados para a sua vida em sociedade (SILVA et al., 2012).

A violência vivenciada na família também pode ser a primeira e a precursora na vida do indivíduo, já que estar em um ambiente agressivo acarreta diversas disfunções emocionais, como baixa autoestima, desmotivação, complexo de inferioridade e outros desajustes emocionais que tornam o sujeito ainda mais vulnerável e interferem em suas atitudes e na forma como se desenvolve. Em um estudo realizado por Tavares e Nery (2016), observou-se que a violência de gênero somada a outros fatores interferiu na trajetória educacional das mulheres participantes, o que repercutiu por toda a vida, porquanto a educação é uma das bases para a obtenção de melhor qualidade de vida.

O impacto da violência contra a mulher dentro das famílias atinge grandes proporções e, conseqüentemente, constata-se a importância da

prevenção e da interrupção deste fenômeno desde a infância. A prevenção constitui uma forma de evitar desajustes emocionais e de proporcionar o aprendizado de novas concepções de papel de gênero. Isso permitirá o desenvolvimento de uma nova geração conhecedora de seus direitos, que reconhece a equidade entre homens e mulheres, o que enfraquecerá o modelo patriarcal.

Nesta categoria, percebe-se que o que foi observado na prática clínica também está presente na vida das participantes. A violência no contexto familiar desde a infância gera diversas consequências negativas, entre elas, baixa autoestima e dificuldade de expressar afeto em relação a seus filhos. Isso leva muitas dessas mulheres a buscar acompanhamento psicológico e de outras especialidades. As mulheres que percebem as agressões ou as que têm condições de rompê-las buscam por vínculos e suportes que as ajudem a amenizar a dor gerada por tanta violência.

4.3 A intergeracionalidade do comportamento violento

Nesta categoria, analisou-se a presença da violência na vida atual das participantes. Também se observou a influência da violência vivida por estas mulheres na vida de seus filhos.

Primeiramente, destacando-se a violência vivida pelas participantes na vida adulta, investigou-se o que motivou as agressões, de que forma elas lidam com esses eventos e se percebem que a violência sofrida atualmente tem semelhanças com as agressões vividas por suas cuidadoras na infância. Em seguida, verificou-se a percepção das participantes sobre a influência da violência que elas sofrem na vida de seus filhos. Constatou-se a manutenção do comportamento violento na vida dessas mulheres de forma intensa e constante. Por meio dos discursos delas, já se percebe que seus filhos demonstram comportamentos inadequados decorrentes da vivência de episódios violentos. Assim sendo e para melhor compreender esses aspectos, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: “violência por parceiros

íntimos – a perduração da violência contra a mulher” e “os filhos diante da violência – a manutenção da intergeracionalidade”.

4.3.1 A violência por parceiros íntimos – a perduração da violência contra a mulher

Durante a investigação acerca desta subcategoria, as participantes relataram como eram ou são suas relações afetivas, se percebem que suas relações se assemelham às de seus cuidadores, quando as agressões se iniciaram, de que forma reagem e quais são seus sentimentos diante desta realidade. A maior parte das participantes iniciou suas relações afetivas muito cedo, ainda na adolescência, se inserindo em relações imaturas e sem o apoio e o suporte da família. Algumas das participantes utilizaram essas relações para sair do contexto de violência em que viviam com os pais, como demonstra o discurso abaixo:

“Saí de casa com 15 anos. Foi para casar. De tanto meu pai ser assim [violento], eu me envolvi com meu marido e fiquei com ele”.
(P7)

Elas declararam que, inicialmente, eram relações boas e não havia violência; porém, após certo tempo e com a ocorrência de alguns fatos, como gravidez, uso de bebida alcoólica, ciúmes e violência contra seus filhos, as agressões começaram.

“No início, era bom. Depois que começou, quando eu engravidei. Engravidei e ele começou com ciúme bobo.” (P1)

“Ele começou a beber e eu falava para ir embora e ele não quis... E ele começou a encher o saco. Aí, de repente, ele veio falando alto e me bateu.” (P6)

Alguns estudos apontam determinados fatores que podem estar associados à violência intrafamiliar, tais como o uso de bebida alcoólica (AUDI et al., 2008; BRASIL, 2002; GARCIA et al., 2016; VIEIRA et al., 2014). O uso de álcool e/ou de outras drogas potencializa a violência, e as taxas de agressões contra as mulheres tendem a ser 6,5 mais altas quando os homens consomem bebida alcoólica exageradamente em comparação com aqueles

que consomem quantidades consideradas socialmente aceitáveis (BRASIL, 2002; VIEIRA et al., 2014). Além disso, o consumo de bebida alcoólica é maior entre a população masculina e seu uso exagerado causa alterações de humor e comportamento. Conseqüentemente, pessoas alcoolizadas tendem a utilizar mais a agressividade como forma de resolução de problemas, o que potencializa situações de desentendimento entre os casais e pode suscitar as agressões do homem contra a mulher (REICHENHEIM; DIAS; MORAES, 2006; VIEIRA et al., 2014). No entanto, o consumo de álcool é apenas um dos fatores contribuintes para a violência, não sendo, de forma isolada, a causa do evento (GARCIA et al., 2016).

Outro fator apontado nos discursos como desencadeador de violência foi a gravidez ou a presença dos filhos. Embora não haja na literatura a confirmação dessas situações como fatores de risco para violência, trata-se de um fator que pode também contribuir para agressões, visto ser a gravidez um período de muitas mudanças. Além de alterações no humor e no comportamento da mulher, a presença de um filho gera muito estresse na vida do casal, podendo haver mais discussões e desentendimentos (GARCIA et al., 2016; SILVA et al., 2011). O estresse causado pela presença da criança, o ciúme da relação mãe-filho, as noites mal dormidas, as discussões sobre a atividade sexual e as mudanças na dinâmica familiar podem levar a conflitos (SILVA et al., 2011).

Soma-se a isso a falta de repertório adequado para a resolução de problemas, já que a população estudada teve como modelo de origem a violência como meio de solucionar suas desavenças. Assim, é esperado que ao vivenciar essas situações, as mulheres sejam passivas e aceitem a forma como seus parceiros agem na relação.

É importante reconhecer que esses são apenas alguns fatores que podem contribuir para a violência nas relações, mas que eles não atuam de forma isolada, havendo outras questões que podem iniciar as agressões entre os casais, e cada caso tem suas peculiaridades. Todavia, deve-se atentar para o fato de que as mulheres participantes do estudo viviam em ambientes violentos, continuaram a se expor a este fenômeno e isto pode ser parcialmente justificado pelo fato de elas não saberem manejar essas

relações, já que não aprenderam a lidar com a violência. Isso foi percebido por elas, como se observa na frase abaixo:

“Parece que estava repetindo a mesma coisa que acontecia com a minha mãe.” (P7)

Essa fala retrata a percepção da participante em relação à perduração da violência em sua vida quando percebe que o mesmo que ocorria com sua mãe ocorre com ela. Observa-se a intergeracionalidade da violência no discurso da participante.

Em outro discurso, houve a percepção sobre a falta de um modelo parental adequado. Nota-se que a participante identificou a falha em seu processo educacional, e que tal fato gerou consequências em sua vida atual.

“Já vi muita coisa errada. Essa educação tinha que ser dada quando eu era pequena. Já é tarde.” (P10)

A participante reconheceu que presenciar as agressões que sua mãe sofria a influenciaram negativamente. Isso demonstra a importância dos modelos parentais na infância, sendo estes fundamentais para a construção de repertórios adequados para uma vida adulta com mais qualidade e relações positivas (SANTINI; WILLIAMS, 2016).

As principais violências vivenciadas pelas participantes, agressões que refletem a intensidade da violência sofrida por elas, também estiveram presentes em seus discursos. Os tipos de violência mais citados foram as agressões físicas e psicológicas, ao passo que a violência sexual foi pouco mencionada, tendo sido relatada por duas participantes. Os trechos abaixo mostram algumas das situações vividas:

“Eu estou com minha perna roxa aqui agora, que ele machucou minha perna.” (P1)

“Às vezes, ele quer ter relação e eu não estou com vontade.” (P4)

“Até hoje, as violências eram muito veladas. Então, por exemplo, ele dizia muito, ‘meto-lhe a porra’, e eu não percebia.” (P8)

De acordo com o especificado na Lei Maria da Penha, a violência física é constituída de atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma

intencional (BRASIL, 2006). As participantes relataram sofrer agressões físicas constantes e de maneira intensa, sendo vítimas de espancamento, armas brancas, mordidas e socos. É comum que as agressões físicas acarretem maior impacto na vida da mulher, gerando angústia e indignação, além das consequências para a saúde física. Por isso, elas são comumente mais reconhecidas e relatadas por mulheres vítimas de violência.

A violência psicológica é designada como toda forma de rejeição, depreciação e discriminação que cause dano emocional e diminuição da autoestima (BRASIL, 2006). É um dos tipos mais prevalentes de violência contra a mulher e observou-se nos discursos das participantes a presença constante da violência psicológica, porém, muitas vezes, não identificada como um tipo de agressão (PACHECO, 2015; FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015). Muitas mulheres não reconhecem a humilhação, a difamação e a depreciação como violência e tentam aceitar e justificar essas atitudes, como se este comportamento fosse normal. Contudo, em muitos casos analisados no presente estudo, a violência psicológica foi o ponto inicial para outras formas de violência, o que comumente ocorre na VPI (COSTA et al., 2011).

A violência sexual corresponde a uma ação que obriga outra pessoa a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, incluindo-se situações de sexo forçado no casamento (BRASIL, 2006). Considera-se que a pouca menção feita à violência sexual decorre do fato de essas mulheres terem um modelo parental patriarcal, de acordo com o qual a mulher deve obediência ao homem, e isto inclui a relação sexual (SAFFIOTI, 2015). Dessa forma, muitas dessas mulheres nem consideram a possibilidade da existência da violência sexual dentro do matrimônio.

Os discursos analisados corroboram a designação de Chauí (1985) de que a violência se insere em um contexto de desigualdade nas relações, de violação do direito e da liberdade do sujeito. Nota-se que, como propõe a teoria de aprendizagem social (BANDURA, 2001), observar cotidianamente a aceitação da violência por parte de suas mães levou essas mulheres a aprender sobre o papel de submissão pertencente à mulher.

A análise dos dados aponta limitações para a superação das dificuldades decorrentes da violência e, conseqüentemente, para que haja o processo de empoderamento dessas mulheres. Os conteúdos dos discursos demonstram que as relações estão sustentadas pela ideologia machista. Nessa perspectiva, os parceiros se vêem no direito de agredir suas companheiras e elas aceitam tal condição, se sujeitando a uma relação de desigualdade de poder (SAFFIOTI, 1987).

Mesmo com os avanços das políticas públicas e sua maior divulgação, o modelo de relações patriarcais, no qual o homem é o detentor do poder, ainda se mantém. Desse modo, confirma-se que ainda há necessidade de maior discussão acerca das mudanças para a consolidação e a efetivação dessas políticas (BANDEIRA, 2014).

Notou-se que muitas dessas mulheres têm dificuldade de discriminar agressões mais sutis como violência, e isso é uma realidade para quem atua na área. No cotidiano laboral, observa-se que as vítimas chegam aos serviços já em condições físicas graves, necessitando de cuidados mais intensos e até com comprometimentos irreversíveis, sejam físicos ou psicológicos. Ter a violência no cotidiano como algo comum agrava ainda mais a condição de saúde dessas mulheres, dificultando sua busca por apoio e suporte.

4.3.2. Os filhos diante da violência – a manutenção da intergeracionalidade

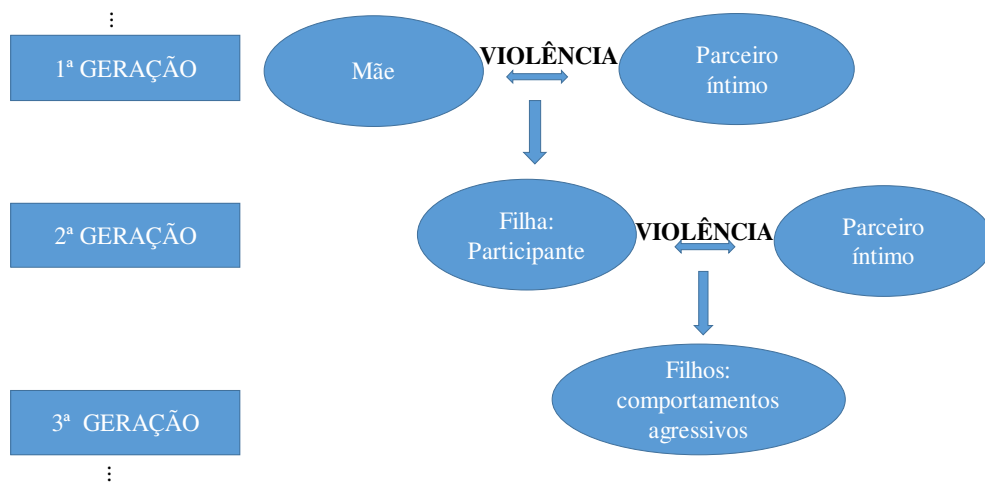
Esta subcategoria apontou de que forma as participantes observaram que seus filhos estão inseridos no contexto de violência que elas vivem, como eles presenciam as agressões e quais os comportamentos que eles emitem, já demonstrando a influência desta vivência. Nos discursos abaixo, retratam-se situações em que os filhos, ainda crianças, já exibem comportamentos agressivos, tanto por meio de agressões físicas quanto pela ideação de planos futuros de vingança. Também se nota que os filhos já demonstram alterações emocionais associadas à violência vivenciada.

“Ele [filho] está ignorante também. Pequeninho ele já grita comigo, já é agressivo.” (P1)

“Reflete neles, porque o M [filho] fala que, quando ele crescer, ele vai comprar uma arma e matar meu ex-marido. O outro é muito nervoso. Ele avança na minha mãe, responde... Muito nervoso.”
(P10)

Em todos os casos estudados, os filhos presenciam a violência desde muito cedo e já estão inseridos neste contexto tanto como vítimas diretas quanto como indiretas, testemunhando as agressões. Dessa forma, verifica-se que o padrão comportamental violento existente na infância das participantes está refletindo na vida dos filhos delas. Assim sendo, mais uma geração de indivíduos está sendo exposta a agressões e aprendendo valores e habilidades inadequadas, que poderão se manter em suas vidas adultas. Na Figura 2, mostra-se a representação da intergeracionalidade da violência dentro das famílias.

Figura 2. Esquema representativo da intergeracionalidade da violência na vida das participantes.



Fonte: Original da autora.

Sabe-se que há tendência de reprodução de comportamentos, uma vez que a agressão é aprendida pelas crianças como forma normal de interação entre as pessoas. A aquisição desse modelo aumenta a probabilidade de

repetição desse comportamento em suas relações (RODRIGUES; CHALHUB, 2014; SANTINI; WILLIAMS, 2016).

Ademais, as falas das participantes apontaram que, além de seus filhos já demonstrarem comportamentos agressivos, muitos deles tentam protegê-las, mas acabam também sendo vítimas das agressões. O discurso abaixo é um exemplo do comportamento de proteção que os filhos exercem sobre as mães em situação de violência:

“Ele [marido] me trancava no quarto sem comida, sem água... Uma vez, ela [filha] quase tomou uma surra porque ela abriu a porta do quarto para mim.” (P2)

Isso demonstra o sofrimento das crianças que veem suas mães sendo violentadas, o que os leva a vivenciar violência psicológica, já influenciando a saúde mental e a qualidade de vida desses menores. As participantes percebem isso por meio das falas dos filhos. Em seu discurso, as participantes apontaram que reconhecem os prejuízos gerados, porém demonstraram não saber como lidar com esses eventos.

Foi possível perceber que as participantes discriminam que a violência que elas vivem influencia seus filhos. Entretanto, diante da falta de repertório de comportamentos adequados de enfrentamento, elas não conseguem interromper as agressões e mantêm seus filhos nesta condição.

Além da falta de repertório de enfrentamento, há a ausência de apoio a essas mulheres. Na maioria dos casos, a família não lhes dá suporte, e ainda as julga ou incentiva a manter a relação, como se nada melhor pudesse existir. Soma-se a isso a falta de serviços de apoio que possam auxiliá-las a sair da situação de forma segura, preservando seus direitos e proporcionando-lhes alternativas para mudar sua condição.

Ainda se verificou em alguns discursos que, por conta das situações de agressão vividas, essas mulheres acabam sendo violentas com seus filhos. A fala abaixo exemplifica a relação violenta entre mãe e filha:

“Logo no começo, quando ela [filha] era pequenininha, ele me agredia e eu acabava descontando nela. Eu estava tomando raiva dela.” (P3)

Essa ocorrência é comum entre mulheres vítimas de violência, pois elas tendem a utilizar práticas educativas inadequadas com seus filhos, sendo punitivas em excesso ou usando abusos físicos para correções (SANI; CUNHA, 2011). Isso decorre do estresse que elas vivenciam, porquanto grande parte de sua energia está direcionada para se defender e manter seus filhos em segurança (SANI; CUNHA, 2011).

Crianças expostas à violência podem desenvolver diversos problemas, como os de interação social, de saúde, dificuldades escolares, dificuldades comportamentais, além do risco de desenvolver psicopatologias (BRANCALHONE; WILLIAMS, 2003; SANTINI, 2011). Demonstra-se, assim, quão comprometedor pode ser a violência contra a mulher, uma vez que também influencia o futuro de seus filhos. As crianças podem estar aprendendo que o poder é sempre do mais forte e que a violência é algo bom, permitido e aceitável, ou podem estar adquirindo um modelo passivo, com repertório fraco de enfrentamento e vitimização frequente (WEBER et al., 2002).

Constatou-se, portanto, a presença da intergeracionalidade do comportamento violento, havendo grande possibilidade de que essas crianças reproduzam esse mesmo modelo em suas vidas adultas, mantendo este fenômeno. Percebe-se, então, a importância da interrupção da violência, pois não haverá apenas um indivíduo beneficiado, mas toda uma família e uma geração de indivíduos. Conseqüentemente, toda uma sociedade pode tornar-se menos violenta.

Por meio dos discursos das participantes, percebem-se nesta categoria a repercussão, os impactos e as conseqüências da violência intrafamiliar. Essa percepção reforça o que se verifica no cotidiano de atendimento às crianças expostas à violência, que já emitem comportamentos agressivos, possuem atitudes e valores incoerentes com a idade e emitem discursos repletos de ódio e desamparo. Esse comportamento das crianças aponta para a perpetuação da violência.

4.4 As expectativas futuras

Nesta categoria, as participantes relataram suas expectativas em relação ao futuro. Algumas demonstraram desesperança, não sabendo referir o que esperam, enquanto outras mencionaram mudanças já concretizadas com satisfação e orgulho de suas conquistas, e outras, ainda, enumeraram planos, demonstrando motivação para executá-los.

“Nem sei mais... Cada vez que passa, fica pior.” (P1)

“Nossa! Agora, vai melhorar tudo. Ele não aparecendo no meu caminho, está ótimo.” (P2)

Ao se referir ao futuro, as participantes expuseram um pouco de sua condição mental, tendo sido possível observar aspectos emocionais que apontam como a violência compromete aspectos psicológicos das vítimas, desencadeando sintomas depressivos, de ansiedade, desmotivação e baixa autoestima. A violência contra a mulher pode gerar diversos comprometimentos em sua saúde, como transtornos depressivos, dificuldade de socialização, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de outras comorbidades (BARROS et al., 2016; LONGMORE et al., 2014; PACHECO, 2015; WHO, 2013).

Nos discursos analisados, constatou-se a presença desses comprometimentos na vida de algumas das mulheres. Uma delas relatou o uso de álcool e outra demonstrou comportamentos associados a transtornos depressivos, como tristeza intensa, desmotivação e desesperança.

“Eu já pensei em fazer alguma coisa comigo e com meu filho e deixar ele [marido] aí.” (P1)

“Foi assim: eu já bebia, né? Mas, eu comecei a beber demais e aquelas coisas não saíam da minha cabeça, sabe? E só saía quando eu bebia. Aí, comecei a beber todo dia.” (P7)

Tais situações comprometem as expectativas que elas possuem acerca de suas vidas futuras, porquanto necessitariam de tratamentos especializados para mudar este quadro. Ademais, tais aspectos psíquicos as tornam ainda mais suscetíveis a buscar relações abusivas ou a se manter na

situação de violência em que se encontram. Em relação a esses aspectos, verifica-se a importância da rede de saúde como apoio e suporte para a mulher vítima de violência. Seu estado mental compromete ainda mais a qualidade de vida e as mantém presas nessas relações abusivas, já que se tornam ainda mais dependentes emocionalmente das relações existentes.

No entanto, há as que se separaram de seus parceiros e estão buscando formas de se tornar independentes das relações abusivas que viviam. Essas relataram que buscaram por trabalho a fim de conquistar sua independência financeira e, a partir disto, estão proporcionando aos filhos uma vida com mais qualidade e afeto.

Esses dados mostram que a transmissão da intergeracionalidade da violência pode ser interrompida e que novos comportamentos podem ser aprendidos. Apontam que apoio, suporte e relação de afeto podem trazer benefícios e mudar o contexto de vida de toda uma família, gerando consequências positivas a curto e longo prazos (WEBER et al., 2006).

As participantes que conseguiram tais conquistas demonstraram intensa satisfação e declararam estar mais seguras e com autoestima adequada e equilibrada. Entretanto, elas relataram que ainda têm medo de que seus ex-companheiros voltem a procurá-las e se sentem ameaçadas por eles, visto que os filhos ainda os mantêm ligados. O medo e a insegurança são intensificados pela lentidão dos processos jurídicos de separação e de disputa de guarda dos filhos.

“Eu ainda tenho medo. Mas não por mim, mais pelos meus filhos e minha família.” (P10)

“Eu preciso muito da guarda dos meus filhos e eu não consigo.” (P3)

Dessa forma, certifica-se o quanto a violência impacta a vida das mulheres e de suas famílias. São anos de sofrimentos emocionais e físicos, que geram consequências a curto, médio e longo prazos. As lembranças das agressões vividas são persistentes e o medo e a insegurança perseguem essas mulheres ao longo de toda a sua vida.

4.5 O contexto da rede de atenção à violência contra a mulher

Para que o enfrentamento à violência contra a mulher ocorra de forma integral e adequada, deve haver a integração de vários serviços e setores. Dessa maneira, faz-se necessário que a rede de atenção atue de forma articulada, visando desenvolver estratégias efetivas que garantam os direitos da mulher e de sua família e lhes forneçam assistência adequada (PACHECO, 2015).

A Rede de Atendimento às Mulheres é composta de quatro áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social. Essas são constituídas de serviços não especializados, como hospitais gerais, delegacias comuns, Polícia Militar, Centros de Referência de Assistência Social, Ministério Público e defensorias públicas, e de serviços especializados, como os Centros de Atendimento à Mulher, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento, DEAM's, juizados e promotorias especializados (PACHECO, 2015). Faz-se importante salientar que qualquer um desses serviços é porta de entrada para a mulher agredida (PACHECO, 2015).

De acordo com os dados da presente pesquisa, primeiramente apurou-se que muitas participantes nunca buscaram apoio para o enfrentamento da violência vivida, em decorrência do medo e das ameaças do agressor, além da vergonha que sentem por serem agredidas. Algumas relataram que se tratavam sozinhas em casa, para que ninguém soubesse o que ocorria.

“Não, nunca contei para ninguém, não... Ele nem sabe que a gente conversa sobre isso.” (P1)

“Não, me tratava sozinha... Medo... Ele me ameaçava... Que se algum dia eu fizesse alguma coisa com ele, que eu podia ir para qualquer lugar que ele me achava.” (P4)

Já outras relataram que haviam buscado os órgãos de proteção diante da violência sofrida, recorrendo às delegacias comuns ou à DEAM.

“Fiz BO, passei por exame de corpo de delito de novo. Aí, me encaminharam para uma assistente social.” (P3)

“Já fui várias vezes na delegacia. Tem ocorrência minha na DEAM. Tem mais de 30.” (P10)

As DEAM's são unidades da Polícia Civil especializadas nos atendimentos à mulher. São consideradas um marco na luta feminista, pois reconhecem a violência contra mulheres como um crime (SOUZA; CORTEZ, 2014). Contudo, as mulheres entrevistadas revelaram que os serviços disponibilizados por essa instituição não ajudaram da forma como esperavam. Afirmaram que foram tratadas de maneira inadequada, com pouca atenção e respeito. Algumas participantes se sentiram constrangidas e relataram descaso por parte dos profissionais, justificado pelo fato de que grande parte das mulheres que buscam estes serviços acabam retirando suas queixas ou retomando as relações com os agressores. O discurso abaixo retrata tal fato:

“Na delegacia, você é atendida como mais um caso que não vai dar em nada. Vai acabar voltando para o marido.” (P3)

Tais atitudes por parte dos servidores da instituição levaram a uma maior desmotivação das mulheres para fazer novas denúncias. Muitas deixaram de prestar queixas de agressões posteriores perante a experiência prévia que tiveram. A busca pelos órgãos de justiça ocorreu mais especificamente após uma agressão mais grave, não sendo comum quando ocorrem episódios de violência tidos como mais amenos.

Isso apenas confirma o fato de que, a despeito das políticas públicas e da legislação vigente, o apoio e a proteção da mulher em situação de violência ainda não estão garantidos. Quando existem, ainda são exercidos de forma inadequada na maioria das instituições, não garantindo os direitos da população feminina. As mulheres relataram que os servidores as desrespeitam e lhes transmitem sensação de desproteção e descaso em relação à violência sofrida. Há que se investir na capacitação dos profissionais atuantes na área, a fim de disponibilizar serviços mais humanizados e adequados para essas situações.

Muitas vezes, a mulher em situação de violência doméstica busca apoio inicialmente em membros da família e amigos; contudo, nem sempre tal suporte é ofertado e muitas delas se sentem envergonhadas e culpadas diante das atitudes dos familiares. Isso aumenta sua sensação de

incompetência e submissão, o que a desmotivará para buscar outros tipos de apoio (VIEIRA et al., 2015).

As unidades de saúde, que no presente estudo se traduzem como os serviços de nível primário, secundário e terciário, constituem outro campo de amparo às mulheres violentadas. Consideram-se como unidades de saúde, portanto, todos os serviços que interagem direta ou indiretamente, como unidades básicas de saúde (UBS's), unidades de pronto atendimento (UPA's), hospitais de nível secundário e terciário e Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS).

As condutas profissionais não mudam muito quando os serviços de saúde são comparados com os serviços de proteção. As unidades de saúde foram uma alternativa para algumas das participantes, porém somente quando da ocorrência de graves agressões físicas, em que necessitaram de cuidados de saúde, como curativos.

As unidades de saúde não foram referência para nenhuma das entrevistadas como apoio e suporte para a violência sofrida. Além disso, quando buscados, esses serviços não ofertaram condutas diferenciadas para as vítimas de violência, tratando-as de forma comum, como todos os demais casos. Esse tipo de atendimento reforçou a percepção das mulheres de que a rede de saúde não é uma referência de apoio às vítimas de violência. Os discursos abaixo exemplificam tal fato:

“Na unidade de saúde, me atenderam como atende todos. Não houve diferencial, mas não foi demorado.” (P2)

“Aí, ela [enfermeira] falou para mim que ele não tinha quebrado. Tinha feito um 'regaço' na minha boca, e que boca não engessa”. (P3)

A conduta dos profissionais da saúde em relação à mulher vítima de violência não demonstrou práticas diferenciadas, o que levou muitas delas a não reconhecer tais instituições como possíveis locais de apoio e suporte. Então, ficou patente a dificuldade que as mulheres e os próprios profissionais têm de visualizar os serviços de saúde como espaço de atendimento, reabilitação e prevenção da violência (VIEIRA et al., 2015).

Dado que a intervenção da saúde nas questões de violência é recomendada pela OMS, todos os profissionais da saúde devem ser capazes de compreender e lidar com elas (KRUG et al., 2002; RIGOL-CUADRA et al., 2015). Entretanto, os profissionais da saúde ainda têm dificuldades para tratar situações de violência, o que decorre da falta de formação para o enfrentamento deste fenômeno. Além disso, vários desses profissionais consideram a violência como uma questão pertencente ao âmbito jurídico, não sendo papel da saúde o enfrentamento deste problema (RIGOL-CUADRA et al., 2015). Muitos profissionais não se sentem preparados para lidar com vítimas de violência porque não possuem conhecimentos sobre este fenômeno, o que aponta a ausência deste tema nos programas de formação dos profissionais. A qualificação dos profissionais da saúde neste campo é de extrema necessidade, uma vez que a violência é um problema de saúde pública e há condutas que já são obrigatórias, como a notificação compulsória em casos de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009; GOMES et al., 2015; SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014; VIEIRA et al., 2015; VISENTIN et al., 2015).

Um fato que interfere e intensifica a dificuldade de atendimento às vítimas de violência é a presença de condutas de saúde ainda no modelo biologista, que desconsidera aspectos sociais e psicológicos do sujeito, focando apenas no processo de saúde como ausência de doença e abrangendo a violência apenas quando gera dano físico (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014). Somam-se a isso as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em relação à precariedade dos demais serviços de proteção ofertados à mulher, visto que não há uma comunicação adequada entre setores do judiciário e da assistência social (D'OLIVEIRA et al., 2009; PACHECO, 2015).

Todo esse contexto dificulta as intervenções de suporte às mulheres em situação de violência. Conseqüentemente, há o comprometimento de possíveis atuações nas famílias, pois, por meio dos serviços de saúde, poderiam ser realizadas ações de prevenção da violência e de interrupção de sua intergeracionalidade na forma de orientações e encaminhamentos a serviços pertinentes.

Destaca-se a importância de compreender que a ação do profissional da saúde pode interromper um ciclo de violência e ser o início da mudança na vida de uma família. A violência é um problema de saúde pública e os profissionais devem reconhecer que a atenção e o cuidado às vítimas fazem parte de sua conduta cotidiana, independentemente do tipo de serviço no qual atuam, seja de atenção primária, secundária ou terciária. Traçar os perfis epidemiológico e psicossocial e descrever os fatores de risco podem ser condutas auxiliares para a elaboração dessas ações. Em complementação a isso, podem ser desenvolvidas ações mais pertinentes e efetivas para a interrupção do ciclo de violência em conjunto com outros setores, como serviços sociais e de segurança pública.

Não obstante, há que se considerar os efeitos da violência em toda a família. Ao atender uma mulher vítima de violência, também se deve compreender todo o seu contexto familiar e ouvir os que estão inseridos nele, pois podem ser futuras vítimas ou agressores. Deve-se olhar de forma ampla e integral para as vítimas de violência e reconhecer sua história para aprender a elaborar propostas de prevenção, compreender o seu presente, sem julgamentos, e oferecer-lhes os cuidados pertinentes. Para interromper o ciclo da violência em uma família, torna-se imprescindível proporcionar às vítimas uma perspectiva diferente da atual, de modo a lhes possibilitar a retomada de sua autoestima e autoeficácia.

Torna-se importante refletir até quando a rede de saúde lidará com a violência de maneira superficial e ineficaz, visto ser este um fenômeno cada vez mais comum no cotidiano das unidades de saúde. Além disso, a violência afeta todo o contexto social, gerando consequências que atingem a todos de forma direta e indireta. Diariamente, a mídia impressa e televisiva exhibe situações desumanas que causam mal-estar e desesperança, mostrando as angústias e tristezas das pessoas que sofrem violência doméstica, o que tem gerado doenças emocionais graves para toda sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, buscou-se compreender tanto a intergeracionalidade do comportamento violento na vida de mulheres em situação de violência quanto a forma como os serviços de saúde se inserem neste contexto de acordo com as percepções destas mulheres. Tais reflexões se fizeram necessárias a partir da vivência da pesquisadora, que no cotidiano de seu trabalho de atendimento às vítimas de violência observou que a maior parte dessas mulheres possui uma história marcada por agressões e contextos familiares violentos. Também percebeu como a violência sofrida por essas mulheres se reflete em todo o seu contexto familiar e em suas expectativas futuras.

A conduta dos profissionais da saúde no atendimento às vítimas de violência requer investigações. É de suma importância compreender as percepções dos próprios usuários acerca de como a rede de saúde pode contribuir para minimizar o contexto da violência.

No presente estudo, expôs-se a dimensão do fenômeno da violência contra a mulher, verificando-se que, apesar dos avanços nas políticas públicas e legislações, este problema se mantém sempre atual e frequente em nossa sociedade. Ainda somos diariamente bombardeados por notícias relacionadas a esse tipo de violência, nos fazendo questionar porque e como isto ainda se perpetua.

A pesquisa teve como foco compreender este tema a partir do olhar de quem o vivencia ou vivenciou e averiguar a dimensão das consequências deixadas pelas agressões. Dessa maneira, pretendeu-se entender esse fenômeno e abrir possibilidades de reflexão sobre formas de se interromper e prevenir situações de violência.

As constatações deste estudo levaram à compreensão da dimensão da VPI e apontaram, de forma relevante, que esta vai além de uma agressão à parceira, uma vez que atinge a mulher e toda a sua família, deixando marcas que serão passadas por gerações, tornando-se uma forma de relação comum

dentro do contexto familiar. O modelo parental de origem é a base da construção do sujeito, a partir da qual são formados os valores, as atitudes e as habilidades. Se o contexto de formação de um indivíduo é embasado em relações violentas, há tendência de que o sujeito se forme a partir desta base, aprendendo tais atitudes, que poderão ser levadas para suas futuras relações.

Dessa maneira, a educação de uma criança é de extrema importância para a criação de sujeitos responsáveis, dignos, respeitadores e afetuosos. Deve-se compreender que a família é um dos fatores que influencia a formação do sujeito, já que todo o contexto social faz parte do processo de desenvolvimento, fornecendo modelos e condições para a criação de um repertório. Contudo, o indivíduo sempre levará consigo as memórias de uma relação familiar ruim, podendo haver comprometimento de suas expectativas futuras e acarretando desmotivação e desesperança, o que mostra que a violência intrafamiliar pode ser um fator de risco para problemas emocionais na vida adulta.

Além do processo de construção do sujeito, que se dá por meio da família, deve-se atentar para o fato de que a exposição de crianças a agressões é uma forma de violência. A infância deve ser uma fase da vida baseada em afeto e segurança. Violentar ou expor a criança à violência comprometerá toda a sua formação, gerando consequências por toda a sua vida.

O reflexo da violência na infância das mulheres entrevistadas pôde ser constatado em suas relações afetivas atuais. Nesta pesquisa, foram apontados os impactos da intergeracionalidade da violência na vida das mulheres, e a falta de repertório adequado de enfrentamento, o que as levou a vivenciar a violência em suas relações atuais, repetindo os eventos experienciados na infância. E em mais uma relação na qual buscavam afeto, elas foram agredidas e humilhadas.

Verificou-se a mesma situação ocorrendo com os filhos dessas mulheres. A história se repete e os filhos já são vítimas dessa violência, confirmando, mais uma vez, o impacto da VPI na vida dos indivíduos. A violência torna-se presente por mais de uma geração em uma mesma família.

Os impactos são visíveis e as consequências são perceptíveis para as mães e os demais indivíduos envolvidos.

Inseridas nesse contexto de violência contínua, as vítimas apresentam comprometimento da saúde mental. Notaram-se nas participantes sintomas que podem levar ao desenvolvimento de transtornos mentais graves, como tristeza intensa, desmotivação, desesperança, uso de bebidas alcoólicas, tentativas de suicídio e baixa autoestima, confirmando a influência da violência no estado psíquico das mulheres vitimizadas. O mesmo pôde ser observado nas crianças das mulheres participantes, que presenciam a violência e já apresentam fracasso escolar e comportamentos agressivos em suas relações interpessoais, exibindo algumas das consequências geradas por ambientes violentos.

Por outro lado, também se constatou que é possível sair da situação de violência por meio de apoio e suporte adequados. A interrupção da violência pode levar ao empoderamento e a mudanças que estimulam as vítimas a buscar relações positivas e melhor qualidade de vida. Isso comprova que uma orientação adequada às vítimas pode mudar sua condição, gerar novos repertórios comportamentais, propiciar o aprendizado de novas formas de lidar com agressões e a busca de diferentes formas de se relacionar.

Dentro desse contexto de apoio e suporte, se incluem os serviços de saúde. Ficou demonstrado neste estudo que a rede de saúde ainda não é referência de amparo às vítimas de violência. Apesar de se tratar de um fenômeno que compete à saúde pública, isso é desconhecido pelas vítimas, que colocam as unidades de saúde apenas como referência para tratamentos de ferimentos.

Soma-se a isso a falta de capacitação dos profissionais da saúde, que não têm em seu repertório condutas diferenciadas e/ou qualificadas para lidar com vítimas de violência. A violência é tratada por eles apenas como um fenômeno pertencente ao privado, não fazendo parte do contexto da saúde, contradizendo todas as orientações de órgãos como OMS e Ministério da Saúde.

Oferecer novos modelos comportamentais pode tornar as vítimas mais ativas em seu processo de mudança, possibilitando-lhes a construção de um

repertório adequado para o enfrentamento da violência. Consequentemente, essa mudança será modelo para os filhos dessas mulheres, que aprenderão com suas mães que é possível viver sem violência. Dessa maneira, interrompe-se a intergeracionalidade do comportamento agressivo dentro de uma família, possibilitando mudanças concretas e novos recomeços.

Observou-se que a violência atinge todo o contexto familiar, e somente a interrupção do ciclo deste fenômeno pode amenizar as consequências por ele geradas. Para isso, há necessidade de mudanças, tais como tornar as políticas públicas realmente efetivas, mudar as condutas profissionais e reconhecer a violência como um fenômeno atual e ainda muito presente no contexto familiar.

Uma das limitações do presente estudo foi a avaliação de apenas uma geração de vítimas de violência. A avaliação de outras gerações de vítimas permitiria melhor entendimento acerca dos aspectos da intergeracionalidade da violência, a fim de compreender a construção desse repertório dentro de uma família. Além disso, neste estudo não se buscou compreender a história de vida dos agressores, embora eles também possam ter vivenciado violência na infância, o que os teria tornado sujeitos violentos. Ambas as questões podem ser futuramente estudadas para complementar e aperfeiçoar a presente pesquisa. Também não houve uma análise das condições sociais das mulheres participantes, o que poderia auxiliar na compreensão da presença da violência nestas famílias e permitiria uma discussão mais ampla sobre aspectos que podem desencadear e reforçar comportamentos violentos.

Com base no exposto, conclui-se que este estudo possibilitou o aprofundamento e a melhor compreensão acerca da violência contra a mulher. Também exibiu diferentes aspectos associados a este fenômeno, como a intergeracionalidade, o comprometimento do futuro dessas vítimas e a forma como os serviços de saúde são percebidos por elas.

Para a construção de serviços mais eficientes com profissionais mais qualificados na área, é importante que a temática violência seja inserida nas grades curriculares dos cursos de graduação que trabalham com este assunto, como os das áreas de saúde e humanas. Tal implementação permitirá a formação de profissionais mais preparados para lidar com a

violência, tendo mais informações sobre leis, redes de apoio e condutas adequadas e pertinentes, de modo a permitir o desenvolvimento de ações mais efetivas, integralizadas, sem estigmas e com qualidade.

Os resultados desta pesquisa exibiram as fraquezas existentes na rede de apoio à mulher, mostrando a grande necessidade de mudanças de conduta, principalmente no que se refere à inserção das famílias das vítimas nos processos de intervenção. Este estudo permitiu refletir sobre a criação de serviços e ações que tragam toda a rede de relações da mulher que sofre violência para o atendimento, podendo ser realizado por meio de grupos de abordagem sistêmica ou rodas de conversa que propiciem à família expor suas vivências e seus sofrimentos diante da violência. Também se faz necessário que a própria rede faça a divulgação de seu trabalho e abra as portas para mulheres vítimas de violência por meio de ações educativas.

Ademais, observou-se a necessidade da criação de serviços direcionados aos filhos de vítimas de violência, oferecendo à comunidade locais onde crianças e adolescentes recebam acompanhamento multidisciplinar para suporte e apoio. Assim sendo, poderão conhecer e aprender sobre formas de relação mais saudáveis e positivas. Tais ações podem ser desenvolvidas dentro da Estratégia de Saúde da Família e nos serviços especializados.

Outro fator observado foi a necessidade de compreensão e análise da violência contra o homem, já que muitos deles também vivenciam a violência desde muito cedo. Esse fator pode comprometer sua saúde física e emocional de modo importante, além de ser um tipo de violência pouco compreendida e que também atinge o contexto familiar.

O presente estudo aponta para possíveis meios de intervenção, mostrando a importância de um trabalho integral e interdisciplinar com as famílias a fim de prevenir a violência. Para isso, devem ser fornecidos suporte, orientações, informações e atividades direcionadas ao tema. Para a interrupção do ciclo da violência, devem ser dadas opções para a vítima, mostrando-lhe que é possível ter uma vida sem violência e construir um novo caminho para toda a sua família.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, F.; BARKER, G. *Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, Instituto NOOS de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais, 2003. Disponível em: <<http://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/01/Homens-violencia-de-genero-e-saude-sexual-e-reprodutiva.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

AFIFI, T. O.; MacMILLAN, H. L.; BOYLE, M.; CHEUNG, K.; TAILLIEU, T.; TURNER, S.; SAREEN, J. Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, Ottawa, v. 27, no. 3, p. 10–18, 2016.

ALMEIDA, E. C. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*. 1998. Dissertação [Mestrado em Medicina]–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, S. S. Essa violência mal-dita. In: ALMEIDA, S. S. (Org.). *Violência de gênero e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2007. p. 23–41.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877–885, 2008.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 449–469, 2014.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 501–517, 2015.

BANDURA, A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, no. 52, p. 1–26, 2001.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, E. N.; SILVA, M. A.; FALBO NETO; G. H. F.; LUCENA, S. G.; PONZO, L.; PIMENTEL, A. P. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 591–598, 2016.

BRANCALHONE, P. G.; WILLIAMS, L. C. A. Crianças expostas à violência conjugal: Uma revisão de área. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S.; TANAKA, E. D. O. (Org.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais*. v. 6. Londrina: Eduel, 2003. p. 123–130. (Coleção Perspectivas Multidisciplinares em Educação Especial).

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.778, 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 96, seção 1e, 18 maio 2001. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/Port_737_polt_reducao_acid_morbimortalidade.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de

Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 maio 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jun. 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de atenção básica: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: Norma Técnica, 3. ed. atual. ampl., 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Cadernos de Atenção Básica nº 8, Série A – Normas e Manuais Técnicos nº 131). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2015/08/instrutivo-2015.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. São Paulo: Zahar, 1985. p. 23–62.

COSTA, A. M.; MOREIRA, K. A. P.; HENRIQUES, A. C. P. T.; MARQUES, J. F.; FERNANDES, A. F. C. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627–635, 2011.

CROMBACH, A.; BAMBONYÉ, M. Intergenerational violence in Burundi: experienced childhood maltreatment increases the risk of abusive child rearing and intimate partner violence. *European Journal of Psychotraumatology*, Philadelphia, v. 6, no. 1, Article 26995, 2015.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1163–1178, 2006.

DEEKE, L. P.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, W. F.; COELHO, E. B. S. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida pelo parceiro. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248–254, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, 2009.

ESPINAR-RUIZ, E.; LÓPEZ-MONSALVE, B. Infancia y violencia de género: cuantificación y percepciones. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 451–470, 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, E. M.; MENEGHEL, S. N. *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879–1890, 2015.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S.; SILVA, G. D. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. e 00011415, 2016.

- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOIÁS. Violência contra a mulher no estado de Goiás. *Boletim Epidemiológico*, Goiânia, v. 3, n. 4, p. 1–8, 2015.
- GOMES, N. P. *Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal*. 2009. 178 f. Tese [Doutorado em Enfermagem]–Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; ARAÚJO, A. J. S.; COELHO, T. M. F. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504–508, 2007.
- GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da Estratégia de Saúde da Família: problema de saúde pública e a necessidade de cuidado à mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 76–84, 2014.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 117–140. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em 7 mar. 2017.
- GOMES, V. L. O.; SILVA, C. D.; OLIVEIRA, D. C.; ACOSTA, D. F.; AMARRIJO, C. L. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 718–724, 2015.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra a criança e adolescentes por profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315–319, 2002.
- HOWELL, K. H.; BARNES, S. E.; MILLER, L. E.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury and Violence Research*, Kermanshah, v. 8, no. 1, p. 43–57, 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. *Cidades*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº 17*. Atlas da Violência 2016. Brasília, DF: IPEA, 2016.
- ISLAM, T. M.; TAREQUE, M. I.; TIEDT, A. D.; HOQUE, N. The intergenerational transmission of intimate partner violence in Bangladesh. *Global Health Action*, Philadelphia, v. 7, Article 23591, 2014.

KLEVENS, J. Violência física contra a mulher em Santa Fé de Bogotá: prevalência y factores asociados. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 9, no. 2, p. 78–83, 2001.

KRETCHMAR, M. D.; JACOBVITZ, D. B. Observing mother-child relationships across generations: attachment, boundary patterns, and the intergenerational transmission of caregiving. *Family Process*, New York, v. 41, no. 3, p. 351–374, 2002.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

LONGMORE, M. A.; MANNING, W. D.; GIORDANO, P. C.; COPP, J. E. Intimate partner victimization, poor relationship quality, and depressive symptoms during young adulthood. *Social Science Research*, New York, v. 28, p. 77–89, 2014.

LUNDBERG, M.; PERRIS, C.; SCHLETTE, P.; ADOLFSSON, R. Intergenerational transmission of perceived parenting. *Personality and Individual Differences*, Oxford, v. 28, no. 5, p. 865–877, 2000.

MARIN, A. H.; MARTINS, G. D. F.; FREITAS, A. P. C. O.; SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S.; PICCININI, C. A. Transmissão intergeracional de práticas educativas parentais: evidências empíricas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DEF, v. 29, n. 2, p. 123–132, 2013.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. v. 2. São Paulo: EPU, 1974.

McCLOSKEY, L. A. The intergenerational transfer of mother-daughter risk for gender-based abuse. *Psychodynamic Psychiatry*, New York, v. 41, no. 2, p. 303–328, 2013.

MELIONE, L. P. R.; MELLO-JORGE, M. H. P. Gastos do Sistema Único de Saúde com internações por causas externas em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1814–1824, 2008.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora Ltda, 2014.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9–42. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em 7 mar. 2017.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F., CRUZ NETO, O.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, criatividade e método*. 33. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513–531, 1997.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- OEA. Organização dos Estados Americanos. *Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”*. Washington, DC: Department of International Law, 1994. Disponível em: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 6 mar. 2017.
- PACHECO, L. R. *A prática assistencial na rede de enfrentamento da violência contra as mulheres em Palmas/TO*. 2015. 168 f. Tese [Doutorado em Enfermagem]–Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.
- PACHECO, L. R. *Violência conjugal no âmbito doméstico: as vozes de mulheres que romperam com a agressão*. 2012. 139 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]–Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.
- PAIXÃO, G. P. N.; GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; LIRA, M. O. S. C.; CARVALHO, M. R. S.; SILVA, R. S. Mulheres vivenciando a intergeracionalidade da violência conjugal. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 874–879, 2015.
- RAMO-FERNANDEZ, L.; SCHNEIDER, A.; WILKER, S.; KOLASSA, I.T. Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences and the Law*, New York, v. 33, no. 5, p. 701–721, 2015.
- REICHENHEIM, M. E.; DIAS, A. S.; MORAES, C.L. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 595–603, 2006.
- RIGOL-CUADRA, A.; GALBANY-ESTRAGUÉ, P.; FUENTES-PUMAROLA, C.; BURJALES-MARTÍ, M. D.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, D.; BALLESTER-FERRANDO, D. Percepção de estudantes de enfermagem sobre violência do parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 527–534, 2015.
- ROSA, L. W.; HAACK, K. R.; FALCKE, D. Rompendo o ciclo de violência na família: concepções de mães que não reproduzem o abuso sofrido na infância com seus filhos. *Revista de Psicologia da IMED*, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 26–36, 2015.

- RODRIGUES, L. S.; CHALHUB, A. A. Contextos familiares violentos: da vivência de filho à experiência de pai. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 77–92, 2014.
- ROMENS, S. E.; McDONALD, J.; SVAREN, J.; POLLAK, S. D. Associations between early life stress and gene methylation in children. *Child Development*, Chicago, v. 86, no. 1, p. 303–309, 2014.
- SAFFIOTI, H. I. B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1976.
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, v. 16, p. 115–136, 2001.
- SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. 2. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.
- SAFFIOTI, H. I. B. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.
- SALCEDO-BARRIENTOS, D. M.; MIURA, P. O.; MACEDO, V. D.; EGRY, E. Y. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 448–453, 2014.
- SANI, A. I.; CUNHA, D. M. M. Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 27, n. 4, p. 429–437, 2011.
- SANTINI, M. P. *Eficácia de procedimentos para maximizar senso de bem-estar e competência parental a mulheres vitimizadas*. 2011. 122 f. Dissertação [Mestrado em Psicologia]—Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.
- SANTINI, P. M.; WILLIAMS, L. C. A. Parenting programs to prevent corporal punishment: a systematic review. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 63, p. 121–129, 2016.
- SANTOS, M. C.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Estúdios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, Tel Aviv, v. 16, n. 1, p. 147–164, 2005. Disponível em: <<http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/482/446>>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Coordenadoria Especial da Mulher; Secretaria do Governo Municipal. *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004. (Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher, 8). Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05630.pdf>>. Acesso em 7 mar. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 553–556, 2006.

SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ. Consejo Ciudadano para la Seguridad Publica y Justicia Penal. *Listado de las 50 ciudades más violentas del mundo en 2015*. Ciudad de Mexico, 2015. Disponível em: <<http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/1356-caracas-venezuela-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo-del-2015>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

SILVA, E. P.; LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V. B.; VALONGUEIRO, S. A. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1044–1053, 2011.

SILVA, G. R. F.; MACÊDO, K. N. F.; REBOUÇAS, C. B. A.; SOUZA, A. M. A. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 5, n. 2, 2006.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 331–342, 2016.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523–3532, 2015.

SILVA, M. A.; FALBO NETO, G. H.; CABRAL FILHO, J. E. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 121–127, 2009.

SILVA, M. L.; POLLI, R. G.; SOBROSA, G. M. R.; ARPINI, D. M.; DIAS, A. C. G. Da normatização à compreensão: caminhos construídos para a intervenção familiar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Bernardo do Campo, v. 20, n. 1–2, p. 13–21, 2012.

SILVA, P. L. N.; ALMEIDA, S. G.; MARTINS, A. G.; GAMBA, M. A.; ALVES, E. C. S.; SILVA JUNIOR, R. F. Práticas educativas sobre violência contra a mulher na formação de universitários. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 276–285, 2016.

SKINNER, B. F. Selection by consequences. *Science*, New York, v. 213, no. 4507, p. 501–504, 1981.

SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A Delegacia da Mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 621–639, 2014.

SOUZA, M. C. *A intergeracionalidade na violência por parceiros íntimos: revisão sistemática*. 2015. 98 f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]—Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

STÖCKL, H.; DEVRIES, K.; ROTSTEIN, A.; ABRAHAMS, N.; CAMPBELL, J.; WATTS, C.; MORENO, C. G. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*, London, v. 382, no. 9895, p. 859–865, 2013.

TAVARES, A. C. C.; NERY, I. S. As repercussões da violência de gênero nas trajetórias educacionais de mulheres. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 241–250, 2016.

THORNBERRY, T. P.; HENRY, K. L. Intergenerational continuity in maltreatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, New York, v. 41, no. 4, p. 555–569, 2014.

UN. United Nations. The Commission on the Status of Women. *Fourth World Conference on Women*. Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

VIEIRA E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS M. A. Fatores associados a violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviço de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 730–737, 2011.

VIEIRA, L. B.; CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O., PAULA, C. C.; TERRA, M. G. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 67, n. 3, p. 366–372, 2014.

VIEIRA, L. B.; SOUZA, I. E. O.; TOCANTINS, F. R.; PINA-ROCHE, F. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 865–873, 2015.

VISENTIN, F.; VIEIRA, L. B.; TREVISAN, I.; LORENZINI, E.; SILVA, E. F. Womens's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 33, n. 3, p. 556–564, 2015.

VIZCARRA, M. B.; CORTÉS, J.; BUSTOS, L.; ALÁRCÓN, M.; MUNÓZ, S. Violencia conyugal em la ciudad de Temuco. Um estudio de prevalência y factores asociados. *Revista Medica de Chile*, Santiago, v. 129, no. 12, p. 1405–1412, 2001.

WASELFSZ, J. J. *Mapa da violência 2015*. Homicídio de mulheres no Brasil. 1. ed. Brasília, DF: FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

- WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, London, v. 359, n. 9313, p. 1232–1237, 2002.
- WEARICK-SILVA, L. E.; TRACTENBERG, S. G.; LEVANDOWISKI, M. L.; VIOLA, T. W.; PIRES, J. M. A.; GRASSI-OLIVEIRA, R. Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 119–122, 2014.
- WEBER, L. N. D.; SELIG, G. A.; BERNARDI, M. G.; SALVADOR, A. P. V. Continuidade dos estilos parentais através das gerações – transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 407–414, 2006.
- WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J.; ZOCICHE, C. R. E. Famílias que maltratam: uma tentativa de socialização pela violência. *PsicoUSF*, Itatiba, v. 7, n. 2, p. 163–173, 2002.
- WHO. World Health Organization. WHA 49.25. *Prevention of violence: a public health priority*. 49 World Health Assembly. Geneva: World Health Organization, 1996.
- WHO. World Health Organization. *Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions'*. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/>. Acesso em: 4 mar. 2017.
- WIDOM, C. S. Child abuse, neglect and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, Menasha, v. 59, no. 3, p. 355–367, 1989.
- WILLIAMS, L. C. A. Violência doméstica: há o que fazer? In: GUILHARDI, H. J.; MADI, M. B. B.; QUEIROZ, P. P.; SCOZ, M. C. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. v. 7. Santo André: ESETec, 2001.
- WILLIAMS, L. C. A.; SANTINI, P. M.; D’AFFONSECA, S. M. The Parceria Project: a Brazilian parenting program to mothers with a history of intimate partner violence. *International Journal of Applied Psychology*, Rosemead, v. 4, no. 3, p.101–107, 2014.
- ZALESKI, M.; PINSKY I.; LARANJEIRA R.; RAMISETTY-MIKLER S.; CAETANO R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian national alcohol survey. *Journal of Interpersonal Violence*, Thousand Oaks, v. 25, no. 4, p. 648–665, 2010.
- ZANELATTO, P. F.; SANTOS, W. S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D. B. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. *Ciencia y Enfermería*, Concepción, v. 18, no. 2, p. 31–39, 2012.

ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres em situação de violência: suas percepções em diferentes momentos da vida.

Pesquisador: Paula dos Santos Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48537815.0.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.338.850

Apresentação do Projeto:

Pesquisa: Mulheres em situação de violência: suas percepções em diferentes momentos da vida. Pesquisador Responsável: Paula dos Santos Pereira

Financiamento Próprio

Número de participantes:35

Segundo o que consta no projeto, trata-se de um estudo que visa compreender a influência dos atos violentos vividos ao longo da vida de mulheres em situação de violência, além de identificar a perpetuação de comportamentos de risco em relação à violência, caracterizando a intergeracionalidade da violência contra a mulher. Para atingir os objetivos propostos e considerando a complexidade inerente ao tema em discussão, será realizada uma pesquisa descritiva, que objetiva caracterizar determinada população ou fenômeno, como por exemplo, idade, nível de escolaridade e outros fatores que descrevam um determinado grupo, afim de estabelecer e compreender as relações entre estas variáveis, trata-se também de um estudo exploratório visando desenvolver conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um tema. A abordagem metodológica será tipo qualitativa, que visa trabalhar com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O estudo será realizado com mulheres vinculadas ao Programa de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, setor pertencente à Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Aparecida de Goiânia, cidade localizada na região metropolitana de Goiânia. Serão entrevistadas mulheres adultas que foram ou são vítimas de violência, com idade entre 19 a 59 anos e

que são mães, biológicas ou não. O critério em relação à maternidade é para investigação da percepção desta mulher sobre a violência vivida diante dos filhos, e se ela percebe as possíveis consequências destes atos na vida deles. Será utilizada a entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados, este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Será realizada a Análise de Conteúdo modalidade temática para verificação dos dados obtidos, que consiste em um conjunto de técnicas que visa obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às produções das mesmas.

Será realizada a Análise de Conteúdo modalidade temática para verificação dos dados obtidos. Esta metodologia consiste em um conjunto de técnicas que visa obter, por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às produções das mesmas (BARDIN, 1979).

Uma das técnicas utilizadas nesta metodologia e que será usada neste estudo é a análise temática, que visa compreender os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto analítico visado (BARDIN, 1979). Serão realizadas para tanto três etapas: a pré-análise (que consistiu em uma leitura fluente, na constituição do corpus a ser analisado e na formulação e reformulação de hipóteses e objetivos), a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 1979).

Os critérios de Inclusão:

- Mulheres com idade entre 19 a 59 anos;
- Mulheres que estão vivendo uma situação de violência (sexual, psicológica, física, moral ou patrimonial) ou já sofreram atos violentos na fase adulta;
- Mulheres cujo o agressor seja um parceiro íntimo, ou seja, pessoa com a qual mantém uma relação afetiva (cônjuge, namorado, companheiro);
- Mulheres que possuem filhos, biológicos ou não, de qualquer idade
- Mulheres que concordaram de forma livre e esclarecida em participar do estudo, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Coompreender a influência dos atos violentos vividos ao longo da vida de mulheres em situação de violência, identificar a perpetuação de comportamentos de risco em relação à violência, caracterizando a intergeracionalidade da violência contra a mulher.

Objetivo Secundário:

- Identificar a influência da experiência progressa da mulher em situação de violência na situação vivida atualmente;
- Compreender os significados atribuídos pela mulher sobre a violência praticada pelo seu companheiro íntimo;

- Compreender as percepções da mulher vítima de violência sobre as influências dessa situação na vida dos filhos e de sua família;
- Analisar as perspectivas futuras da mulher que sofreu atos violentos em relação a si própria e à sua família;
- Identificar a inserção do profissional de saúde no contexto de atendimento às mulheres que sofreram atos violentos.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica Bairro: St. Leste Universitario

UF: GO Município: GOIANIA

CEP: 74.605-020

Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcfg@yahoo.com.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há risco significativo em participar deste estudo. Os riscos correspondem à possibilidade de dificuldades em relação às respostas de algumas das questões apresentadas, ou ainda despertar alguma reação, como manifestação de algum sentimento aversivo ou incômodo. Se necessário será providenciado atendimento no serviço público de saúde. Ademais, a pesquisadora Paula dos Santos Pereira estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas através do telefone (62) 8162-4644.

Benefícios:

Pesquisas que investigam as consequências da violência contra a mulher em diferentes momentos históricos da vida dela podem proporcionar dados que viabilizem a criação de condutas de prevenção à violência. O conhecimento aprofundado de um comportamento que gera consequências

sociais amplas, como é o caso da violência, pode preparar melhor os profissionais da saúde e de outros setores em como lidar com as vítimas e como realizar programas de prevenção mais pertinentes e adequados a realidade da nossa sociedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de cunho qualitativo é a mais apropriada. A população do estudo será constituída por 35 mulheres com idade entre 19 a 59 anos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios necessários foram apresentados adequadamente conforme a RESOLUÇÃO Nº 466.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se que o projeto não possui nenhum óbice ético e que possui relevância científica, tendo possíveis benefícios para a população estudada. Para tanto, recomendo a aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

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 466/12 e suas complementares. Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_551172.pdf	01/10/2015 16:18:58		Aceito
Outros	notapesquisador.doc	01/10/2015 16:18:17	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoPaulaSantos.doc	01/10/2015 16:16:58	Paula dos Santos Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/10/2015 16:06:23	Paula dos Santos Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto Paula Santos.pdf	10/07/2015 12:46:24		Aceito
Outros	Certidão de Ata Paula.pdf	07/07/2015 14:40:47		Aceito
Outros	autorização prefeitura.pdf	07/07/2015 14:38:47		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

GOIANIA, 26 de Novembro de 2015

Assinado por

JOSE MARIO COELHO MORAES (Coordenador)

ANEXO 2. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde




Aparecida de Goiânia, 25 de novembro de 2014.

A diretoria da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia tem ciência e autoriza os pesquisadores Paula dos Santos Pereira e Marcelo Medeiros a coletarem os dados necessários para a execução do projeto intitulado "Mulheres em situação de violência: suas percepções em diferentes momentos da vida".

Sem mais para o momento renovo meus votos de estima e cooperação.

Atenciosamente,


VÂNIA CRISTINA R. OLIVEIRA
Diretora de Vigilância em Saúde

Rua Vitória Quadra 40 Lote 04, Jardim Belo Horizonte - Aparecida de Goiânia

Fone: (62)3545-5889 / 3545-6706

APÊNDICE 1. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do estudo “**Mulheres em situação de violência: suas percepções em diferentes momentos da vida**”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Essa pesquisa tem como objetivo compreender as percepções de mulheres em situação de violência sobre o seu passado, presente e futuro, afim de apontar fatores de risco para a violência presentes em sua história e na sua vida atual. Além disso, serão de ouvidas as opiniões dessas mulheres sobre os serviços de saúde em que foram atendidas, como forma de observar as condutas que tem sido realizada pelos profissionais e como estas ações a auxiliaram ou não. Os pesquisadores responsáveis são: Paula dos Santos Pereira e Dr. Marcelo Medeiros.

Ao participar do estudo você irá responder uma entrevista que tem algumas questões sobre suas percepções sobre a violência em diferentes momentos de sua vida. Caso você aceite participar da pesquisa, você precisa saber que:

a- As entrevistas durarão aproximadamente 40 minutos e serão gravadas e depois transcritas, com o objetivo de documentar o trabalho. Somente os pesquisadores terão acesso ao conteúdo das entrevistas.

b - Você está livre para deixar de participar desse estudo a qualquer momento, sem que isso prejudique seu tratamento.

c – Os dados poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, nos quais você e os outros participantes nunca serão identificados, o que garante o completo anonimato. A sr^a poderá ter acesso aos seus dados, resultados da pesquisa e publicações assim que desejar.

d - Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes e não será oferecida nenhuma remuneração financeira por sua participação.

e – Não há risco significativo em participar deste estudo. Os riscos correspondem à possibilidade de dificuldades em relação às respostas de algumas das questões apresentadas, ou ainda despertar alguma reação, como manifestação de algum sentimento aversivo ou incômodo. Se necessário será providenciado atendimento no serviço público de saúde. Ademais, a pesquisadora Paula dos Santos Pereira estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas através do telefone (62) 8162-4644.

f – Serão mantidas em sigilo todas as informações de ordem pessoal obtidas no estudo. O material coletado na pesquisa será arquivado no Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE) da Faculdade de

Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, por cinco anos. Após este período os documentos serão destruídos.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Goiânia, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora/psicóloga responsável:

Paula dos Santos Pereira

APÊNDICE 2. Roteiro de entrevista semiestruturado

Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA N.: _____ Data: ____/____/20____

Caracterização sociodemográfica:

a) Idade: _____

b) Escolaridade:

Fundamental Incompleto

Médio Completo

Fundamental Completo

Superior Incompleto

Médio Incompleto

Superior Completo

c) Estado civil:

casada

união estável

solteira

outros:

d) Profissão: _____

e) Renda aproximada:

Até 1 salário mínimo

Entre 3 e 4 salários

Entre 1 e 2 salários mínimos

mínimos

Entre 2 e 3 salários mínimos

Acima de 4 salários

mínimos

Não sabe referir

f) Com quem mora atualmente? _____

g) Quantos filhos possui? Idade e sexo dos filhos? _____

Percepções sobre a violência em diferentes momentos da vida:

1- Como era sua relação familiar na infância e adolescência?

(Abordar tais aspectos: se presenciou situações de violência em casa; se sofreu algum tipo de violência nesta época; quais suas atitudes diante de atos violentos vividos; como reagia aos atos violentos; de que forma esta violência a influenciou e ainda a influência).

2- Como é (era) o seu relacionamento conjugal?

(Abordar tais aspectos: tempo em que está no relacionamento; quando percebeu que estava vivendo situações de violência; tipos de violência sofrida; quais suas atitudes diante das agressões; como a família reage à violência; até onde tais situações influenciaram seus filhos)

3- Diante dessas situações de violência você procurou alguma ajuda de instituições?

(Abordar tais aspectos: tipo de instituição que procurou; instituição pertencente a qual setor, segurança pública, saúde, assistência social, ONG's ou outras; como foi atendida; de que maneira a auxiliou diante da situação de violência; quais informações recebeu).

4- Procurou alguma unidade de saúde diante das situações de violência sofridas?

(Aspectos que devem ser abordados: tipo de unidade; diante de quais situações procurou; tipo de atendimento que recebeu; se as orientações recebidas a auxiliaram de alguma forma; como a auxiliou; como ela se sentiu nesse atendimentos; quais orientações recebeu).

5 - Quais suas expectativas futuras, para você e sua família?

(Abordar tais aspectos: se já saiu ou pretende sair da situação de violência e de que forma isso ocorreu ou ocorrerá; possui perspectivas de novos relacionamentos e como estes seriam; como pretende orientar seus filhos a agir diante de situações de violência que possam viver).

6 - Há algo mais que a Sra gostaria de me dizer?