

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANGELINA LETTIERE

**Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal:  
as possibilidades e os limites de enfrentamento da violência vivenciada**

RIBEIRÃO PRETO

2010

ANGELINA LETTIERE

**Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal:  
as possibilidades e os limites de enfrentamento da violência vivenciada**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital

Orientador (a): Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

RIBEIRÃO PRETO

2010

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

## FICHA CATALOGRÁFICA

Lettiere, Angelina

Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal: as possibilidades e os limites de enfrentamento. Ribeirão Preto, 2010.

118p. : il. ; 30cm

Dissertação (mestrado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

1. Violência doméstica. 2. Saúde da mulher. 3. Apoio social

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ANGELINA LETTIERE

Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal: as possibilidades e os limites de enfrentamento da violência vivenciada

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em ...../ ...../ .....

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

Às mulheres em situação de violência doméstica que buscam no seu cotidiano enfrentar esta violência e concretizar sonhos de liberdade, justiça e esperança.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter-me proporcionado a realização deste sonho.

À minha família, núcleo Lettiere, pelo incentivo nessa caminhada. Ao Gustavo e a sua família pelo carinho.

À Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, minha orientadora, pela confiança, compreensão nos momentos adversos, profissionalismo, respeito e incentivo na minha formação como pesquisadora. A você, meu respeito, admiração e carinho.

Às professoras Marta Angélica Iossi Silva e Zeyne Alves Pires Scherer, que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho no exame de qualificação. Em especial à Profa.Dra. Marta Angélica pelo empréstimo de seus livros.

Às mulheres que participaram dessa pesquisa. Obrigada por dividirem comigo a luta cotidiana presente em suas vidas e tornarem esse trabalho possível.

Aos funcionários do Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto pelo acolhimento. Em especial ao Dr. Antônio Miguel Morena Pires D'Avila pelo conhecimento compartilhado e por permitir uma visão ampliada entre a pesquisa e a prática assistencial.

À Márcia, bibliotecária da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo, pela colaboração nas correções das referências. À Kelly pela contribuição na correção do português.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), seus funcionários e docentes.

A todos os meus amigos, cujos nomes prefiro não citar, para não cometer nenhuma injustiça.

Ao CNPq pelo apoio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

O cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização com o outro.

Leonardo Boff

## RESUMO

LETTIERE, A. **Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal: as possibilidades e os limites de enfrentamento**. 2010. 118f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A violência contra a mulher, no âmbito doméstico, é um problema relevante que afeta um número significativo de mulheres, sendo um fenômeno de conflitos sociais, arraigados nas desigualdades de gêneros. No enfrentamento desse problema, o acolhimento das mulheres nos serviços de saúde, nos serviços sociais e de segurança pública e judicial ocorre de maneira fragmentada e pontual, o que não resulta em resposta adequada às suas necessidades. Nesta direção é que se buscou compreender como as mulheres em situação de violência doméstica, atendidas no Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto-SP, convivem com esta adversidade e identificar as estratégias de proteção no enfrentamento, considerando o apoio/suporte requerido e o obtido no meio relacional e institucional. Para compreender esse enfrentamento, de modo a romper com a violência, partimos de conceitos de rede social, integralidade e resiliência. A partir da abordagem qualitativa, realizamos um estudo descritivo, cujo recorte foi dado pela saturação dos dados, tendo como recorte empírico dez mulheres em situação de violência doméstica. Essas mulheres eram maiores de 18 anos, realizaram denúncia da agressão na delegacia e foram submetidas ao exame de corpo de delito. Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada e a analisados sob a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Depreendemos das falas das mulheres duas categorias temáticas centrais: **reconhecendo atributos pessoais que fragilizam e potencializam o enfrentamento da violência e reconhecendo a rede social de apoio de que dispõem e as expectativas no alcance das necessidades requeridas**. Na primeira categoria observamos que a **reincidência** e a **re-significação da violência sofrida** constituem um evento marcante no desencadeamento das ações de enfrentamento e que **o contexto e a condição social da mulher** também têm influência significativa no enfrentamento. Na segunda categoria, observou-se que a **busca por ajuda** ocorre, a princípio, em seu próprio meio social mais próximo, como a família, e, posteriormente, recorre-se aos serviços de saúde e judicial. Nessa busca pela **rede de apoio social**, os vínculos estabelecidos podem se tornar um obstáculo ao enfrentamento e, portanto, vulneráveis à violência, ou podem proteger as mulheres e fortalecê-las no enfrentamento. Em relação ao **reconhecimento de suas necessidades sociais e de saúde**, isso é percebido por elas de forma diferenciada e a interpretação de cada indivíduo para as formas possíveis de alívio do seu sofrimento está relacionada à sua condição social em um determinado contexto. Percebeu-se que os agravantes da violência para a saúde e condição de vidas são apenas tangenciados pelos profissionais na apreensão das necessidades destas mulheres. Assim, os resultados desta pesquisa mostram que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, ainda persistem “nós críticos” na trajetória de enfrentamento das mulheres para romper o silêncio, denunciar e superar a violência sofrida. Com esta pesquisa, portanto, pretendemos dar subsídios para ajudar a fortalecer a rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência doméstica. Saúde da mulher. Apoio social.

## ABSTRACT

LETTIERE, A. **Domestic violence under the perspective of women receiving care in a Legal Medicine Institute: possibilities and limits for coping.** 2010. 118p. Thesis (Master) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

Violence against women, within the household, is a relevant problem that affects a significant number of women, being a phenomenon of social conflicts, rooted in gender inequality. In coping, the welcoming of women in health, social, public safety and judicial services is fragmented and incomplete, which does not result in adequate response to women's needs. Thus, this study aimed to understand how women in situations of domestic violence, received by the Legal Medicine Institute in Ribeirao Preto, state of São Paulo, experience this adversity, and to identify the protection strategies in coping, considering the support requested and obtained from institutional and relational environments. In order to understand the coping and interrupt the violence, the study addressed concepts of social networking, integrality and resilience. A qualitative and descriptive study was carried out with ten women in situation of violence, aged over 18 years and who had denounced the attack at the police station and were subject to a forensic examination. The size of the empirical sample was given by data saturation. For data collection, semi-structured interview was used, with thematic content analysis. From the speech of the women, two central themes emerged: **recognizing personal attributes which weaken and enhance coping with violence** and **recognizing the social support network available and the expectations in reaching the required needs**. In the first category, it was observed that the **recurrence and re-signification of the suffered violence** is a landmark event in the unchaining of actions for coping and that **the context and the social status of women** also have significant influence on coping. In the second category there is the **search for help**, in principle, in their closer social environment, such as family, and later, in health and judicial services. In this search for **social support network** the established bonds can become an obstacle for coping and, therefore, make them vulnerable to violence, or can protect and strengthen them in coping. Regarding the **recognition of their social and health needs**, they perceive it in different ways and the interpretation of each individual to possible ways of relieving their suffering is related to their social status in a given context. The aggravating factors of violence for health and life conditions are just slightly approached by professionals in the understanding of these women's needs. Results show that, despite the progress accomplished in recent years, there are still "critical nodes" in women's path of coping to break the silence, inform against aggressors and overcome the suffered violence. With this research, authors intend to support and help to strengthen the network to cope with violence against women.

Key-words: Domestic violence; Women's health; Social support.

## RESUMEN

LETTIERE, A. **Violencia doméstica bajo la visión de las mujeres atendidas en un Instituto Médico Legal: las posibilidades y los límites de enfrentamiento.** 2010. 118h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

La violencia contra la mujer, dentro del hogar, es un problema importante que afecta a un número significativo de mujeres, siendo un fenómeno de conflictos sociales, teniendo sus raíces en las desigualdades de género. En el enfrentamiento, el acogimiento de las mujeres en los servicios de salud, social, de seguridad pública y judicial es fragmentado y puntual, lo que no resulta a una respuesta adecuada a las necesidades de las mujeres. En este sentido, este estudio buscó comprender como las mujeres en situación de violencia doméstica, asistidas en el Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, viven con esta adversidad, e identificar las estrategias de protección en este enfrentamiento, considerando el apoyo/suporte solicitado y obtenido de los medios relacional e institucional. Para comprender el enfrentamiento con el fin de romper con la violencia, fueron aproximados conceptos de redes sociales, integralidad y resiliencia. Desde el enfoque cualitativo, se realizó un estudio descriptivo teniendo como recorte empírico diez mujeres en situación de violencia, con más de 18 años y que realizaron denuncia de la agresión a la policía y se sometieron a un examen forense, cuyo tamaño fue dado por la saturación de los datos. Para la recolecta de los datos se utilizó entrevista semi-estructurada, con análisis temático de contenido. De los discursos de las mujeres emergieron dos categorías centrales: **reconociendo atributos personales que debilitan y mejoran el enfrentamiento de la violencia y reconociendo la red social de apoyo que tiene y las expectativas en el grado de las necesidades requeridas.** En la primera categoría se observó que la **reincidencia y la resignificación de la violencia sufrida**, es un evento importante en el desarrollo de las acciones de enfrentamiento y que **el contexto y la condición social de la mujer** también tienen influencia significativa en el enfrentamiento. En la segunda categoría ocurre la **búsqueda por ayuda**, en principio, en su propio entorno social más cercano, como la familia, y más tarde a los servicios de salud y el poder judicial. En esta búsqueda por la **red de apoyo social** los vínculos establecidos pueden tornarse un obstáculo al enfrentamiento y, por lo tanto, vulnerables a la violencia, o pueden proteger y fortalecer en el enfrentamiento. En respecto al **reconocimiento de sus necesidades sociales y de salud**, son percibidas por ellas de diferentes formas y la interpretación de cada individuo a las posibles maneras de aliviar su sufrimiento tiene que ver con su condición social en un determinado contexto. Los agravantes de la violencia para la salud y condición de vida son sólo referidos de manera superficial por los profesionales en la comprensión de las necesidades de estas mujeres. Los resultados de esta investigación muestran que, a pesar de los progresos realizados en los últimos años, todavía existen "nudos críticos" en el camino del enfrentamiento de las mujeres para romper el silencio, denunciar y superar la violencia sufrida. A través de esta investigación, se tiene la intención de conferir subvenciones para ayudar a fortalecer la red de enfrentamiento a la violencia contra la mujer.

Palabras-clave: Violencia doméstica; Salud de la mujer; Apoyo social.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2010. ....	45
--	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Caracterização das mulheres entrevistadas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010. ....55

## LISTA DE SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Cárcere Privado
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DEAMs	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONGs	Organizações não-governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SEAVIDAS	Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual
SEDIM	Secretaria de Estado de Direitos da Mulher
SP	São Paulo
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SPTC	Superintendência da Polícia Técnico-Científica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
VF	Violência física
VPT	Violência patrimonial
VP	Violência psicológica
VS	Violência sexual
ZMP	Zona da Mata de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo geral .....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
<b>3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....</b>	<b>29</b>
3.1 A rede de enfrentamento da violência contra a mulher: evolução do direito e das políticas públicas e de saúde no Brasil .....	29
3.2 Violência contra a mulher e a saúde: a integralidade do cuidado .....	35
3.3 Fator de proteção no enfrentamento da violência: subsídios para a construção da resiliência.....	38
<b>4 PRESSUPOSTOS .....</b>	<b>42</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>44</b>
5.1 Caracterização do estudo .....	44
5.2 Campo e cenário da pesquisa.....	44
5.3 Sujeitos do estudo.....	47
5.4 Coleta de dados.....	47
5.5 Análise dos Dados .....	50
5.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	51
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo .....	53
6.2 Análise qualitativa .....	56
6.2.1 Reconhecendo atributos pessoais que fragilizam e potencializam o enfrentamento da violência .....	56
6.2.2 Reconhecendo a rede social de apoio de que dispõem e as expectativas no alcance das necessidades requeridas .....	65
<b>7 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE ENFRENTAMENTO.....</b>	<b>81</b>
7.1 Implicações para a prática, ensino, pesquisa e recomendações.....	85
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>118</b>

Eu não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas de tornarem-se seres humanos na sua integralidade.

*Simone de Beauvoir*

## **APRESENTAÇÃO**

---

## APRESENTAÇÃO

A opção pelo curso de enfermagem deu-se através dos relatos dos alunos de enfermagem sobre a prática assistencial, em 2002, quando eu cursava graduação em nutrição na Universidade Federal de Alfnas, despertando, assim, o desejo pelo cuidar e pela enfermagem. Desta forma, optei pela mudança de curso e, em 2004, comecei a graduação em enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Desde o início da minha formação, procurei participar das atividades discentes que contribuíssem para minha formação profissional, como estágios extracurriculares e de extensão, atividades de produção do conhecimento científico e de representação discente, tanto nos colegiados como no centro acadêmico.

Entre as disciplinas oferecidas no curso, a disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica despertou-me interesse na área de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. No cuidado à mulher no ciclo vital, a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal proporcionava-me realização profissional.

Desse modo, no último ano de graduação, realizei o estágio curricular no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na seção de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica e Centro Obstétrico, a fim de desenvolver habilidades na assistência à saúde da mulher. Durante os estágios acadêmicos, em diversas disciplinas e cenários de cuidados em saúde, deparei-me com situações de violência contra a mulher. Nesses cenários percebi que a interface da violência contra a mulher e sua saúde, principalmente no processo reprodutivo, adquire grande magnitude devido às repercussões para a saúde materna e neonatal.

No entanto, a minha percepção da prática assistencial mostrou que esta questão tem passado de forma despercebida aos olhos dos profissionais de saúde, pois a conduta dos profissionais é de não acolhimento às necessidades das mulheres, em relação à situação de violência, restringindo as ações em encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres.

Dessa forma, a não identificação da situação de violência pelos profissionais de saúde, além de contribuir para perpetuar o ciclo de violência, também diminui a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde, o que, também, consome recursos financeiros. Tal percepção e indagação permitiram aproximar-me ainda mais do fenômeno da violência contra

a mulher. Nesse momento iniciei meu vínculo com a Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano, minha orientadora, e realizamos uma pesquisa de iniciação científica, desenvolvida com subsídios do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), em 2006.

Nesse estudo buscamos identificar os significados atribuídos à violência e à mulher em situação de violência e identificar a atuação do profissional de saúde frente à violência contra a mulher. O referido estudo foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2008. Constituiu-se numa pesquisa qualitativa e o grupo de estudo foi composto por 12 profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, de uma maternidade filantrópica de Ribeirão Preto.

Observou-se que esses profissionais de saúde caracterizavam a violência contra a mulher como um problema sério e importante na sociedade, tendo como causa e consequência a desigualdade de gênero. No entanto, na prática profissional, observa-se uma abordagem reducionista e biologicista com fragmentação da atenção à saúde da mulher, justificada pela falta de formação profissional, de suporte institucional e de uma equipe multidisciplinar.

Frente à prática assistencial, a violência contra a mulher tende a se manter na invisibilidade e os serviços de saúde ainda não estão preparados para atender a esta demanda, sendo preciso capacitar os profissionais de saúde para intervir em situações de violência para dar continuidade ao cuidado, tendo em vista as implicações à saúde da mulher e do neonato. Depreendemos, também, que essa dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde com relação à abordagem dos casos de violência se refere, numa primeira instância, à falta de conhecimento e à visão estereotipada da realidade de vida das mulheres em situação de violência (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Essa visão do fenômeno, posteriormente, constituiu o segundo projeto de iniciação científica, em 2007, também sob orientação da Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e subvenção do PIBIC/CNPq. Nesse projeto, buscou-se compreender como as mulheres, atendidas em uma maternidade filantrópica, percebiam o fenômeno da violência e qual a relação que estabeleciam com o estado de saúde, particularmente, com o processo de gravidez, parto e puerpério e as condições de saúde do filho.

Desenvolveu-se uma pesquisa de abordagem qualitativa cujo grupo de estudo foi composto por 43 puérperas. Identificou-se que 13 puérperas relataram ter sofrido violência alguma vez na vida, sendo que seis no período gestacional e sete em outra fase da vida e tiveram como agressor o cônjuge. As puérperas deste estudo caracterizaram a violência contra a mulher como um problema presente na sociedade e reconheceram a desigualdade de gênero

como causa de tal fenômeno, referindo-se ainda ao uso de álcool e drogas, como outros fatores precipitantes da violência.

Neste contexto, consideraram a imagem da mulher vítima de violência vinculada ao estereótipo de submissa e a do agressor como dotado de poder, sendo o espaço social de ocorrência o âmbito doméstico e perpetrado pelo companheiro. Frente à situação de violência, reconheceram seus efeitos sobre sua saúde quando apresentavam marcas no corpo, devido à violência física, e não reconheceram os efeitos da violência na saúde de seus filhos. Os resultados apontaram para a invisibilidade desses eventos violentos e a naturalização da violência (LETTIERE; NAKANO, 2007).

Portanto, percebemos que o acolhimento da mulher em situação de violência é um grande desafio que se impõe diante desta realidade, requerendo esforços conjuntos de todos os setores sociais.

Nos últimos anos, observam-se transformações importantes no combate à violência contra a mulher, mas, apesar de tal avanço político e social, em minha experiência profissional, atuando com enfermeira assistencial às gestantes, parturientes e puérperas, no período de 2007 a 2009, em uma Maternidade de Baixo Risco, no Município de Ribeirão Preto, percebo que ainda são frequentes os casos de violência contra a mulher. Em suas histórias de vida, marcadas pela violência, os caminhos percorridos em busca de ajuda são muitos, quase sempre aquém de suas expectativas e culminando com a perpetuação do ciclo de violência.

Assim, a narrativa ora apresentada sobre minha trajetória na pesquisa, em síntese, evidencia a certeza de estar diante de um tema de extrema complexidade. Portanto, acredito ser necessário aprofundar as reflexões sobre a violência contra a mulher e analisar, sob o olhar das mulheres, as possibilidades e os limites de enfrentamento da situação de violência em que vivem.

Essa dissertação é composta das seguintes partes:

1. Introdução: descrição dos aspectos conceituais da violência, principalmente, da violência contra a mulher, e o enfrentamento do problema por meio da rede social de apoio, como delineamento do objeto e problema de investigação.

2. Objetivos: apresentação do objetivo geral e descrição dos objetivos específicos.

3. Marco Teórico Conceitual: discussão de três aspectos importantes para o enfrentamento do problema: o desenvolvimento histórico que impulsionou a consolidação das políticas públicas de proteção e de combate à violência contra a mulher; a interface entre a violência, as políticas de saúde e a assistência sob o conceito de integralidade do cuidado e

finalmente o enfrentamento da violência e o conceito de fator de proteção, subsídios para a construção da resiliência.

4. Pressupostos: apresentação dos pressupostos do trabalho.

5. Percurso Metodológico: descrição do tipo de estudo, cenário e local de investigação, os sujeitos da pesquisa, o tipo de instrumento de coleta de dados, desenvolvimento da coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

6. Resultados e Discussão: apresentação dos resultados da pesquisa e a interface com a literatura nacional e internacional.

7. Capítulo final: resultados mais relevantes que permitiram subsidiar as ações de enfrentamento da violência e as implicações para a enfermagem.

*Que nada nos defina. Que nada nos sujeite  
Que a liberdade seja a nossa própria  
substância.*

*Simone de Beauvoir*

## ***1 INTRODUÇÃO***

---

---

<sup>1</sup> Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência tem merecido lugar de destaque entre as preocupações cotidianas, gerando políticas governamentais em diversos países do mundo, como analisa a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visto que a violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública, devido ao número de vítimas e à magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz (OPAS, 1994).

O impacto da violência pode ser visto no mundo, pois, todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva (KRUG et al., 2002). As mortes por causa da violência é uma das pautas da agenda da saúde pública, com sinais de evolução desfavorável e de um futuro inquietante (MONTEIRO, 2000).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a interface entre a violência e a saúde ocorre, pois o setor saúde constitui-se como um ponto de encruzilhada, uma vez que é o local para onde convergem todos os casos de violência e pela pressão que as vítimas exercem sobre os serviços de urgência, serviços especializados, serviços de reabilitação física e psicológica e de assistência social (OPAS, 1994).

No plano internacional e nacional, a violência como um acontecimento sociocultural é um ato que constitui uma violação dos direitos humanos, tanto da perspectiva legal quanto da perspectiva ética (SCHRAIBER et al., 2005). Apesar de ser a violação mais praticada, com expressões variadas e em diferentes cenários, é a menos reconhecida no mundo.

Frente a essa invisibilidade, observam Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) que não se pode aceitar a violência como fato corriqueiro e, particularmente, no campo da saúde, não se deve reduzir a atenção apenas a suas consequências à saúde, assim, a responsabilidade dos profissionais e cientistas desta área, em conjunção com outros setores da sociedade, é de que se preocupem com a prevenção e intervenham posicionando-se no combate à violência.

Antes de explorar mais profundamente a temática, faz-se necessário definir a palavra violência. O termo tem origem latina, *violentia*, e vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer “força” e se refere às noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro (MINAYO, 2006).

Em relação ao conceito de violência, existe uma dificuldade para conceituá-la, uma vez que é um fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional, tanto de quem a comete quanto de quem a sofre

ou a presença (MINAYO, 2006). Portanto, a violência envolve as pessoas em um fenômeno biopsicossocial e dinâmico e, para entendê-la, é preciso aprofundar a reflexão sobre suas expressões e compreendê-las como um comportamento da vida em sociedade e como uma expressão humana e relacional (MINAYO; SOUZA, 2006).

Não há um único fator que explique por que as pessoas se comportam de forma violenta, pois a violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender a maneira como esses vários determinantes estão vinculados à violência é um passo importante para atuação e prevenção (KRUG et al., 2002).

Por tratar-se de um assunto complexo, articularemos alguns conceitos importantes na busca de seu entendimento. A violência no campo da saúde foi conceituada pela Organização Mundial da Saúde, em recente relatório mundial sobre violência e saúde, editado por Krug et al. (2002, p.5) o qual define a violência como:

O uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência como um fenômeno complexo deve ser compreendido nas suas distintas formas, particularmente considerando a violência contra a mulher, objeto de nosso estudo. Em relação a essa violência, a Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, aprovou a declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher. Essa declaração foi o primeiro documento internacional de direito humano que aborda exclusivamente a violência contra a mulher, definindo-a no seu primeiro artigo como:

[...] qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para as mulheres, incluindo a ameaça de praticar tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública ou privada. (UNITED NATIONS, 1993, tradução nossa).

O conceito de violência contra a mulher é uma expressão cunhada pelo movimento social feminista, e diz respeito, de modo geral, a sofrimentos e agressões que estão tradicional e profundamente arraigados na vida social, percebidos como situações normais, quando dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres (D'OLIVEIRA, 2000).

Na definição acima, a violência baseada no gênero está relacionada às desigualdades nas relações entre homens e mulheres, relações que são explicadas a partir das condições históricas e sociais de construção relacional do feminino e masculino, o que gera atributos,

posições e expectativas para cada um dos gêneros em relação à sexualidade, ao trabalho e à família. Desta forma, a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência no espaço privado (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

As condições históricas e sociais marcadas pelas desigualdades de gênero se refletem nas taxas de violência contra a mulher, que se mostram variáveis em diferentes países e regiões, a depender das distintas culturas que possibilitam, ou não, sua revelação, visto que em algumas culturas a violência é aceita como forma de resolver conflitos, especialmente domésticos, introjetando a fatalidade da violência das relações interpessoais na vida privada, ou, até punindo com a morte a vítima da violência (HEISE et al., 1999).

Tal variação pode ser verificada através de estudo comparativo realizado pela Organização Mundial da Saúde em 15 regiões de 10 países, incluindo o Brasil, com duas regiões: o Município de São Paulo (SP) e a Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), valendo-se de um mesmo questionário aplicado a mulheres de 15 a 49 anos, com padronização de treinamento das pesquisadoras e definição de amostras. O estudo apresenta uma variação de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), situando-se a maioria das regiões entre 23% e 49%. O Brasil compõe este grupo majoritário: SP apresenta a taxa de 27% e a ZMP de 34%, sendo que esta violência foi cometida pelo parceiro (WHO, 2005).

Considera-se que pelo menos 6,8 milhões de mulheres brasileiras vivas já tenham sido agredidas ao menos uma vez na vida e que, a cada cinco minutos, uma mulher seja agredida dentro do domicílio no Brasil (VENTURINI et al., 2004).

A este tipo de violência, a literatura traz denominações como “violência familiar” e “violência doméstica”. Muitas vezes estas denominações são compreendidas como sinônimos, correspondendo às agressões entre membros familiares, incluindo aquelas entre parceiros íntimos, de pais contra filhos, entre irmãos e de cuidadores ou parceiros contra idosos (GROVES et al., 2002). A violência doméstica distingue-se da familiar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivem no domicílio, incluindo empregados, agregados e outras pessoas que convivem esporadicamente (BRASIL, 2002) e por ocorrer principalmente no âmbito doméstico ou familiar (SCHRAIBER et al., 2003).

A violência doméstica contra a mulher, entretanto, diferencia-se da que sofre as crianças e os idosos devido às questões de gênero, o que também se denomina de violência de gênero. As mulheres estão em maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas do que com estranhos, sendo que, na maioria das vezes, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou parceiro (KRONBAUER; MENEGUEL, 2005), sendo eles companheiros

atuais ou anteriores, tendo como causa e consequência a desigualdade de poder nas relações de gênero (WHO, 2005).

A violência doméstica ou de gênero afeta a integridade biopsicossocial da mulher. São diversas as sintomatologias e transtornos do desenvolvimento que podem se manifestar, como: doenças nos sistemas digestivo e circulatório, dores e tensões musculares, desordens menstruais, depressão, ansiedade, suicídio, uso de entorpecentes, transtornos de estresse pós-traumático, além de lesões físicas, privações e assassinato da vítima (CARLSON et al., 2002; LOXTON et al., 2006).

A violência de gênero está de tal forma arraigada nas relações pessoais que acaba sendo vista como parte da natureza humana. Neste sentido, há tendência de naturalizar a violência sendo tratada, na maioria das vezes, como um problema exclusivamente de foro privado, gerando um comportamento de banalização da sociedade, sendo frequentemente irreconhecível e, por vezes, socialmente aceita como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira (WHO, 2005).

Nesse contexto, a sociedade legitima as condutas violentas e, o que se verifica é que o discurso vitimizador da mulher, de sofrer violência, simplesmente pela sua condição de ser mulher, pode-se transformar em obstáculo na luta contra a violência, colocando-a em posição incapaz de reagir e perpetuando esta situação de desigualdade (SANTOS, 2003).

Portanto, a violência de gênero no âmbito doméstico é um problema relevante, uma vez que afeta um número significativo de mulheres, o que aponta para um fenômeno de conflitos sociais, arraigados nas desigualdades de gêneros, resultante das relações de poder construídas ao longo da história e consolidadas por uma ideologia machista.

A mudança desse cenário implica considerar as mulheres em situação de violência como sujeitos, rompendo com a tradição dualista e machista, dando visibilidade às repercussões da violência na saúde e nas relações sociais. Isso não significa, segundo as autoras Schraiber e D'Oliveira (1999), entender as mulheres como seres incompletos que necessitem de tutela especializada, ou seja, reduzidas à condição de vítimas, mas sim que é preciso reconhecer as diferenças individuais de comportamento e suas respectivas necessidades.

É neste sentido que os Grupos Feministas têm realizado reivindicações, cumprindo um papel fundamental de propiciar visibilidade ao problema da violência, até então considerado um assunto privado a ser resolvido nesta mesma esfera. O movimento, no Brasil, elegeu duas estratégias: a ação direta e a reivindicação de políticas públicas, tendo como uma marca própria a sua articulação com a reivindicação dos direitos sociais e a luta pelo estado

democrático, ou seja, a luta pelos direitos à saúde, à vida e ao enfrentamento da violência contra a mulher (DINIZ, 2006).

Estas reivindicações contribuíram, nos últimos 20 anos, para a criação de serviços de atenção à mulher, especialmente em situação de violência, como as Delegacias de Defesa da Mulher, a construção de Casas-Abrigo e os Centros de Atendimento Multiprofissionais, focando, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros (SCHARAIBER et al., 2002).

No âmbito jurídico, entre as medidas apresentadas, salienta-se a “Lei Maria da Penha”, sancionada em 2006, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e também estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Nos serviços de saúde, na atenção às mulheres em situação de violência doméstica, cruzam-se três aspectos, cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação. O primeiro aspecto relaciona-se ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando apenas queixas vagas e recorrentes nos serviços de saúde. O segundo aspecto está associado ao fato de haver predominância de uma assistência, por parte do profissional de saúde, pautada por heranças de uma formação fragmentada e biologicista. O terceiro aspecto diz respeito às relações de gênero, ou como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos, que designam, para as mulheres, obediência e submissão. Esses três aspectos relacionados produzem a invisibilidade do impacto da violência na saúde da mulher (GUEDES, 2006).

Assim, o acolhimento das mulheres em situação de violência doméstica, nos serviços de saúde, ocorre de maneira fragmentada e pontual, pois os profissionais não estão preparados para atender de maneira integral esta demanda. Frente à prática clínica, em que a violência contra a mulher tende a se manter na invisibilidade, a conduta dos profissionais de saúde é de não acolhimento às necessidades das mulheres, restringindo suas ações a encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada às demandas das mulheres (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008).

Em Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, um estudo realizado no Instituto Médico Legal identificou, tal como apresentado em outros estudos, que a busca por ajuda ocorre, a princípio, em seu próprio meio social mais próximo, junto à família e à rede de amigos, o que, por vezes, nem sempre é ajuda, mas uma violência, por se sentir invadida em sua privacidade. A busca por serviços de saúde depende de como percebem a gravidade de

seu estado de saúde, visto que estes serviços não resolvem seus problemas. Vale considerar que, no âmbito jurídico, diferentemente do que poderiam esperar, ou seja, que a queixa policial fosse o marco de ruptura com sua condição de vítima, este as coloca frente a uma realidade de desamparo e descrença na justiça social (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010). A análise dos resultados deste estudo nos coloca frente a uma realidade de desarticulação e de inoperância das instituições sociais de suporte a mulheres vítimas de violência.

Assim, na amplitude do objeto deste estudo, procuramos compreender como as mulheres em situação de violência doméstica, atendidas em um Instituto Médico Legal (IML) de Ribeirão Preto-SP, convivem com esta adversidade, propiciando a identificação de estratégias de proteção contra a violência, considerando o apoio/suporte requerido e obtido do meio relacional e institucional, particularmente dos serviços de saúde, em termos de reconhecer e atender suas necessidades.

Frente ao exposto, nossa opção teórica, para análise dos dados, inclui os conceitos de: fator de proteção e integralidade no contexto da rede social de enfrentamento da violência contra a mulher. O primeiro possibilitará analisar as mulheres em situação de violência em termos dos recursos que possibilitam a sua capacidade de reação e, o segundo, analisar o sentido que as mulheres atribuem às formas de apoio /suporte requerido e recebido em seu contexto social.

O presente estudo se justifica pela insuficiência de respostas, na literatura especializada, sobre os aspectos que envolvem os fatores que protegem as mulheres do ciclo da violência. Este estudo constituirá uma importante contribuição para a área da saúde e, em especial, para a enfermagem, pois entendemos que compreender a questão possibilita proporcionar cuidados mais efetivos às mulheres em situação de violência e construir estratégias que incluam um atendimento multidisciplinar e a conjunção de setores da sociedade, a fim de prestar o atendimento integral e humanizado, além de promover estratégias para a prevenção e redução de ocorrência de episódios de violência.

Assim, a mudança desse contexto implica uma importante estratégia em dar voz às mulheres em situação de violência, para que, com base em seu conhecimento, valores e vivências, traduzam as suas reais necessidades quando buscam por apoio e suporte das instituições.

O resultado desta pesquisa pode contribuir para que se estabeleçam práticas sociais de suporte e apoio efetivo às mulheres em situação de violência, em especial das práticas de saúde, com base em seu contexto de vida e respeitando seu direito e autonomia de decisão.

*Não se nasce mulher: torna-se.*

*Simone de Beauvoir*

## ***2 OBJETIVOS***

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender como as mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal, em situação de violência doméstica, convivem com esta adversidade e identificar estratégias de proteção que desenvolvem no sentido de enfrentar este problema, considerando o suporte social e de saúde disponível em sua comunidade.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as ações desenvolvidas que as tornaram mais protegidas no sentido de enfrentar este problema, considerando o apoio/suporte requerido e efetivamente obtido no meio relacional, pessoal e institucional;
- Identificar o que reconhecem como suporte/ajuda, particularmente, nos serviços de saúde em termos de suas necessidades de saúde;
- Identificar como as mulheres percebem a violência sofrida e suas consequências na sua condição de vida e saúde.

*Quando se respeita alguém não queremos  
forçar a sua alma sem seu consentimento.*

*Simone de Beauvoir*

### ***3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL***

---

### **3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL**

Para a compreensão do estudo, abordaremos o enfrentamento e o combate à violência contra a mulher na perspectiva da rede social. Assim, realizamos uma revisão dos aspectos históricos no campo político, jurídico e de saúde que impulsionaram a consolidação de leis e de políticas públicas de proteção à mulher em situação de violência e de combate à violência contra a mulher.

Posteriormente discutiremos a interface entre a violência e a assistência à saúde a partir das diretrizes do SUS, especificamente, sob o conceito de integralidade do cuidado.

Finalmente, apresentamos o conceito de fator de proteção, que é parte integrante para a construção da resiliência, que é a capacidade de superação do indivíduo frente à adversidade, ou seja, à violência doméstica.

#### **3.1 A rede de enfrentamento da violência contra a mulher: evolução do direito e das políticas públicas e de saúde no Brasil**

A rede social pode ser entendida como um sistema composto de pessoas, funções e situações, podendo referir-se à dimensão estrutural ou institucional ligada ao indivíduo, como: família, vizinhos, organizações religiosas e instituições (BULLOCK, 2004). Assim, a rede social é uma teia de relações que liga os indivíduos ao equipamento social, propiciando os recursos de apoio (BOWLING, 2003).

O conceito de rede para o enfrentamento da violência refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento, ao encaminhamento adequado e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da rede busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas (BRASIL, 2008).

A construção de uma rede leva em conta a rota crítica que a mulher em situação de violência percorre e que possui diversas portas-de-entrada, como os serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social, que devem trabalhar de forma articulada para prestar uma assistência qualificada à mulher em situação de violência (BRASIL, 2008).

O indivíduo busca o apoio na rede social, o que é fundamental para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento do problema. O conceito de apoio social é definido como é qualquer informação, falada ou não, com auxílio material, oferecido por grupos e/ou pessoas, que se conhecem e que resulta em efeitos emocionais ou em comportamentos positivos (VALLA, 1999).

Nesse sentido, destacam-se as instituições governamentais, como: as jurídicas, as sociais e de saúde, que dão suporte ao enfrentamento. Desta forma, buscou-se realizar a evolução do direito e das políticas públicas e de saúde que estruturam a formação dessa rede.

Em 1979, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Essa convenção ficou conhecida como a Lei Internacional dos Direitos da Mulher e visava à promoção dos direitos da mulher na busca da igualdade de gênero, bem como a repressão de qualquer discriminação (UNITED NATIONS, 1979).

Na década de 70, surgiram os primeiros movimentos feministas organizados e politicamente engajados em defesa dos direitos da mulher. Tal movimento, também presente no Brasil, lutou por parcerias com o Estado para a implementação de políticas públicas, resultando na criação do Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e na ratificação, pelo Brasil, da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, em 1984, comprometendo-se, perante o sistema global, a coibir todas as formas de violência contra a mulher e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero (SOUZA, 2009).

Em relação à saúde, em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado pelo Ministério da Saúde (MS), propôs integrar os aspectos biomédicos, psicológicos e sociais como necessidades em saúde e incluiu a violência doméstica e sexual como parte dessas necessidades (BRASIL, 1984). Esse programa se propôs a olhar a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública.

No âmbito da segurança pública, a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (DDM) foi criada em 1985. Essa instituição se disseminou por todo o Brasil após a criação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres pelo Ministério da Justiça, em 1985 (FARAH, 2004). A função da DDM é apurar os delitos praticados, sendo que alguns crimes demandam a prática do exame de delito para identificar as marcas de violência deixadas nos corpos das mulheres. A avaliação do Instituto Médico Legal procura enquadrar a lesão sofrida ao tipo de crime praticado, baseado no Código Penal Brasileiro (SANTI, 2007).

No ano seguinte, em 1986, foi criada pela Secretaria de Segurança Pública a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte, no estado de São Paulo (SILVEIRA, 2006).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 incorpora, no capítulo dos direitos e deveres individuais e coletivos, no artigo 5º, que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações perante a lei (BRASIL, 1988). Porém, isso era insuficiente para abarcar toda a problemática envolvida nessa questão.

A violência contra a mulher voltou à pauta no cenário, em 1993, quando foi reconhecida como uma questão de direitos humanos, na Assembleia Geral das Nações Unidas. Nessa assembleia foi aprovada a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o primeiro documento internacional de direitos humanos focado exclusivamente na violência contra a mulher. Esse documento afirma que tal violência viola e degrada os direitos humanos em seus aspectos fundamentais de liberdade (UNITED NATIONS, 1993).

Assim, as bases de uma nova cultura no campo dos direitos, após a afirmação de que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, foram promulgadas pela Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994, na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida também como a "Convenção de Belém do Pará". Esse tratado define o que é violência contra a mulher, estabelece os direitos protegidos, enumera os deveres dos Estados e explicita os mecanismos de proteção (OEA, 1994). Vale destacar que o Brasil também é signatário da Convenção de Belém do Pará.

Na IV Conferência Mundial de Beijing, em 1995, estabeleceram-se plataformas de ações em algumas áreas especiais que afetam as mulheres, incluindo todas as formas de violência, preocupando-se com medidas de prevenção e apoio para a vítima e punição para o agressor. Essas ações incluíam a participação governamental e não governamental, bem como o setor público e o privado. Uma das medidas recomendadas é a revisão das legislações nacionais que possam ser discriminatórias ou impor obstáculos à cidadania das mulheres. (UNITED NATIONS, 1996).

De 1985 a 2002, a criação de Delegacias e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de combate à violência contra as mulheres no Brasil, com ênfase na segurança pública e na assistência social, o que constituiu também a base do Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher sob a gerência da Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), criada em 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça (BRASIL, 2008).

Em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, através da Medida Provisória nº 103 e convertida na Lei nº 10.683 para desenvolver ações conjuntas com todos os Ministérios e Secretarias Especiais, tendo como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania e a criação de redes para o seu atendimento (BRASIL, 2003a).

A ação federal na saúde se refere à normatização feita pelo Ministério da Saúde, em 24 de novembro de 2003, que regulamentou a Lei nº 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória em todo território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, público ou privado (BRASIL, 2003b).

Na última década, que foi marcada pela Convenção de Belém do Pará de 1994 até 2004, o governo brasileiro estabeleceu medidas para aumentar em 30% os serviços de saúde para atendimento das vítimas de violência, contracepção de emergência, aborto previsto por lei e capacitação de profissionais para estes atendimentos. Assim, os serviços criados estavam voltados para a atenção à violência sexual, focando a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e realização de aborto legal quando fosse o caso (SCHRAIBER et al., 2002; MACHADO, 2002).

O Ministério da Saúde, em 05 de novembro de 2004, tendo em vista o dispositivo da lei anteriormente citada, institui, por meio da Portaria nº 2.406, o serviço de notificação, o instrumento e o fluxo para a notificação. A notificação ao Sistema Único de Saúde permite dimensionar a magnitude do problema, traçar o perfil das vítimas e dos agressores, o que pode contribuir com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais (BRASIL, 2004a).

O atual Código Civil Brasileiro, que entrou em vigor em 2003, incorporou novos preceitos e expandiu os direitos das mulheres brasileiras (PIOVESAN, 2006). Em 2004, visando a rever a legislação nacional sobre o assunto, foi aprovada a Emenda Constitucional nº. 45 da Constituição Federal. Essa emenda coloca que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados serão equivalentes às emendas constitucionais (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi elaborada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com o objetivo de explicitar os fundamentos conceituais e políticos do enfrentamento à questão e as políticas públicas que têm sido formuladas com a finalidade de estabelecer os conceitos, os princípios, as diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres. Também estabelece a assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e

instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres foi estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), elaborado com base na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2004 pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Conselho Nacional de Direitos da Mulher (BRASIL, 2007a).

Em 2005, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres lança o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). As ações do plano foram traçadas a partir de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos, e enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005a).

No enfrentamento à violência contra as mulheres, os objetivos do PNPM são: implantar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência; reduzir os índices de violência; garantir o cumprimento dos instrumentos e acordos internacionais; e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005a).

Um dos passos destacados para o enfrentamento da violência contra a mulher é instituir redes de atendimento em todos os estados brasileiros, englobando os seguintes serviços: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAMs), Polícia Militar e Unidades Móveis de Corpo de Bombeiros, Centros de Referência, Casas Abrigo, Serviços de Saúde, Instituto Médico Legal, Defensorias Públicas, Defensorias Públicas da Mulher, além de programas sociais (BRASIL, 2005a).

Cabe destacar algumas prioridades do PNPM: ampliar e aperfeiçoar as redes de prevenção e atendimento às mulheres em situação de violência; revisar e implementar a legislação nacional e garantir a aplicação dos tratados internacionais; produzir e sistematizar os dados e as informações sobre a violência contra a mulher; e ampliar o acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita (BRASIL, 2005a).

Assim, em 2005, foi criado o Ligue 108. Este serviço auxilia e orienta as mulheres vítimas de violência sobre os serviços disponíveis, no país, para o enfrentamento da violência, e, principalmente, para receber denúncias e acolher mulheres em situação de violência (BRASIL, 2005b).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, criando um protocolo de atendimento para as mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2005c).

No ano de 2006, foi publicada a Lei nº 11.340/2006, que coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, recebendo o nome de Lei Maria da Penha, que:

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 (Brasil, 2006, seção 1, p.1).

A Lei Maria da Penha prevê a criação dos Juizados, que poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde (BRASIL, 2006).

Em 2007, foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Esse pacto está estruturado sob cinco eixos: Redução da Desigualdade; Juventude; Cidadania e Direitos Humanos; Saúde; e Cultura. Dessa forma, o Governo Federal vem estabelecendo políticas que visam o desenvolvimento associado à redução das desigualdades sociais e à promoção da igualdade de gênero, raça e etnia. O pacto também estipula as ações a serem realizadas de 2008 a 2011 (BRASIL, 2007a).

A fim de envolver os homens na conscientização e combate à violência contra a mulher, foi criada a Lei nº 11.489, de 20 de julho de 2007, que institui o dia seis de dezembro como o Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2007b).

No intuito de atender o que prevê a Lei Maria da Penha sobre a criação de juizados, a Recomendação nº 9, de 08 de março de 2007, recomenda aos Tribunais de Justiça a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a adoção de outras medidas, previstas na Lei nº 11.340, de 09.08.2006 (Lei Maria da Penha), tendentes à implementação das políticas públicas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares (BRASIL, 2007c).

Apesar de todos os avanços, a realidade descreve um cenário mais pessimista. No que se refere aos direitos das mulheres, as mudanças na legislação e ações governamentais rumo à equidade de gênero, as quais não foram suficientes para consolidar a cidadania das mulheres no país (PITANGUY; MIRANDA, 2006).

Frente a esse cenário, em relação à busca por ajuda pelas mulheres para enfrentar a situação de violência, são as redes informais, como a família e os amigos, que constituem, normalmente, os primeiros pontos de contato das mulheres que sofrem violência e, em segundo lugar, estão os serviços oficiais (ROSE; CAMPBELL; KUB, 2000). Corroborar tal

afirmativa o achado de um estudo da Organização Mundial da Saúde que verificou que muitas mulheres utilizam um interlocutor informal ao invés de buscar ajuda nos serviços especializados. No Brasil, o referido estudo mostrou que, na zona rural e urbana do Brasil, a busca por ajuda ocorreu em primeiro lugar na família, seguida por amigos e serviços especializados (WHO, 2005).

A busca por recursos para suportar ou enfrentar a situação de violência no seu meio relacional, na maioria das vezes, ocorre junto à família ou aos amigos, pois o apoio da família demonstra que o papel de gênero tem grande influência na percepção e na reação em situações de violência, sendo que o apoio das famílias, anteriormente ao da instituição, é apontado como estratégia de auto-proteção, a fim de evitar outra exposição à violência, uma vez que os membros da família cuidam um do outro (SNOW; SWAN, 2006).

No entanto, em estudo realizado para estimar a prevalência de violência física conjugal em mulheres de uma comunidade urbana de baixa renda, no interior de São Paulo, identificou-se que o tipo de ajuda procurada pela vítima de violência grave foi, mais frequentemente, a polícia (36,8%), seguido por curandeiros/benzedeadoras (21,1%) e uma pequena porcentagem (5,3%) recorreu aos serviços de saúde (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006). De um modo geral, as vítimas de violência percorrem vários caminhos, em decorrência de um processo desarticulado dos serviços.

Observa Santi (2007) que, no conjunto das ações de suporte e ajuda para as mulheres em situação de violência, a desarticulação também se mostra presente quanto à ajuda que realmente as mulheres esperam receber, pois ela vai além das consequências imediatas dos atos violentos, envolvendo também a compreensão, a solidariedade, a proteção e melhoria das condições econômicas. Uma importante estratégia nesta direção é a adoção de práticas sustentadas nos princípios da integralidade.

### **3.2 Violência contra a mulher e a saúde: a integralidade do cuidado**

Conceituar integralidade é bastante complexo, pelas possibilidades que a palavra oferece (ANTUNES; GUEDES, 2010). Segundo Antunes e Guedes (2010), a partir da Constituição Federal de 1988 e da legislação dela derivada, para garantir condições dignas de vida, promoção e qualidade da assistência à saúde da população, não se pode prescindir da

adoção da integralidade como eixo norteador e, ao mesmo tempo, estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pela Lei 8.080/90 com os princípios éticos, doutrinários, organizacionais e operativos que dizem respeito à saúde. Entre eles está o atendimento integral, entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e de serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade pode ser entendida como um modo de organizar os serviços de saúde, caracterizada pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Nesse sentido, é importante defender a integralidade como um valor das práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem as demandas dos pacientes, guiado por uma apreensão ampliada das necessidades dos sujeitos (MATTOS, 2006).

A construção dessa noção de integralidade deve-se ao movimento feminista no Brasil, que influenciou a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, colaborando com uma crítica densa ao modo de como as questões e os problemas de saúde das mulheres estavam sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde (MATTOS, 2006).

Os cuidados envolvendo os problemas de saúde da mulher estavam embasados no pensamento reducionista. O que se pode depreender desse tipo de atendimento é uma atenção à saúde recortada nos aspectos de acometimento físico-biológico, sem levar em consideração as dimensões culturais e as diversas formas de dominação que conferem especificidades ao processo saúde-doença. O adoecimento feminino produzido não pelas especificidades biológicas, mas pelas culturalmente ligadas ao gênero, não era abordado adequadamente e, ainda hoje, continua sendo um desafio para a construção de uma assistência integral à saúde da mulher (MATTOS, 2006).

Desta forma, a interface entre a violência contra a mulher e a saúde evidencia que a identificação da violência de gênero como problema de saúde ainda encontra resistência devido a uma concepção reducionista e medicalizante, que se expressa nas práticas profissionais meramente prescritivas, na imposição de condutas clinicamente inadequadas e na desvalorização do relato da paciente (CAMARGO, 2000).

Na abordagem da violência, a conduta dos profissionais de saúde caracteriza-se pelo não acolhimento das necessidades, resultando numa inadequada resposta às demandas das

mulheres, estando longe de contemplar a integralidade de atenção à saúde, que envolve outras questões, de ordem social, cultural, jurídica e psicológica. Nesta direção, um dos caminhos está em desenvolver o atendimento integral contrariamente a fragmentada visão biomédica, abordando as determinações de ordem sócio-econômica e cultural.

Pelo princípio da integralidade, as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência a danos e reabilitação são ofertadas de forma articulada, em conformidade com a dinâmica do processo saúde-doença. O cuidado para o acolhimento visa estreitar vínculos entre os sujeitos envolvidos em um ambiente de comunicação, com autonomia, resolutividade e responsabilização (SANTOS; ASSIS, 2006).

A integralidade da atenção à saúde inclui duas dimensões de análise proposta por Cecilio (2006): a primeira é a integralidade focalizada no espaço dos serviços de saúde e a segunda dimensão é a integralidade ampliada. A primeira é entendida como “o esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECILIO, 2006, p.118), ou seja, é reconhecer que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e determinadas e só podem ser captadas em sua dimensão individual (CECILIO, 2006).

A segunda dimensão, integralidade ampliada, é fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede complexa e a outras instituições, não necessariamente do setor saúde, pois a melhoria das condições de vida é uma questão intersetorial (CECILIO, 2006).

Vale destacar que a integralidade não se dá apenas no serviço nem está centrada em um único profissional, pois a integralidade é um objetivo da rede. Assim, o cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, independente de sua complexidade, deve agregar outros saberes disponíveis na equipe e nas práticas de diversos serviços do setor saúde ou de outros setores (CECILIO, 2006).

Sob as bases do conceito de integralidade é que nos propomos analisar como as mulheres percebem a ajuda dos serviços de saúde no reconhecimento e atendimento de suas necessidades de saúde.

Para Cecilio (2006), a necessidade de saúde é a busca de resposta para as más condições de vida, procurando um vínculo afetivo com o profissional, para uma maior autonomia no modo de vida ou de acesso à tecnologia de saúde, capaz de melhorar a condição de vida.

D'Oliveira (2000) estudou o espaço clínico de interação entre o profissional médico e usuárias (mulheres vítimas de violência) de um serviço de saúde. Alicerçada no conceito de

necessidade de saúde, a autora evidencia que, na intervenção técnica, a interação entre usuário e profissional está mediada por outras articulações, tais como: entre profissional de saúde e seus saberes; entre profissional e suas condições de trabalho; entre as usuárias e suas vidas privadas; entre as usuárias e o serviço organizado para dadas ofertas de produção assistencial; entre usuárias e suas expectativas perante o serviço, tanto de uso, quanto de resolução de problema, interpretado este como necessidade de saúde.

Neste sentido a necessidade de saúde pode ter sentidos distintos para os profissionais e para as usuárias e, portanto, a ajuda esperada pelas mulheres não será necessariamente qualificada e acolhida como necessidade de saúde.

### **3.3 Fator de proteção no enfrentamento da violência: subsídios para a construção da resiliência**

No âmbito da atenção nas redes pessoais, sociais e na dimensão das instituições, é necessário entender como esses recursos poderiam ou deveriam proteger a mulher da situação de violência e promover a integralidade física, psíquica e moral da mulher.

A complexidade que envolve o contexto de vida das mulheres em situação de violência e sua interface com o enfrentamento permite pensar que o mesmo contexto ecológico e sua rede de apoio podem percorrer diferentes caminhos de desenvolvimento que podem proteger ou não a mulher da violência.

O conceito de fator de proteção usado nesse estudo é parte integrante do conceito de resiliência. Assim, para compreender o fator de proteção como ambientes sociais e pessoais que ajudam a enfrentar a violência e sair fortalecido, apesar das marcas físicas, psicológicas e materiais, é necessário discorrer sobre a resiliência.

Neste estudo tomamos o conceito de resiliência como um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em um contexto de grande adversidade (LUTHAR; CICHETTI; BECKER, 2000). Assim, a resiliência seria a capacidade de superação do indivíduo frente à situação de violência doméstica.

Nessa definição encontram-se três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: a noção de adversidade, trauma ou risco; adaptação positiva ou superação da adversidade; e a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e

socioculturais que influenciam no desenvolvimento humano (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

Na área de intervenção psicossocial, a resiliência promove processos que envolvem o indivíduo e seu ambiente social, ajudando a superar a adversidade, adaptar-se à sociedade e ter melhor qualidade de vida (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

Assim, o enfoque da resiliência deve ser pensado em um contexto mais amplo, ou seja, o contexto do desenvolvimento humano, considerando seu meio familiar, social e cultural. Assim, o contexto ecológico busca identificar como os contextos diversos interagem ao longo do ciclo vital e, a depender de como se apresentam aos indivíduos e dos recursos advindos destes meios, quando consistirem em conexões positivas, podem promover processos de resiliência (BRONFENBRENNER, 2004). Os níveis que formam o marco ecológico são: o individual, o familiar, o comunitário vinculado aos serviços sociais e os culturais vinculados aos valores sociais (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

Nos últimos anos, a noção de resiliência tornou-se mais complexa, ou seja, é abordada como um processo dinâmico, que envolve a interação entre processos sociais e intrapsíquicos de risco e proteção (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

Os fatores de risco relacionam-se com eventos desfavoráveis, que aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, sociais e emocionais. Os fatores de risco podem ser crônicos ou agudos, como a condição de pobreza, rupturas na família, doenças, vivência de eventos violentos, perdas ou catástrofes. Assim, frente a estes eventos de risco ou adversidades, a pessoa torna-se suscetível tanto à vulnerabilidade quanto a resiliência (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

A vulnerabilidade é compreendida como uma intensificação da reação frente a estímulos, ou seja, aumenta a probabilidade de um resultado negativo na presença de um contexto adverso (RUTTER, 1987). Alguns fatores agem como facilitadores da vulnerabilidade quando predominam aspectos negativos, além da falta de suporte social do ambiente e de fragilidades individuais (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006).

Os fatores de proteção estão voltados para a compreensão de fatores internos e externos ao indivíduo e que levam à reconstrução diante do sofrimento. Assim, os fatores que oferecem proteção são influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta da pessoa ao evento que desencadeou o sofrimento (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006). Tais fatores possuem várias funções, dentre elas: reduzir o impacto dos riscos; reduzir as reações negativas e criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (RUTTER, 1987).

Alguns fatores de proteção são fundamentais para o desenvolvimento da resiliência, como: a) atributos pessoais, tais como autonomia, auto-estima, bem-estar subjetivo, orientação social positiva, competência emocional; b) rede social de apoio, com recursos individuais e institucionais, que encoraje e reforce a pessoa a lidar com a adversidade; c) coesão familiar e laços afetivos que ofereçam suporte emocional em momentos de estresse (PINHEIRO, 2004).

Os mecanismos de proteção podem apresentar-se como estratégicos para restabelecimento do equilíbrio perdido, apesar das adversidades. Assim, os programas e ações voltados ao desenvolvimento da resiliência devem pautar-se no indivíduo e no grupo social, os quais se encontram expostos ao agravo, contribuindo para reforçar, viabilizar e desenvolver habilidades e competências individuais e coletivas que os permitam superar a adversidade e melhorar a qualidade de vida e convívio social (COSTA; BIGRAS, 2007).

Nessa perspectiva, o trabalho voltado para a proteção compreende uma dimensão integradora entre múltiplos setores, ou seja, da rede de proteção. O trabalho em rede de proteção viabiliza a formação das redes sociais, estimulando o desenvolvimento de práticas integradas, o que é apontado como um importante indicador do impacto positivo das propostas direcionadas a proteção, promoção e intervenção, no enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde (OLIVEIRA et al., 2004).

*Em todas as lágrimas há uma esperança.*

*Simone de Beauvoir*

## ***4 PRESSUPOSTOS***

---

## **4 PRESSUPOSTOS**

O pressuposto de nosso trabalho é que as condições sociais das mulheres, particularmente em termos do desempenho dos papéis sociais femininos são aspectos importantes na significação ou re-significação da violência como adversidades em suas vidas.

No enfrentamento da violência, as mulheres percorrem caminhos que envolvem a interação de processos intrapsíquicos e sociais, como as relações familiares e institucionais, que podem ser de risco ou proteção à violência.

As necessidades das mulheres em situação de violência são percebidas por elas de forma diferenciada a depender de sua condição histórica, social e do contexto de suporte social recebido. Na busca por ajuda, as mulheres se orientam tendo por base as necessidades que possibilitam ser apreendidas pelas instituições sociais, principalmente de saúde e segurança, ou seja, as de base normativa, o que é limitante para acessar aspectos da sua integralidade.

*A paciência é uma das qualidades  
“femininas” que tem como origem a nossa  
opressão, mas que deve ser preservada após a  
nossa libertação.*

*Simone de Beauvoir*

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

---

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 Caracterização do estudo

Em virtude da natureza do fenômeno investigado, no qual se pretende aprofundar o conhecimento, o presente estudo teve como proposta metodológica a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa está relacionada a questões particulares e “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (MINAYO; DESLANDES; ROMEU, 2008, p. 21). Segundo Minayo (2008), o método qualitativo:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças. Das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008, p. 57).

Neste sentido, o método qualitativo é uma abordagem pertinente porque traduz as visões de mundo que os sujeitos sociais constroem e compreendem sobre determinados aspectos da realidade experienciada e vivenciada.

Assim, esse estudo buscou compreender, por meio da abordagem qualitativa, as percepções de mulheres que sofreram violência doméstica e a denunciaram, identificando as ações que as protegem, no sentido de enfrentar o problema, considerando o suporte social e de saúde disponíveis em sua comunidade.

### 5.2 Campo e cenário da pesquisa

O Campo de investigação é o Município de Ribeirão Preto, em que buscamos focalizar os serviços tanto de saúde como os equipamentos sociais e de segurança pública que compõem a rede institucionalizada de suporte à mulher em situação de violência.

O setor saúde, desde 04/05/1998, por meio da Portaria Estadual nº. 2553, está qualificado como Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

A rede municipal de saúde está dividida em cinco Distritos de Saúde, com uma unidade básica distrital de saúde que oferece serviços de pronto atendimento em urgências e especialidades da atenção secundária. Em cada Unidade Distrital de Saúde encontram-se

Unidades Básicas de Saúde, totalizando 28 unidades no município, que prestam atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a população de sua abrangência. Ainda nas unidades distritais, encontram-se alguns serviços de saúde, disponíveis como mostra o organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2009a).

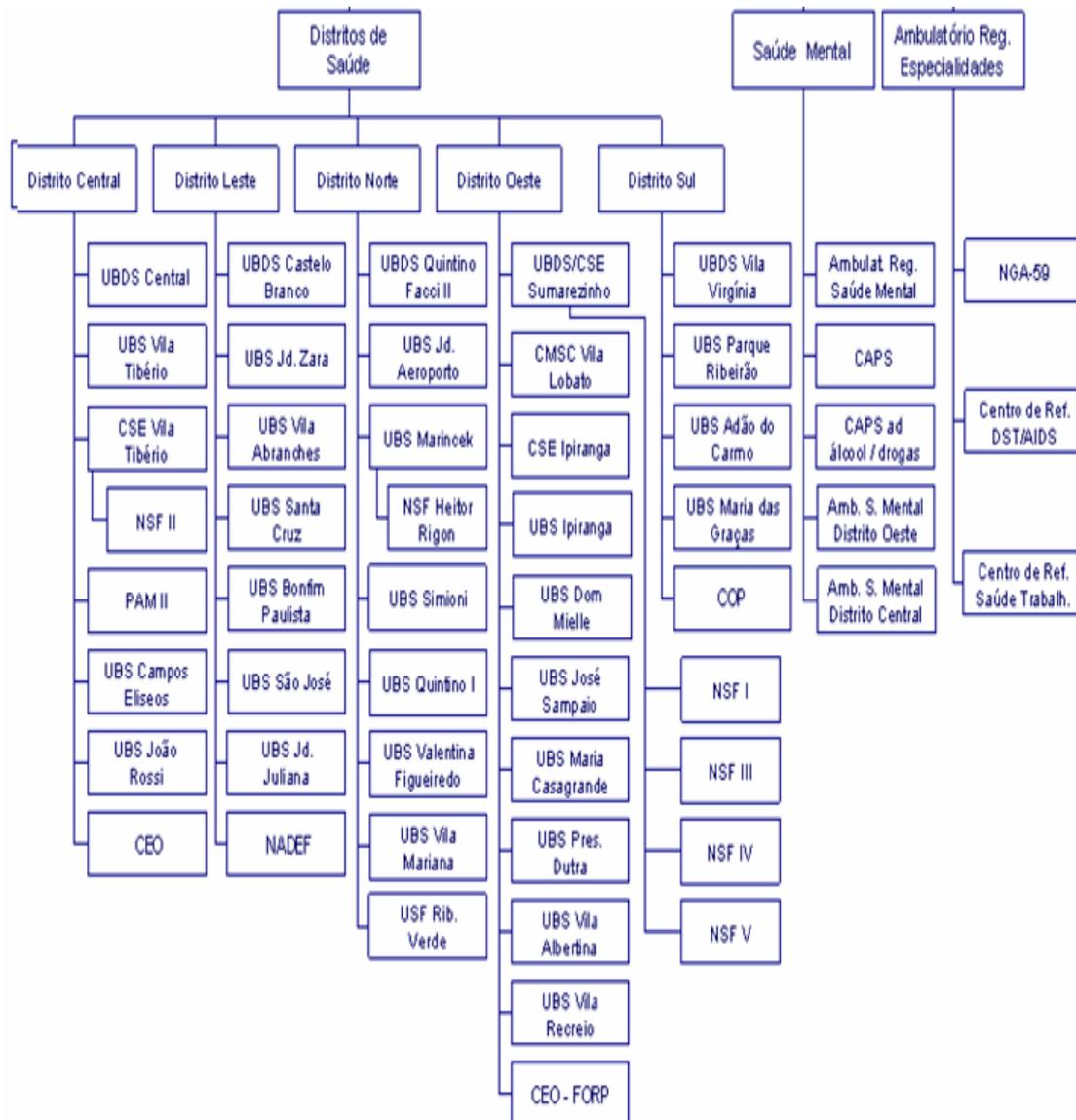


Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, Brasil, 2010. Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2009b.

A rede hospitalar conta com treze hospitais, dos quais dez atendem aos usuários do SUS: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Unidade Câmpus e Unidade de Emergência), Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (Santa Tereza), Centro de Referência da Saúde da Mulher, Sociedade Portuguesa Beneficência (Hospital Imaculada Conceição), Sociedade Beneficente Santa Casa de

Misericórdia, Hospital Electro Bonini da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Instituto Santa Lydia e Hospital São Francisco Sociedade (RIBEIRÃO PRETO, 2009c).

Na área da saúde da mulher, a assistência está distribuída nos serviços de pré-natal, puerpério, menopausa, planejamento familiar e sexualidade. Em relação à assistência da mulher vitimizada, nos casos de violência doméstica, principalmente sexual, ocorre o atendimento normatizado pelo Ministério da Saúde na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP), com profissionais treinados no protocolo de manejo de casos de violência sexual. O HCFMRP também conta com o Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual (SEAVIDAS), que busca integrar os níveis primários, secundários e terciários para o acompanhamento psicológico, social e jurídico das medidas de proteção e apoio social. O SAEVIDAS também faz o acolhimento das mulheres que utilizam o serviço da Delegacia da Mulher (SÃO PAULO, 2008).

Os equipamentos sociais que prestam apoio às mulheres vítimas de violência estão vinculados à rede municipal, às faculdades e organizações não-governamentais (ONGs) de Ribeirão Preto. O atendimento de proteção social básica é realizado pelo Centro de Referência de Assistencial Social (CRAS) e pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) da Secretaria Municipal de Assistência Social. Entre os programas oferecidos pelo CREAS, destacamos o Projeto Esperança, de atendimento à mulher vitimizada, que visa às ações de promoção do protagonismo, orçamento doméstico, cuidados com a saúde, geração de renda, educação dos filhos e recolocação profissional. Em relação à assistência jurídica e psicológica, estes serviços são oferecidos pelas Faculdades de Direito e Psicologia de Ribeirão Preto. O município também conta algumas ONGs que prestam assistência jurídica e psicológica, como também serviços sociais (RIBEIRÃO PRETO, 2009a)

Vale destacar que Ribeirão Preto não conta, ainda, com uma casa-abrigo para as mulheres em situação de violência, nos casos mais graves, as mulheres que não têm ninguém para ajudá-las são acolhidas na Central de Triagem e Encaminhamento do Migrante e Itinerante e Morador de Rua de Ribeirão Preto.

O serviço de Segurança Pública é composto por delegacias policiais gerais e especializadas em homicídios e uma especializada no atendimento à mulher - Delegacia de Defesa da Mulher. O cenário de estudo é o Núcleo de Perícias Médico-Legais, especificamente, o Instituto Médico Legal, responsáveis por perícias técnicas, ambos ligados e subordinados à Superintendência da Polícia Técnico-Científica (SPTC).

A Superintendência da Polícia Técnico-Científica foi criada em 1998, para administrar as perícias criminalísticas e médico-legais realizadas em todo o Estado de São Paulo. A SPTC é responsável pela coordenação do trabalho do Instituto de Criminalística e do Instituto Médico Legal (IML). As funções do IML são a necropsia e exame de corpo de delito em pessoas que foram vítimas de acidentes de trânsito, agressões e acidentes de trabalho (SÃO PAULO, 2010).

Assim, as mulheres que denunciam a violência doméstica na Delegacia da Mulher são encaminhadas ao Instituto Médico Legal, principalmente nos casos de estupro e lesão corporal, para a realização do exame de corpo de delito. Portanto, a escolha da referida instituição como o local de coleta de dados se justifica por ser um espaço em que já atuamos com outro projeto de pesquisa e que percebemos ser o local em que comumente nos deparamos com mulheres com perfil pró-ativo, o que pode revelar a ação frente à violência e também revelar movimentos anteriores de passividade.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

O recorte empírico constituiu-se de 10 mulheres maiores de 18 anos, que sofreram violência doméstica e a denunciaram na Delegacia da Mulher e foram atendidas no Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto para realização do exame de Corpo de Delito e que se dispuseram a falar sobre o assunto.

O recorte empírico do estudo foi dado pelo critério de saturação dos dados, a qual ocorre quando “as informações fornecidas pelos novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados” (FONTANELLA et al., 2008, p. 17). Assim, a coleta se extingue quando ocorre a reincidência das informações.

### **5.4 Coleta de dados**

Ao considerar o método qualitativo, adotou-se a técnica da entrevista, que é um instrumento de conhecimento pessoal que facilita a apreensão de uma série de fenômenos, elementos de identificação e de construção da pessoa entrevistada (TURATO, 2003).

Os dados do estudo foram obtidos através da entrevista semi-estruturada, em que o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre o tema em questão sem ficar preso à indagação formulada (MINAYO, 2008).

No sentido de atender aos interesses de produção do material empírico, construímos um roteiro de entrevista, com questões abertas (APÊNDICE A). O roteiro contempla informações básicas, como: idade, cor, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, número de filhos e provedor da casa. As questões sobre a percepção do fenômeno contemplavam o significado da violência, as ações de enfrentamento na perspectiva do sujeito e a repercussão da violência na vida e na saúde.

Para a operacionalização da coleta de dados, inicialmente, realizou-se um contato telefônico para identificarmos as pessoas responsáveis pelo serviço e marcamos uma reunião para a apresentação da pesquisa. Essa reunião aconteceu com o Diretor e o Vice-Diretor do Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto. Na ocasião, foram apresentados o projeto de pesquisa e esclarecimentos sobre a coleta de dados. Mediante a aprovação do desenvolvimento do estudo na referida instituição, foi solicitada ao Diretor a assinatura da folha de rosto do Comitê de Ética em Pesquisa e a autorização para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE B).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, realizou-se o segundo contato, para entrega dos documentos de aprovação e de autorização para o início da pesquisa (APÊNDICE C).

Desta forma, em dezembro de 2009 ocorreu a primeira aproximação junto aos integrantes da equipe que prestam atendimento às mulheres, como os médicos e os secretários (as), para apresentação da pesquisadora e da pesquisa a ser realizada. Destaca-se a receptividade apresentada pelos funcionários, oferecendo auxílio no que fosse possível e nos esclarecimentos quanto ao funcionamento do serviço. Esta interação facilitou o desenvolvimento da coleta e também a aproximação com os sujeitos do estudo.

No período de dezembro de 2009 a janeiro de 2010 foi desenvolvido o estudo piloto, que consiste na realização de entrevistas com alguns interlocutores (MINAYO, 2008). Foram entrevistadas cinco mulheres atendidas no IML, que concordaram, mostraram interesse em participar do estudo e tinham tempo disponível para isso. Essas mulheres foram convidadas a participar do estudo, pela ordem de chegada ao serviço, na sala de espera, mas a coleta dos dados ocorria somente após a realização do exame de corpo de delito, para não atrapalhar o fluxo do serviço.

No estudo piloto, a realização das entrevistas visava verificar se a ordem das questões seguia um caminho coerente e se o vocabulário utilizado apresentava-se adequado. Na primeira entrevista foi possível identificar a necessidade de ajustes. Após a reformulação das perguntas, verificamos que o roteiro de entrevista apresentava-se mais claro e coerente aos objetivos da pesquisa. Também foram observadas se as condições do ambiente físico eram adequadas para a realização da pesquisa, ou seja, se o local escolhido para realização das entrevistas era reservado e sem influências externas. O local disponibilizado para a coleta foi a sala da Diretoria, que fica em um espaço reservado longe, da recepção e da sala de espera.

Nesse processo, também identificamos as dificuldades da prática, por estarmos lidando com aspectos de vida que mobilizavam emoções e sofrimentos, em cada visita ao IML, foi realizada somente uma entrevista por dia, devido à carga emocional de cada entrevista, por ser um assunto muito complexo e que carrega expressões físicas e emocionais profundas, tanto para quem sofre quanto para quem escuta a narração desse sofrimento.

Após os ajustes ocorridos no estudo piloto, deu-se início à coleta de dados em março de 2010. Para a coleta, reservamos uma sala no Instituto Médico Legal, cedida pelo diretor da instituição, porém esta sala estava disponível somente no período da tarde, pois no período da manhã era utilizado por ele, o que dificultou a coleta de dados, pois o maior fluxo de mulheres ocorria no período da manhã e após o final de semana, ou seja, na segunda de manhã. Outro aspecto que dificultou a coleta de dados é que o serviço trabalha com um horário de atendimento curto, das 9 às 11 e das 14 às 17 horas, e não funciona no final de semana e nem em feriado.

Vale destacar que em alguns dias não houve atendimento médico para exame de corpo de delito, pois só havia um médico em serviço para cobrir o plantão, tanto do IML quanto do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). O Instituto Médico Legal está situado na região central de Ribeirão Preto e o Serviço de Verificação de Óbitos está localizado próximo ao Câmpus Universitário da Universidade de São Paulo, o que dificultava o deslocamento do médico, comprometendo o atendimento no IML. Nesse serviço, ocorre o exame de Corpo de Delito em diversas situações, como violência, acidentes e também de pessoas que estão em regime prisional, sendo, portanto um ambiente de risco.

Assim, a coleta de dados se estendeu até o mês de agosto de 2010. Como já mencionado o grupo de estudo foi constituído por 10 mulheres que sofreram violência doméstica. As entrevistas foram gravadas, com a autorização das participantes. Esta técnica de gravação permite o registro fidedigno, que é crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo em estudo (MINAYO, 2008).

Durante a coleta de dados, somente quatro pessoas convidadas a participar do estudo se recusaram porque estavam sem tempo para dar entrevista.

Após o término da entrevista foi entregue para cada mulher participante uma relação de serviços de saúde e de apoio às mulheres em situação de violência, elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE D), baseada nos seguintes guias: Guia da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto, Guia da Mulher: ações de promoção dos direitos, Redes de Integração de Serviços para o Enfrentamento da Violência contra a Mulher do Estado de São Paulo e o Guia de Serviços de Apoio às Mulheres em Situação de Violência de Ribeirão Preto.

Para assegurar o sigilo das informações e o anonimato das entrevistadas, para a apresentação dos resultados identificamos os sujeitos com códigos.

## 5.5 Análise dos Dados

Os depoimentos foram gravados e, após cada entrevista, foram transcritos, na íntegra, acompanhados de observações sobre os momentos marcantes da entrevistas.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram analisados através da modalidade de análise de conteúdo temática. Esta técnica “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2009, p. 131).

O tema, na análise temática, é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças e de tendências (BARDIN, 2009).

A presença de determinados temas denota modelos de comportamento presentes no discurso. Assim, a análise de conteúdo permite a inferência de conhecimentos relativos a determinados contextos, das mensagens, por meio de procedimentos especializados e científicos. Assim, o motivo da escolha de tal técnica se justifica pelo rigor científico no campo das comunicações.

Operacionalmente, a análise temática percorreu os seguintes passos: leitura compreensiva, exploração do material ou análise e síntese interpretativa (GOMES, 2008):

a) Leitura compreensiva do material: busca uma visão do conjunto para apreender as particularidades, elaborar pressupostos, classificação inicial e determinar os conceitos teóricos;

b) Exploração do material ou análise: procura-se distribuir as frases no esquema de classificação, dialogar com o texto da análise, identificar através de inferência os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais, analisar os diferentes núcleos de sentido para temas mais amplos, dos quais podem ser discutidas as diferentes partes do texto analisado, reagrupar as partes do texto por temas e elaborar uma redação por tema e articular com os conceitos ou com a fundamentação teórica que orienta a análise.

c) Síntese interpretativa: chega-se à interpretação quando se realiza a síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada.

## **5.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Esse estudo atendeu aos requisitos propostos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Dessa forma, inicialmente foi obtida a autorização para o serviço investigado e, posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética, sob protocolo nº 1029/2009 (ANEXO A). Os sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa através da leitura, pela pesquisadora, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, frente ao aceite, foi solicitada ao sujeito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Foi garantida ao participante uma cópia deste Termo, devidamente assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado.

Há um tempo para tudo. Há um tempo para chorar e há um tempo para sorrir e vai chegar o tempo em que eu vou sorrir. Eu vou sorrir.

Depoimento da Entrevista 6

## ***6 RESULTADOS E DISCUSSÃO***

---

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

O grupo de estudo foi composto por dez mulheres em situação de violência doméstica e, como evidenciado em outros estudos, é no espaço doméstico onde a maior parte das agressões contra as mulheres ocorre (CELBIS et al.; 2006).

As agressões que estas mulheres sofreram, em 90% dos casos, foram cometidas pelo atual companheiro, e, em 10%, o agressor foi o ex-companheiro. Estudos têm evidenciado que as mulheres sofrem agressões, na maioria dos casos, por pessoas com quem elas têm contato íntimo, sendo principalmente, perpetrado pelo companheiro ou ex-companheiro (REZENDE et al., 2007; REIS, 2004; SILVA, 2003; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2002).

Em relação ao estado civil, 50% eram solteiras e viviam com o companheiro no momento, 20% eram casadas e 30% eram separadas. Em relação às mulheres que eram separadas, ou seja, três mulheres, duas se separaram do primeiro marido e no momento viviam com outro companheiro, que era o agressor, e somente uma mulher estava separada do marido há dois anos e não mantinha nenhum relacionamento com outro homem, mas sofria violência do ex-marido. Esse dado corrobora um estudo desenvolvido por Deslandes, Gomes e Silva (2000), que relataram que a violência ocorreu mais entre as mulheres solteiras.

Todas as mulheres do estudo sofreram violência física, porém, em alguns casos, a violência física estava associada com outros tipos de violência. Assim, 20% das mulheres entrevistadas relataram ter vivenciado somente a violência física (VF). Além da violência física, 50% sofreram violência psicológica (VP), 20% violência sexual (VS) e 10% cárcere privado (CP). Vale destacar que duas participantes do estudo relataram a violência patrimonial (VPT).

A violência patrimonial é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos destinados a satisfazer suas necessidades (BRASIL, 2006).

Um estudo, realizado por Schraiber et al. (2007) com 3.193 mulheres usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo, encontrou que as prevalências de violência por parceiro íntimo foram maiores para a violência física e sexual sendo que há uma ocorrência predominante de superposição dos tipos de violência, o que ocorreu para 62% dos

casos. As formas exclusivas corresponderam a 26% dos casos no tipo psicológico, 9% no físico e 3% no sexual.

Vale destacar que todas as mulheres do estudo referem a reincidência dos episódios de violência. No período de coleta de dados, constatamos a recorrência de dois casos de agressão, ou seja, após fazer o boletim de ocorrência e passar pelo Instituto Médico Legal, essas mulheres sofreram novas agressões pelos companheiros e estavam novamente no serviço para realizar outro exame de corpo de delito.

Embora com desenho metodológico diferente, a pesquisa realizada por DOBASH et al. (2007), que avaliava a ocorrência de violência letal e não letal, constatou que a violência era recorrente em 59% dos episódios de agressão física contra as mulheres investigadas.

Constatamos a média de idade das mulheres entrevistadas foi de 38 anos, sendo que a idade variou de 24 a 62 anos. Observamos uma grande variabilidade na faixa etária das entrevistadas, destacando que duas participantes tinham mais de 60 anos.

Quanto à ocupação, 60% das mulheres entrevistadas exerciam atividade remunerada, 30% eram do lar e 10% estavam desempregadas. Percebe-se que a grande maioria dessas mulheres possui atividade remunerada, sendo que 30% referem cuidar financeiramente da casa sozinha, 30% referem dividir a participação nas despesas da casa com o companheiro, 30% são dependentes financeiramente do parceiro e 10% são dependentes financeiramente do parceiro e de um familiar. Um estudo desenvolvido mesmo local em que o nosso encontrou que 75% exerciam alguma ocupação, 16% eram do lar e 9% estavam desempregadas (SANTI, 2007).

Desta forma, acreditamos que a relação entre a dependência econômica e a violência contra a mulher deve ser mais estudada, pois os dados da nossa pesquisa revelam que algumas mulheres têm uma atividade remunerada e contribuem significativamente com as despesas da casa e, ainda assim, vivem em um relacionamento violento. Tal fato nos remete a pensar que outros vínculos com o parceiro levam essas mulheres a permanecer na situação de violência.

Em relação à escolaridade, 50% têm apenas o ensino fundamental incompleto, 10% completaram o ensino fundamental, 30% completaram o ensino médio e 10% completaram o ensino superior completo. Nota-se que a metade das mulheres do estudo possuía baixa escolaridade.

A este respeito, uma pesquisa realizada em uma unidade básica do Rio Grande do Sul encontrou uma maior prevalência de episódios de violência entre as mulheres com menos anos de escolaridade (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Quando se analisou o número de filhos, foi verificada a média de dois filhos por mulher, havendo uma variação de 1 a 4 filhos.

Ao perguntar sobre a cor da pele, 50% referiram ser pardas, 40%, brancas e 10% declararam-se negras, diferindo de alguns estudos que apontam as mulheres negras como maiores vítimas da violência (LOPES et al., 2004; RAMÃO et al., 2005; REZENDE et al., 2007).

Em relação à prática religiosa, 30% eram evangélicas, 40% eram católicas e 30% não faziam parte de nenhuma instituição religiosa, porém relataram acreditar na espiritualidade.

O quadro a seguir apresenta um resumo com as principais informações sobre as mulheres participantes da entrevista.

Código	Idade	Escolaridade	Estado civil	Ocupação	Número de filhos	Cor da pele	Religião	Violência sofrida
E1	24 a	8ª série Ensino Médio	Solteira	Auxiliar de cozinha	Um	Parda	Não pratica	VF VP
E2	25 a	Ensino Médio Completo	Casada	Do lar	Dois	Branca	Evangélica	VF
E3	29 a	Ensino Superior	Solteira	Desempregada	Um	Branca	Católica	VF VP CP
E4	29 a	4ª série Ensino Médio	Solteira	Auxiliar de limpeza	Um	Parda	Não pratica	VF VS VPT
E5	34 a	Ensino Fundamental Completo	Separada	Faxineira	Dois	Parda	Católica	VF
E6*	37 a	Ensino Médio Completo	Separada	Comerciante	Dois	Branca	Evangélica	VF
E7	41 a	3ª série Ensino Médio	Solteira	Diarista	Dois	Negra	Católica	VF VP VPT
E8	42 a	7ª série Ensino Médio	Separada	Auxiliar de limpeza	Quatro	Negra	Evangélica	VF VS
E9	61 a	3ª série Ensino Médio	Solteira	Do lar	Quatro	Parda	Católica	VF VP
E10	62 a	1ª série Ensino Médio	Casada	Do lar	Três	Branca	Não pratica	VF VP

Quadro 1: Caracterização das mulheres entrevistadas. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2010.

\* Nesse caso além da violência física sofrida pela mulher, o companheiro abusava sexualmente da filha dela de treze anos, fruto de um namoro anterior a esta relação, de quem ele era padrasto.

## 6.2 Análise qualitativa

Através da análise das falas das entrevistadas, depreendemos duas categorias temáticas centrais: **Reconhecendo atributos pessoais que fragilizam e potencializam o enfrentamento da violência** e **Reconhecendo a rede social de apoio de que dispõem e as expectativas no alcance das necessidades requeridas**.

### 6.2.1 Reconhecendo atributos pessoais que fragilizam e potencializam o enfrentamento da violência

Os relatos das entrevistadas sobre suas vivências conjugais nos coloca frente à realidade da violência como um fato do cotidiano e recorrente para todas, adquirindo formas diferenciadas de sentidos ou significados a serem compreendidos, levando-se em consideração o contexto social e a situação em que se manifestam.

Desta forma, na primeira categoria temática identificam-se os seguintes núcleos de sentido: **a) Reincidência e a re-significação da violência sofrida** e **b) O contexto e a condição social da mulher**.

Em relação ao primeiro núcleo de sentido, identificamos que a própria reincidência da violência constitui um evento marcante no desencadeamento das ações de enfrentamento, denominada por elas como ato de “*coragem*”.

Para estas mulheres, a intencionalidade do ato violento pelo agressor é considerada na elaboração de novos sentidos da violência que lhe é perpetrada.

*Ah nessa segunda eu já procurei o IML. Porque eu achei demais. Não. Ai não é engraçado mais. E não é sem querer também. Entendeu? (E2).*

*A gente briga a gente vive brigando toda a segunda-feira. De domingo para segunda a gente fecha o pau. Não de ele agredir e atacar, mas semana passada ele chegou a me espancar (E4).*

A percepção das mulheres em relação à atitude do agressor como um ato intencional em transmitir estímulos nocivos a elas as colocam frente a uma realidade na qual requerem impor limite, devido ao caráter sistemático e repetitivo, além de serem progressivamente mais

graves, caracterizando-se por situação de cronicidade e crescente periculosidade (SCHRAIBER et al., 2002). Nesta direção, no campo da saúde, a violência é conceituada pela Organização Mundial da Saúde levando-se em conta os possíveis agravos à saúde:

O uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug et al., 2002, p. 5).

Em tal definição, a questão da intencionalidade e a prática do ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido, podem ser analisadas sob dois pontos importantes: em primeiro, mesmo que a violência denote distinção de eventos não intencionais que resultam em lesões, o uso da força não necessariamente significa que houve a intenção de provocar danos; num segundo ponto, a intencionalidade perpassa a distinção entre a intenção de provocar dano e a intenção de usar a violência, o que significa que pode haver uma disparidade entre o comportamento pretendido e a consequência pretendida, ou seja, o agressor pode cometer o ato na intencionalidade e resultar em efeitos adversos à saúde, mas este agressor pode não perceber que o seu ato trouxe consequências nocivas para a pessoa agredida (KRUG et al., 2002).

Para além da percepção das mulheres quanto à intencionalidade do agressor, estão as visíveis consequências nocivas da violência em seus corpos, em suas vidas, ou mesmo na violação do seu bem maior, seja ele afetivo (filhos) ou material (produto do seu trabalho), o que se constitui para elas um importante fator para mobilizar a “*coragem*” de reagir frente à violência sofrida.

*Ai agora a segunda vez ele pegou a faca novamente e essa lesão que eu estou na cabeça. Quem apanha nunca esquece.(...) Eu tenho muita dor de cabeça porque puxou demais meu cabelo. Então cada dia eu quero que dói mais para eu nunca arrepender. É o que eu ganhei ser arrastada... É isso! E porque você passa com isso a tonta arriscada a pegar uma AIDS e ficar sem minhas filhas. Então por isso que eu não quero. Não chega! (E7.)*

*A hora que eu segurei a mão da minha filha e estava super gelada. Eu vi que ela tinha muito medo então eu me encorajei. (...)Tendo certos abusos com a minha filha mais velha que é enteada dele (...) Ele ia apanhar! Eu falei assim “Mexeu com os meus filhos piorou”. Enquanto estava mexendo comigo (E6).*

*Já aconteceu a agressão eu sentei e conversei e não de certo. Ai foi e partiu para outra. Além de tudo ele sempre fala que eu estou errada. Outra coisa ele quebrar o meu suor! Entendeu? Que quando fosse eu e ele que compramos não ia me doer tanto, mas ele não tem nada lá dentro e ele sabe disso... (E4).*

Esta percepção corrobora com o conceito de que a violência é tudo que destrói, fere ou agride uma pessoa, prejudicando seu bem-estar social e individual (GROSSI; ALMEIDA; TAVARES, 2007).

As circunstâncias em que se deram as situações de violência também se apresentam como fator que mobiliza as mulheres deste estudo a tomarem coragem para reagir à violência sofrida. Tornar público o que se mantinha em segredo no privado é uma prova factível da violência, ao mesmo tempo em que confere a mulher à condição de vítima.

Assim, as lesões visíveis, que chegam a deixar marcas, são uma medida de avaliação importante, com ênfase especial para sua repercussão eminentemente moral (BRANDÃO, 2006).

*(...)Eu te estapeio porque tapa não marca. É o que ele fazia. Só que antes de ontem ele esqueceu. Foi aonde que ele me marcou. (E10).*

*Foi a humilhação. A humilhação de estar lá naquele chão aquele dia e a pessoa me chutar na frente do meu serviço (E8)*

Se, por um lado, isto pode representar uma tomada de decisão para legitimar uma denúncia contra o parceiro agressor, pelo fato de deixar marcas no corpo ou sentir-se humilhada e agredida em público, por outro, é preciso se atentar ao processo de vitimização no tratamento da violência contra a mulher.

A ideia de vitimização, sob o olhar da categoria de gênero, reforça a mulher como ser passivo, incapaz de se manifestar contra o poder do macho e de formular sua própria visão de mundo (JOFFILY, 1999).

Na re-significação da violência, as mulheres tomam por referência as experiências anteriores de violência como contraponto. De forma geral, as mulheres revelam que nos eventos anteriores de violência, pela falta de conhecimento de como agir, acabam por tomarem atitudes passivas e de aparente consentimento da violência sofrida ou até mesmo abdicando-se da punição a seus agressores.

No entanto, há de se questionar a crença sobre o papel passivo que é atribuído às mulheres em situação de violência quando permanecem no relacionamento. Assim, essa passividade seria interpretada como uma estratégia de sobrevivência e de proteção de si mesmas e de seus filhos (MENDES, 2005).

Portanto, o ato de ceder não significa consentir, mas, possivelmente, a tomada de decisão que naquele dado momento lhes pareceu mais apropriada, tendo em vista as

imposições engendradas pelo próprio contexto social, que discutiremos com parte do segundo núcleo de sentido.

A exposição do que antes era mantido na esfera privada constitui uma tentativa de equilibrar as forças nas relações de gênero (MENDES, 2005). Assim, a violência de que foram vítimas guardava a intenção de destruição ao desqualificá-las como sujeitos dotados de singularidades, vontades, desejos e direitos (VILHENA, 2002). As mulheres que sobrevivem em situação de violência doméstica são tomadas por sentimentos de inutilidade e impotência diante da vida e da dor, sobrevivendo numa relação de conflito (CABRAL; BRANCALHONE, 2000).

Num movimento reativo, as marcas da violência sofrida despertam nas mulheres desejos de mudanças, que se constituem em um marco de transformação pessoal e social, como bem define a entrevista E5, “quando você repagina a sua vida”.

*Só que agora eu não quero mais porque já são quatorze anos e já foram várias vezes ele aprontando e eu aceitando ainda levava e continuava ficando... Sabe quando você repagina a sua vida (E5).*

O que se esboça a princípio é a mulher enquanto sujeito constituinte de seu próprio destino. Nestes casos, o efeito de vincular a experiência diária e as mudanças nas percepções das pessoas afetadas, no contexto familiar e social, leva as mulheres a tomar a decisão de não mais querer viver naquela situação. Em muitos casos, as mulheres reagem com alto grau de indignação nos casos de violência sexual, infidelidade ou abuso com suas filhas (SAGOT, 2000).

*Ele perdeu o respeito porque não se faz. Se fosse uma mulher decente eu entenderia (...) mas uma prostituta eu não aceito (...) Sabe quando você repagina a sua vida (E5).*

*É o que eu ganhei ser arrastada... É isso! E porque você passa com isso a tonta arriscada a pegar uma AIDS e ficar sem minhas filhas. Então por isso que eu não quero (E7)*

O processo de transformação pessoal e social precisa ser compreendido no âmbito dos conflitos ensejados nas relações interpessoais de gênero e suas expressões em termos do sofrimento físico ou emocional da mulher, articulado à sua condição social. Assim, a violência contra a mulher se constitui da manifestação do exercício de poder entre os gêneros, que contém não apenas um fator hierarquizante, mas diversas possibilidades de sujeição ou de reação/enfrentamento de cada mulher.

*Eu acho que falta as mulheres não terem medo de procurar ajuda e parar de se submeter a alguém que não mereça... Que isso a pessoa... A mulher mesmo se degrida sozinha... Ela não se... Acho que não é nem não se gostar... É não se respeitar como mulher (E8).*

*O homem não, o homem já nasce com um espaço debaixo do sol, mas a mulher ela tem eu conquistar isso e, mas eu acho que vale a pena. (...) A mulher é mais sábia, mais perceptiva, mais emotiva. A força física é menor (...) (E6).*

Entender as razões que levam uma mulher a permanecer em uma relação violenta, às vezes por anos, sobrevivendo em condições emocionais e de integridade física precárias, é uma das chaves para compreender a complexidade do fenômeno (PRESSER, 2007). Assim, as causas da permanência dessas mulheres no vínculo conjugal são múltiplas e complexas, devendo ser consideradas não isoladamente, mas sim no contexto em que se apresentam, levando em consideração as histórias de vida dessas mulheres (TAVARES, 2008).

No segundo núcleo de sentido, identificamos aspectos do **contexto e a condição social da mulher**.

Ao percorrer a história das mulheres entrevistadas, identificamos que não só as circunstâncias em que a violência se manifesta são fonte geradora de tomada de decisão, seja ela para sujeição ou enfrentamento, mas que outros fatores associados também têm influência nessa questão.

Dentre estes, inclui-se a fase do ciclo vital em que se encontra ou encontrava ao longo do tempo de exposição à violência. Consistente como o processo de socialização em que foram submetidas, evidenciam-se, em suas falas, as marcas de um sistema de categorias de percepção, pensamento e de ação que constituem a visão dominante da divisão sexual de nossa sociedade, em que a mulher tem seu papel definido e circunscrito ao privado, em que a maternidade e o casamento se configuram como a essência do *ser mulher*.

*Antigamente há quarenta e tantos anos atrás quem se separava era puta, biscate. Hoje não. Hoje uma separação é normal. (...) Então não adiantava nem reclamar para um nem para outro porque não podia (...) Eu tinha que agüentar porque tinha que estudar os filhos. Meu sonho era dar para meus filhos o que eu não tive (...) Então agora chegou a minha vez de sossegar (...) Eu peguei uma revolta muito grande (...) Faz tempo! Mas, nunca toma aquela iniciativa: é hoje que eu vou procurar uma solução! (...) Chegou a hora de eu ter meu espaço. (E10).*

*Hoje em dia casamento não significa segurança nenhuma. Eu não quero morrer agora. Eu já pedi para morrer um monte de vez na minha vida, mas agora não! Eu quero ver as minhas filhas formadas, independentes. Se amanhã ou depois o marido bater ou agredir, tanto verbal quanto fisicamente, elas têm o espaço delas, tem a profissão delas entendeu (...) (E6).*

*O medo do... Uma porque minha mãe é outra que não foi um exemplo para mim não! De coragem! Porque ela foi tanto já agredida. Minha mãe... Ela apanhou muito e esse atual meu padrasto que ela foi casada mais de vinte anos já bateu nela, já deixou o olho dela desse tamanho, já deixou a boca dela desse tamanho, já deu um monte de chute nela. Com quase sessenta anos é chamada de cachorra, sem vergonha... E ela não reagiu! Não quero ficar assim não. (E8)*

Identificam-se fatores que fragilizam as mulheres a tomar a decisão de enfrentar a situação de violência em que vivem, tais como: a herança geracional; a força das tradições do casamento indissolúvel que imputa o estigma da mulher separada em um tempo nem tão remoto e a alusão à contemporaneidade do movimento feminista, na desconstrução e reconstrução de uma nova mulher, mesmo que não ao seu tempo, mas ao tempo de suas filhas, como refere a entrevista E6.

Segundo Menezes et al. (2003), mulheres que, na sua herança geracional, testemunharam atos violentos na família tendem a apresentar uma maior tolerância à violência dos seus parceiros, por aceitarem como normal e uma forma de resolução de conflitos, perpetuando o comportamento violento no ambiente familiar.

O Ministério da Saúde aponta que determinar as causas da permanência da mulher em uma relação violenta envolve múltiplos fatores, dentre os quais destacamos: a história familiar, ou seja, modelo familiar violento, e a situação emocional de proteção ou medo das represálias, nos filhos, por parte do companheiro (BRASIL, 2002).

Tradicionalmente, a trajetória de vida das mulheres brasileiras engendra papéis, principalmente no que diz respeito ao matrimônio, a criação dos filhos, além das atividades ligadas à subsistência doméstica da família (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009). Assim, outro ponto de fragilização é a maternidade que, de forma geral a todas entrevistadas, é tomada como justificativa para suportar a situação de violência, na tentativa de proteção aos filhos, garantindo o suprimento de suas necessidades materiais e até mesmo as afetivas paternas.

*Eu tinha medo eu largava para lá por causa das minhas filhas (...) (E5).*

*...que eu ia perder a guarda da nossa filha para ele e que não adiantava eu fazer nada (...). Ele foi até a casa da minha mãe, pegou a minha filha, nossa filha, no colo e foi indo pra pegar o ônibus e falou assim: Oh! Vamo... Tipo assim... Vamo volta... Não têm jeito. (...) Eu tive que voltar uai... Eu ia largar ele sozinho com ela (E3).*

Num sentido oposto à maternidade como fragilização da mulher, a depender das condições contextuais, os sentimentos maternos de proteção para com os filhos possibilitam a manifestação de poder que, por vezes, as surpreende como bem referiu a entrevistada E6: “*eu me sentia a mulher maravilha*”.

*A hora que eu segurei a mão da minha filha e estava super gelada. Eu vi que ela tinha muito medo então eu me encorajei. Parecia assim, eu me sentia a mulher maravilha (E6).*

A experiência social das mulheres diante da violência doméstica está integralmente condicionada por sua posição referida ao gênero. Nesta direção é que os papéis sociais são tomados por referência, para justificar a inocência de seus parceiros, ou mesmo para condená-los pela agressão, por falhar no exercício desses papéis.

Tal condição nos possibilita compreender as tentativas de inocentar o agressor, por vezes por medo, vergonha e até mesmo compaixão, numa identificação mediada pela violência.

*Implorou perdão acho que um mês. Fui lá perdoei. Que não era de praxe dele né. (E2).*

*Tive (...) no fundo no fundo ele não deixa de ser um bom pai para os filhos (E10).*

*Eu fui, mas eu não dei andamento. Eu fico sempre, sempre, sempre na esperança entende... De dar certo (...) Eu fico com dó dele, mas as pessoas não entendem isso. As pessoas falam... Ah, mas você vai ficar com dó porque a família dele não cuida dele. Não quer nem saber. Então eu sei que se a gente se separar ele vai ficar jogado na sarjeta (97)*

*Que ia mudar, ia mudar, ia mudar. Ia vira outra pessoa. Ia casar comigo que a gente não é casado. Que ia fazer de tudo e eu acreditei. (E5).*

Essa realidade foi constada em outros estudos, tal como evidencia Brandão (2006), afirmando que as narrativas de mulheres em inquéritos policiais evidenciam significados subjetivos, em que expressões como *bom pai de família, provedor do lar, trabalhador, homem honesto e cumpridor de seus deveres* são frequentemente utilizadas para atenuar a pena.

Os papéis sociais femininos também são tomados para justificar, ou não, a merecida agressão sofrida, como apresentam as falas abaixo:

*... Se eu fosse uma mulher alegre poderia falar que era por causa de homem. Se eu me vestisse com roupa mais assim decotada ia falar que é uma mulher*

*que gosta de se mostrar. Agora... Só porque eu fico em casa, porque eu não gosto de sair de casa. Me diz, por isso? Eu mereço que ele fica agressivo comigo? (97).*

*Eu apanhava por nada! Uma blusa que tivesse um decote a mais ele já me descia à lenha. Sempre foi assim e eu sempre fiquei com ele (E5)*

A este respeito, observa Diniz et al. (1999) que a condição de gênero está implícita na conduta social e moral das mulheres. Neste sentido, a violência contra a mulher é passível de aceitação quando fere a ordem social e moral, ao invés de causar indignação.

O estudo realizado por Sagot (2000) com mulheres que buscam meio de transformar a situação de violência mostrou que o sentimento de vergonha e o desprestígio em relação ao cumprimento do papel esperado pela mulher, esposa e mãe dificultam a tomada de decisão para romper com a violência.

Depreendemos também que a dependência financeira do parceiro apresenta-se como ponto de fragilização para o enfrentamento da violência, como observamos nas falas:

*O que me segurava um pouco é que nem o advogado falou para mim: se eu me divorciar dele e, se ele vir a falecer eu não tenho direito da pensão dele. (...) Eu não paguei, eu não sou aposentada eu não sou nada (E10).*

*Eu dependo dele. Eu não tenho uma aposentadoria eu não posso aposentar ainda porque eu sou dependente dele. Eu dependo dele para tudo. Para o remédio, para tudo sabe. Tudo, tudo! (97).*

*Na época eu trabalhava pouco eu ganhava menos eu tinha medo de não dar conta. Eu tinha medo dele tomar a minha filha porque na época eu trabalhava, mas ganhava muito pouco (E 5).*

Em geral, a combinação da contínua privação econômica e da desigualdade de gênero culturalmente produzida faz com que as mudanças, principalmente nos níveis socioeconômicos mais baixos, ocorram em um ritmo dolorosamente lento. Assim, não se pode anular a importância da concepção de família para as comunidades de baixa renda, baseada num tipo ideal de casal monogâmico e estável, que cria seus filhos, sendo que as mulheres constituem o elemento responsável pela manutenção do casamento. (MCCALLUM, 1998).

As mulheres deste estudo projetam sobre o seu próprio trabalho a condição indispensável à superação da situação de violência vivida por elas, o que lhes possibilita condições materiais de vida, ao mesmo tempo em que lhes parece conferir a independência e empoderamento para mudar o rumo de suas vidas, potencializando-as para o enfrentamento.

*Hoje não eu trabalho a noite e de dia três vezes na semana. Eu ganho até mais que ele. Se for analisar os fatos então eu acho que o que me fez mais ter coragem e eu nem sou registrada foi tipo assim o salário que eu ganho (E5)*

*Conseguindo trabalhar! E eu estou contente por esta atitude que eu tomei.(...). Atitude de liberdade! De decisão minha! (E8)*

*Para viver apanhando eu dou conta de criar os meus filhos sozinha. Eu trabalho. Minha mais velha também trabalha. Agora eu vou viver apanhando de homem. Eu quero viver sozinha para não ter que isolar e saber que você vai trabalhar amanhã e não depender de homem para viver! (E7).*

Assim o empoderamento ao qual nos referimos tem referência ao processo da conquista da autonomia por parte das mulheres, um processo que tem aspectos tanto coletivos como individuais (LEÓN, 2001).

O empoderamento refere-se à construção da autonomia: tomar decisões de peso, levá-las a termo e, assim, assumir controle sobre suas vidas. Implica a expansão dos limites de se fazer escolhas estratégicas, num contexto no qual isso era antes impossível (MOSEDALE, 2005).

No grupo estudado, como referido anteriormente, 60% das mulheres entrevistadas exerciam atividade remunerada, 30% eram do lar e 10% estavam desempregadas, sendo que 30% referem cuidar financeiramente da casa sozinha.

A este respeito, o que as pesquisas apontam como possíveis motivos para as mulheres continuarem em uma relação onde há violência são: a) história familiar onde havia agressão entre os pais ou pessoas próximas a ela, o que propicia a repetição desse modelo na sua própria relação conjugal; b) crença na mudança de atitude do marido/companheiro; c) crença na incapacidade de viver sem o marido/companheiro e sem um pai para os filhos; d) medo de que, com a separação, perca a guarda dos filhos ou tenha que sair de casa; entre outros (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

No que se refere ao enfrentamento, as mulheres vítimas de violência utilizam diferentes estratégias para reduzir ou eliminar as ameaças à sua segurança física e ao seu bem-estar emocional (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2009). Estas estratégias de enfrentamento, ou *coping*, dependem de variáveis individuais e ambientais decorrentes de crenças, habilidades e apoio social de cada indivíduo e recursos materiais, que nem sempre estão disponíveis, por restrições internas ou externas (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). Tal compreensão será abordada na segunda categoria temática central.

## 6.2.2 Reconhecendo a rede social de apoio de que dispõem e as expectativas no alcance das necessidades requeridas

Como já foi estudado e evidenciado na primeira categoria temática em nosso estudo, o grau de tolerância da mulher em relação à violência depende da suscetibilidade nos campos pessoal, econômico ou ideológico, do medo do parceiro e do grau de violência sofrida.

Na segunda categoria temática identificamos os seguintes núcleos de sentido: **a) A busca por ajuda: do silêncio ao grito de socorro; b) Rede de apoio social: proteção e vulnerabilidade e c) Reconhecimento de suas necessidades sociais e de saúde.**

A violência contra a mulher, especialmente a violência doméstica, embora presente na maioria das sociedades, é um fenômeno frequentemente irreconhecível e, por vezes, socialmente aceito como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira. Portanto, há tendência de naturalizar a violência doméstica, sendo tratada, na maioria das vezes, como um problema exclusivamente de foro privado (WHO, 2005).

Em nosso meio, a violência é frequentemente silenciada, tolerada e desculpada, revelando, assim, certa dependência em relação aos homens (MINAYO, 2006). Essa naturalização e a invisibilidade da violência no âmbito doméstico corroboram para que a mulher demore a romper o silêncio e a denunciar a violência sofrida, o que também acarreta um desconhecimento da real prevalência desses casos (FAÚNDES et al., 2006; MORRISON et al., 2006).

No primeiro núcleo de sentido, **a busca por ajuda: do silêncio ao grito de socorro**, a violência, quando silenciada, é um importante fator de vulnerabilidade para perpetuar o ciclo de violência, até que alguma medida seja tomada, como identificado nas falas:

*Eu tinha que esconder do pai, da mãe, dos irmãos, da família. Tinha que esconder tudo. Eu tinha que passar tudo sozinha. Foi muito difícil, muito difícil! (E10).*

*Nem para minha própria família eu não contei. Eu não tive coragem de contar para minha mãe e nem para os meus irmãos (E5).*

Tais depoimentos se referem aos episódios de violência anteriores, em que a falta de coragem contribuiu para a manutenção da situação de violência e que agora são tomados como referência para decidir buscar ajuda.

Na busca de ajuda, conhecer os fatores que impulsionam as mulheres a buscar ajuda, bem como conhecer suas dificuldades para levarem adiante tal decisão e suas percepções sobre as respostas institucionais é um dos objetivos da investigação da Rota Crítica, segundo Sagot (2000).

Assim, o primeiro passo tomado pela mulher para sair da situação de violência pode ser considerado a ruptura do silêncio em relação à violência. Esta ação ocorre quando as mulheres decidem revelar essa situação a uma pessoa fora do âmbito doméstico, como uma maneira de buscar a solução para o problema (SAGOT, 2000).

As mulheres deste estudo, quando tomam iniciativas de busca por alguma ajuda, ou seja, quando rompem o silêncio, isso ocorre, a princípio, em seu próprio meio social mais próximo, como família, nesse caso, a família e amigos.

*Meu pai. Meu pai. Minha mãe. Se eu não tivesse eles na minha vida eu estava perdida (E2).*

*Os meus filhos estão cansados de me socorrer. Eles estão cansados de me buscar de me levar para a casa deles (E9).*

*Olha eu pedia um socorro vinha me buscar... Na hora aparecia algum amigo e já ia me pegar... Sabe? Então... Nesse ponto todo mundo sempre me ajudou (E3.)*

*Então são meus familiares que estão me ajudando atualmente. (E6)*

Em uma pesquisa realizada por Meneghel et al. (2003), observou-se que uma das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas participantes do estudo no seu cotidiano foi o apoio do grupo familiar, geralmente constituído por outras mulheres, como mães, avós, tias ou vizinhas.

Esta realidade, entretanto, não é exclusiva das mulheres de nosso estudo, conforme já identificado em outras pesquisas, a maioria das mulheres em situação de violência busca algum tipo de ajuda junto à família ou às/aos amigas/amigos ou silenciosa, por diversas razões, entre elas: medo de represálias, preocupação com os filhos, dependência econômica, falta de apoio da família e dos amigos e esperanças de que a situação de violência venha a ter um fim (DAY et al., 2003; LAVALL et al., 2009; SANTI et al., 2010).

Frente às limitações da família para ajudar na resolução do problema, essas mulheres buscam ajuda em outros locais. Assim, essa busca depende do contexto da mulher e dos recursos disponíveis. Neste contexto, a instituição religiosa pode ajudar e, mesmo quando a instituição não se mostra presente, a espiritualidade que elas têm ajuda de algum modo, a suportar ou a enfrentar o problema, como identificado nas falas:

*Eu acredito em Deus, acredito na justiça divina que está por vir né. Porque também eu fui decepcionada pelos homens da liderança né. Assim, se não fosse a minha fé de que tudo vai dar certo, de que tudo termina bem... (E6).*

*Eu tenho muita fé em Deus (E7).*

*Eu ia na igreja, porque a igreja, a fé ajuda a gente a superar muitas coisas (E8)*

*Mas eu sempre fui muito de ir na igreja...Sempre procurava rezar. (E3)*

Encaram a religião como um apoio, um fortalecimento espiritual que atenua as incertezas, os conflitos e a própria superação da violência sofrida, além consequências que ela provocou. Já a questão da espiritualidade é ampla, sendo o bem-estar espiritual, ou seja, a percepção subjetiva de bem-estar do sujeito em relação à sua crença (PEDRÃO; BERESIN, 2010).

Este momento de privacidade, em que aspectos da espiritualidade são evocados, está em consonância com o observado por Stenius e Veysey (2005), que as mulheres vítimas de violência procuram primeiramente compreender intrinsecamente a violência, depois procuram profissionais, tanto da justiça quanto da saúde, e também buscam respaldo na família e em amigos, de modo a se cuidar e serem cuidadas por alguém.

Segundo Heise (1994), a violência, além dos agravos imediatos, leva as mulheres a sofrimentos e transtornos em suas vidas por anos posteriores aos episódios, com alteração no seu estilo de vida e modo de se relacionar, sendo difícil mensurar tais consequências.

Uma das consequências é o agravo na saúde, sendo, por isso, considerada uma questão de saúde pública. Nesse sentido, o setor saúde poderia representar a primeira instância para o cuidado dos agravos físicos e emocionais na rota crítica dessas mulheres (SAGOT, 2000).

Assim, a depender das consequências da violência à saúde e de como percebem o estado da gravidade do caso, a busca por ajuda no serviço de saúde é um recurso não só para resolução dos agravos físicos, mas, principalmente, para a dos psicológicos, como identificado nas falas:

*Não primeiro eu fui dá ponto (pronto socorro) e depois eu fiz o boletim de ocorrência (E7).*

*Eu comecei a fazer tratamento psico... Com psiquiatra e com psicólogo. (E3).*

*Tratamento psicológico depois disso lá no terceiro andar do HC do campus. Eu fui para no Santa Teresa (E6).*

Uma investigação realizada por Santi (2007), no mesmo local do presente estudo, identificou que as mulheres, na busca pelos serviços de saúde, orientam-se pela gravidade dos traumas físicos, no caso, os hospitais. Nos casos de traumas leves, é comum a vítima recorrer aos recursos caseiros, quando não ao posto de saúde. Assim, dentre os serviços de saúde, os prontos-socorros, são os mais procurados pelas mulheres vítimas de violência sexual e doméstica (OLIVEIRA et al., 2005).

Para além do trauma físico, a violência provoca fragilidades e baixo-estima nas mulheres. A violência por parceiro íntimo tem sido relacionada à depressão e pode determinar repercussões sobre vários aspectos da vida da mulher. Estima-se que um terço das mulheres agredidas sofrem depressão, e que esta foi responsável por cerca de um quarto das tentativas de suicídio entre as mulheres em situação em violência (MATTAR et al., 2007). Um fato que nos chamou atenção nas falas destas mulheres do estudo é que boa parte delas recorreram ou foram encaminhadas para o atendimento psicológico.

A este respeito, o sofrimento da mulher em situação de violência tampouco é considerado pelos profissionais de saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica. Do contrário, a queixa emocional é desqualificada como social ou psicológica e também a desqualifica para uma intervenção médica, ou não é acolhida pelo serviço (D'OLIVEIRA, 2000).

Tal fato é considerado por Schraiber et al. (s/d) como psicologização do problema da violência, que também é uma forma de não enfrentamento da questão pelos serviços de saúde. Neste sentido, chamamos atenção para os riscos da "psicologização" dos casos, que acabam por re-vitimizar as mulheres. Assim, as leituras de fenômenos psicológicos devem-se orientar por uma perspectiva crítica e contextualizada.

Os limites de tolerância das mulheres se mostram exacerbados quando se veem tomadas pela sede de justiça, deixando muitas vezes para um segundo plano o cuidado aos traumas físicos, não sendo percebidos como de urgência. As mulheres recorrem a outras instâncias da rede, como o setor da segurança, tais como a delegacia da mulher, como identificado nas falas:

*Eu queria justiça. Na hora minha sede era justiça. Na hora eu liguei no 190 (E6)*

*Eu fui lá na Delegacia da mulher (E4)*

*A Delegacia da Mulher. Eu chamei a viatura quando eu sofri a agressão dele e aí a viatura já pediu para poder vir na Delegacia da Mulher e fazer o boletim de ocorrência (E7)*

*Nós vamos resolver tudo legalmente. Como a Lei manda (E10).*

Na perspectiva da rota crítica, o setor jurídico-policial é o local que tradicionalmente atrai um número significativo de mulheres agredidas quando as mulheres querem tomar medidas para deter a violência doméstica (SAGOT, 2000). Assim, a busca pela Delegacia das Mulheres, para as mulheres deste estudo, tem sentido de justiça para a resolução do problema. De acordo com dados de Walker (2006), 91% das mulheres que são vítimas de violência procuram a justiça.

Sobre a busca por justiça, alguns estudos já apontaram que a punição legal do acusado não é o principal objetivo na demanda das mulheres à Delegacia de Proteção a Mulher (DPM), sendo mais comum a solicitação de um corretivo pela polícia, autoridade de poder na regulação pública de fatos privados. Conforme observa Brandão (2006), a polícia é um recurso que possibilita a promoção de ajustamento a uma expectativa social predominante.

Vale destacar que somente em um caso a mulher buscou ajuda em outros recursos como o Conselho Tutelar, SEAVIDAS e a Coordenadoria da Mulher. Acreditamos que tal fato deve-se ao envolvimento de duas situações, a violência contra a mulher e a violência contra a criança/adolescente. Assim, acreditamos que o fluxo de encaminhamento para resolução do caso da criança está mais desenvolvido e chama mais atenção do que as questões ligadas à mulher.

*Pelo SEAVIDAS foi encaminhado para o Conselho Tutelar. Coordenadoria da Mulher que é da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, me acolheram bastante mesmo (E6).*

Evidencia-se que as mulheres do nosso estudo não buscaram outros equipamentos sociais. Assim, acreditamos que isso, em parte, deve-se à falta de conhecimento, por parte das mulheres, dos serviços disponíveis. No entanto, também observamos que em alguns momentos essas mulheres necessitavam de outros recursos, porém esses recursos não estão disponíveis no município de Ribeirão Preto. Um exemplo marcante é a falta de uma Casa-Abrigo e de um Centro de Referência de Atendimento Multiprofissional. A falta de tais equipamentos nos permite compreender o por que outros recursos não foram acionados pelas mulheres do nosso estudo.

No segundo núcleo de sentido, **rede de apoio social: proteção e vulnerabilidade**, analisamos a rede de apoio social construída pelas mulheres desse estudo. Identificamos, através das falas, que os vínculos estabelecidos com a rede podem se tornar um obstáculo ao enfrentamento e, portanto, vulneráveis à violência, ou podem protegê-las e fortalecê-las no enfrentamento da violência sofrida.

Nos relatos das mulheres em situação de violência doméstica, evidencia-se a importância das redes em sua trajetória. Considera-se o trabalho em rede como sendo um recurso recomendado pelas experiências mundiais e locais para o enfrentamento da violência.

O conceito de rede corresponde à colaboração e integração de serviços que visam à assistência integral. Estes serviços adotam ações em diferentes áreas, de forma sistemática e continuada, garantindo acesso e qualificando a intervenção em cada área, caracterizando uma rede de ações e serviços (CAMARGO; AQUINO, 2003).

Assim, as redes são importantes na articulação e formulação de estratégias para o enfrentamento das questões sociais. Em um contexto ecológico, as redes são mais extensivas e eficazes quando perpassa no ambiente do mesossistema ou seja, da inter-relação de dois ou mais ambientes em que a pessoa participa (BRONFENBRENNER, 2004).

As redes sociais primárias são constituídas por todas as relações significativas que uma pessoa estabelece cotidianamente ao longo da vida. Portanto, cada pessoa é o centro da sua própria rede, que é composta por familiares, vizinhos, amigos e organizações das quais participa, como as instituições religiosas, políticas e culturais (SERAPIONI, 2005).

Ao romperem com a condição de silêncio a busca por ajuda, que ocorre inicialmente na família e nos amigos, como já mencionado, pode protegê-las da situação de violência, quando essa ajuda visa o cuidado para com as mulheres e também a ajuda financeira, como identificado nas falas:

*É difícil você enfrentar isso. Mas, ao mesmo tempo não é tão difícil porque você tem o apoio o cuidado e o carinho (família) (...)Se eu tivesse feito isso na primeira vez não tinha a segunda (E2)*

*Nesse ponto todo mundo (família) sempre me apoiou (E3).*

*Todo mundo dá força. Você está entendendo. Então eu tenho muito amigo. A gente não está sozinha nesse mundo não. Para que viver apanhando Uma falou que eu não vou passar fome enquanto isso que eu te dou uma cesta básica. Outra fala isso. Você está entendendo (E7).*

*Um dá uma cesta básica, o outro filho paga alguma coisa, outro filho paga outra. Os meus três filhos estão bem de vida. Graças a Deus! Um paga convênio, outro dá remédio. Não vou morrer de fome. Não vou!(E10)*

Identificamos que romper o pacto silencioso que envolve o abuso, ampliando o conflito para o âmbito da família e amigos é um momento difícil para todas, pois mobiliza sentimentos ambivalentes de amor e ódio, de proteção e rejeição, de negação e enfrentamento da realidade.

Neste processo, a mobilização de sentimentos, valores e ideais, não mais pessoais, mas interpessoais, familiares, dois fatores se destacam: a questão de gênero e o fator econômico. Neste sentido, o que se mostra questionável e provisório, requerendo reconsideração, é dependência emocional e econômica, a valorização e idealização do amor e do casamento, a preocupação com os filhos, o medo da perda e do desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha.

Numa análise pela perspectiva do gênero, perpassa por estes questionamentos a necessidade de desconstruir a relação de poder desigual, que não é natural, mas sim construída socialmente, conforme apontam os estudos de gênero, em que a dominação masculina e a submissão feminina naturalizam a produção e repetição de comportamentos abusivos por parte do homem, detentor do poder de pai, provedor material e chefe da família (SCOTT, 1990). As mulheres, ao se colocarem na condição de inferioridade, delegam poderes a seus maridos, companheiros, sujeitando-se à agressão.

Assim, mulheres que não têm um apoio extraconjugal, com uma estrutura de rede empobrecida, sentem-se isoladas socialmente e dependentes financeira e emocionalmente do companheiro que perpetua a agressão (NARVAZ; KOLLER, 2004). Nesse sentido, silenciar, permanecendo na situação de maus-tratos, pode significar não perder o único apoio que elas têm (SAFFIOTI, 2005).

No entanto, para que haja a superação da adversidade, ou seja, da violência, alguns fatores de proteção são fundamentais, como a coesão familiar que oferece suporte emocional em momentos de estresse (PINHEIRO, 2004).

Portanto, entendemos que o contexto familiar é um fator que pode proteger essas mulheres, uma vez que a família atua com um fator externo à pessoa e que leva à reconstrução diante do sofrimento e é uma influência que pode modificar, melhorar ou alterar a resposta da pessoa ao evento (ASSIS; PESCE; AVANCINI, 2006). Os estudos sobre resiliência e os fatores de proteção têm abordado o contexto relacional do indivíduo e a influência de relações com pessoas significativas e próximas, que atuam para superação das adversidades (YUNES, 2003).

No entanto, é importante destacar que, se não há coesão familiar, ou vínculo familiar, o impacto produzido é a vulnerabilidade da mulher frente à violência. Pois os sujeitos se mostram isolados e sem apoio efetivo, como apontado nas falas:

*Minha mãe até agora ainda nem me procurou para falar filha vamos conversar (E8)*

*Ah a minha família foi uma vez só. Liguei para a minha tia. Minha tia mora em Leme e falei: “oh eu, eu vou ir para algum lugar longe, vou desaparecer com o meu filho e eu preciso que você fique com a minha mãe. Porque a minha mãe depende de mim. Eu prefiro que você fique com a sua irmã só para poder resolver meu problema. Ai ela falou: “Resolve você! Você que tem que ficar com a sua mãe. Se vira”.(E1).*

*(...) Eu ia ficar naquela posição que eu estava lá, ia levar um monte de tapa, soco, ponta-pé (...) testemunha nesta hora foge né. Eu pedi para uma das meninas (colegas de trabalho) “você pode dar o nome de vocês, porque vocês me viram machucada?” Ah, ficou por isso mesmo e passou despercebido (E8).*

Numa combinação de fatores que envolve o individualismo extremo de nossa sociedade contemporânea e a visão ainda dominante de desigualdade entre os gêneros, de que na compreensão dos outros, o fato de a mulher ter sofrido violência se reveste de significados estruturados por um padrão de relações sexuais hierárquicas, na qual a mulher se apresenta, por vezes, merecedora desta violência, ou mesmo da ideia do dito popular de que “*em briga de marido e mulher ninguém põe a colher*”, isso configura um reflexo da manutenção de desigualdade e hierarquias existentes para garantir a obediência e a subalternidade de um sexo sobre o outro (CORRÊA, 2000). Essas idéias, predominantes no imaginário coletivo sobre o fenômeno da violência, dificultam as respostas sociais adequadas e eficazes (SAGOT, 2007).

Em relação à instituição da igreja, é possível perceber que ela atua oferecendo apoio, principalmente emocional, como observado nas falas:

*Ajudou a tirar aquela mágoa, aquela tristeza de dentro do meu coração e me dá forças para prosseguir. Porque a igreja ajuda, mas de uma forma interior na gente só. Porque fora mesmo tem que ter uma coisa mais forte para ele, para as pessoas verem que a gente não está tão abandonada assim, a própria sorte da situação (E8).*

*Mas eu sempre fui muito de ir na igreja... Procurar forças (E3).*

*Então, nós começamos a ir na igreja (E9).*

Acreditamos que a religiosidade atuou positivamente para a superação da adversidade, uma vez que mobilizou atributos disposicionais da pessoa, tais como o bem-estar subjetivo e a auto-estima, que são considerados fatores de proteção (CECCONELLO, 2003).

Além da família, de amigos e de instituições religiosas, os serviços de saúde, de assistência social, de educação e de direitos são importantes para reduzir essas condições de risco, atuando no apoio social e afetivo. Portanto, as redes sociais secundárias seriam aquelas formadas por profissionais e funcionários de instituições públicas ou privadas, organizações

sociais, organizações não governamentais, grupos organizados de mulheres, associações comunitárias. Estas redes têm como objetivo fornecer a atenção especializada, informação e orientação (TAVARES, 2008).

Deslandes (2002) conceitua ainda as redes sociais intermediárias, que seriam constituídas por pessoas que receberam capacitação especializada, que podem ser de vários setores, como da saúde, da educação, da igreja ou da própria comunidade. Estas pessoas são denominadas promotoras, sendo que suas funções são: a prevenção e apoio das mulheres em situação de violência.

Essas redes de apoio colaboram para proteção, promovendo estratégias para saída das situações estressoras, oferecendo apoio, principalmente emocional (BAL et al., 2003; CARLSON et al., 2002; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTO; KOLLER, 2002). Assim, a rede de apoio social também se configura como um fator de proteção, que encoraja e reforça a pessoa a lidar com as adversidades da vida (MORAIS; KOLLER, 2004).

A rota crítica das mulheres que decidem romper com a violência é longa, em um caminho de avanços e retrocessos, desprovida de apoio e onde, em muitas situações, ocorre a re-exposição da mulher à violência e sua revitimização pelas instituições que deveriam acolhe-la e protegê-la (PRESSER; MENEGHEL; HENNINGTON, 2008).

Acresça-se a esta realidade o fato de que, nessa rota crítica que a mulher constrói na busca por ajuda, é comum a mulher que sofre maus-tratos esconder dos sistemas de saúde, assistência social e justiça a agressão sofrida devido à falta de preparo dos profissionais em oferecer melhores atendimentos preventivos e de apoio, em lugar de paliativos, o que também torna a rede de apoio à mulher ainda mais frágil e desestruturada (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005).

Nos serviços de saúde, as mulheres evidenciam que estes cumprem com o papel de tratar o que é aparente, mas em relação a uma orientação ou encaminhamento para outras instâncias, promovendo, assim, um cuidado ampliado e em conjunção com a rede, este tipo de assistência ainda não ocorre.

*Eu fui ao hospital e para mim eu achei que o hospital tinha feito o boletim (E2).*

*Fui atendida rápida porque estava sangrando né. A faca ainda estava dependurada, porque não podia tirar a faca das costas (E7).*

D' Oliveira (2000), ao analisar como os serviços de saúde recebem as demandas das mulheres vítimas de violência, observou que esta é percebida como uma doença que requer uma intervenção baseada na racionalidade biomédica, desde que identificada com uma base anatomopatológica, objetiva e visível, que permita uma justificativa para a intervenção.

Assim, os casos de violência ficam mais fáceis de serem identificados quando apresentam lesões aparentes, ficando claro aos profissionais da assistência o que pode ser feito como procedimentos curativos. Quanto às queixas, que são de ordem psicológicas e sociais, as barreiras entre as estruturas do setor saúde e a rede de assistência impede o fluxo e os encaminhamentos necessários na condução do caso (ROTÂNIA et al., 2003).

Tal como acontece nos serviços de saúde, em que para que haja intervenção é preciso caracterizar o fato como doença ou desequilíbrio das funções fisiológicas diagnosticadas, a esfera do judiciário também se pauta por questões que possibilite ou não a ‘materialidade’ da prova que evidencie o crime (VARGAS, 2002).

Assim, a rede de apoio social apresenta uma estrutura e funcionamento protetivos, no entanto, para garantir esta a proteção é importante a flexibilização dos sistemas ecológicos (POLETO; KOLLER, 2002; DE ANTONI; KOLLER, 2001).

A busca de ajuda nos recursos da segurança pública e jurídica, como a Delegacia da Mulher, processa-se por uma situação de consciência, ou seja, uma situação de alívio da dor física e moral (SANTI, 2007).

Entre as razões que levam as mulheres a denunciarem seus parceiros íntimos, de modo geral, está no receio de novas agressões ou ameaças e procurar seus direitos no contexto familiar. Em relação à intervenção policial, as mulheres utilizam este recurso devido à possibilidade de auto-proteção (BRANDÃO, 2006).

*Espero que o juiz conceda que ele se afaste de mim e que eu consiga ficar com a casa porque eu tenho as minhas filhas para criar. (E5).*

*Eu fui procurar porque eu não agüento mais e se acontecer alguma coisa comigo eu quero que alguém sabe. Entendeu... Que ele está envolvido. Eu creio que não vai acontecer nada, mas pelo menos se acontecer já está sabendo que uma pista já tem (E4).*

*Através deles eu iria chegar a certas autoridades né. Como tenho chegado aos poucos né (E6)*

*... Foi a garantia de que ele iria pagar por tudo o que ele me fez. Não assim que ele vai ser preso ou coisa do tipo... que de repente pode até ser... Mas acho que... o objetivo não é esse... é que ele saiba que eu não quero... E que ele se afaste de mim (E3).*

*Porque ia ficar registrado e se acontecesse alguma coisa comigo todo mundo ia saber que foi ele (E1).*

*Ele vai ficar quinhentos metros longe de mim (E8).*

Desta forma, a Delegacia da Mulher ganha um lugar fundamental nas representações femininas, uma vez que reconhecem neste serviço um local estratégico para a defesa de seus interesses. Assim, esta atitude representa uma ruptura com a configuração do contexto de violência conjugal ou doméstica, colocando-as em posição privilegiada na negociação conjugal e momentaneamente na relação assimétrica na relação de gênero (SANTI, 2007).

No entanto, em alguns momentos, diferente do que poderiam esperar, ou seja, que a busca pelos seus direitos fosse um marco de ruptura com sua condição de vítima, esta as coloca frente a uma realidade de desamparo e descrença na justiça, o que se torna um aspecto de vulnerabilidade, condição também evidenciada em outro estudo, realizado neste mesmo cenário de pesquisa (SANTI, NAKANO, LETTIERE, 2010).

*É um processo meio lento. É burocrático, agora a gente é chamada em vários órgãos. Toda vez que precisar eu vou ter que vir aqui. Então para a conclusão dos fatos é muito complicado, mas, assim hoje eu sinto que eu não corro mais perigo em relação a ele não, nem eu e nem a G (E6).*

*Ai sim eu vou acreditar na justiça. Porque até hoje eu não se porque eu não acredito (E5).*

*Mas como a demora é muita para a Lei da Maria da Penha saí para poder ir buscar ele. Fazer e tirar. Demorou sete meses para entrar em contato comigo. Eu só gostaria de falar que a Lei tem que ser mais rápida. A Lei da Maria da Penha. Mais rápida! (E7)*

De acordo com Saffioti (2005), essa fragilidade da rede de apoio cria no imaginário do perpetrador a certeza de sua impunidade, incentivando seu ato agressivo. Apesar de todas as conquistas dos movimentos feministas, avanços na legislação de proteção à mulher em situação de violência além da ação singular de cada mulher, como a deste estudo, em direção à busca de ajuda para dar um basta nas relações violentas, observa-se que ainda se mantêm raízes em concepções passadas da desestruturalização da família pela ausência do provedor, pelo afastamento do homem, muitas vezes pelas próprias mulheres, como já mencionado anteriormente, ou pela justiça, que não chega a cumprir com a punição do agressor.

Frente à desarticulação da rede, evidenciamos um apelo das mulheres para que o suporte efetivo vá além da atenção às consequências imediatas da violência, pois é preciso criar estratégias, de modo que as mulheres possam construir suas redes, suas realidades e suas mudanças nas relações entre homens e mulheres, a partir de políticas que as respaldem nos seus direitos e nos recursos.

No último núcleo de sentido, **reconhecimento de suas necessidades sociais e de saúde**, analisaremos sob olhar das mulheres deste estudo como a violência afetou suas vidas e

as formas de intervenções realizadas no contexto da rede de suporte social, as quais são determinadas a partir do modo como a violência doméstica contra a mulher é compreendida e acolhida.

A violência, sob todas as formas, determina uma série de consequências na saúde da mulher, em geral, maiores do que as consequências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares (ADEODATO et al., 2005). Algumas ocorrem imediatamente após a agressão e outras demoram mais tempo para se manifestarem. Pode implicar na mulher manifestações clínicas agudas ou crônicas, ocorrência de problemas de ordem física, reprodutiva, mental, além de dificuldades na esfera social (BRASIL, 2002).

A fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-imagem e na auto-estima, deixando-as com menos possibilidades de se protegerem, menos seguras do seu valor e dos seus limites como pessoas e mais propensas a aceitarem a violência como parte de sua condição de ser mulher (GIFFIN, 1994). Dentre as consequências que se mostram mais evidenciadas nas falas destas mulheres estão as de ordem psíquica.

*No emocional, na alta-estima da pessoa, porque a gente pensa que não é nada (E8).*

*Então isso ele mexeu muito mais com o meu emocional, com o meu psicossomático da vida. Então ele me deixou extremamente surtada. Ele literalmente me levou a loucura (E6).*

*A primeira vez afetou. Aquela lá afetou bem. Eu estava com depressão e eu piorei. Tentei me matar foi um inferno. Foi triste (E2).*

*Afetou sim. Afetou porque eu tenho problema de gastrite nervosa e ele me espancou demais. Eu não gosto... Eu não quero nem lembrar o jeito dele ter pegado a minha cabeça e batido no chão (E4).*

Sabemos que as consequências da violência produzem agravos que vão desde um empurrão leve até à morte. Entretanto, como observam Schraiber et al. (2002), é difícil mensurar o agravo à saúde da mulher, tendo por base o estudo realizado pelos autores, que buscou avaliar a intensidade dos agravos da violência e identificou que as mulheres que referiram tapas e bofetadas apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos, em comparação com as mulheres que sofreram outras modalidades consideradas mais severas, portanto a gravidade da violência nem sempre pode ser medida pelo tipo de agravo.

Esta realidade pode ser constatada, pois distúrbios psicológicos não são acolhidos pelos profissionais como elas esperam, como identificado nas falas:

*Porque tem médicos que assim... Que faz o que tem que fazer. Não pensa no psicológico da pessoa (E3)*

*Eu tenho um psiquiatra que faz 15 anos que eu trato com ele. Porque o que eu falo entra aqui (ouvido) e sai aqui para ele (E10).*

Nesta direção, a literatura tem apresentado estudos que discutem como as consequências da violência têm se constituído como objeto de intervenção nos serviços de saúde, no que tange a atender as necessidades de saúde das mulheres. O modelo biomédico hegemônico, em nossos serviços, não abre espaço para uma visão ampliada e integral da mulher em situação de violência, não dando conta, na maioria das vezes, do problema, do ponto de vista das repercussões emocionais e psicológicas, não compreendendo a questão além do sintoma físico apresentado.

Silva e Aquino (2008) verificaram que a própria mulher percebe os efeitos da violência sobre a sua saúde, entretanto o problema permanece invisível ao setor, nem sequer registrado em prontuário, e quando isto ocorre, o atendimento resume-se ao tratamento das marcas deixadas no corpo. Constatou-se, inclusive, que a conduta médica diferia a depender do motivo do atendimento. Na maioria das vezes eram realizadas consultas e prescrição de medicamentos, dando-se prioridade às vítimas de traumas para a realização de procedimentos mais minuciosos, numa demonstração de que a violência somente é considerada para efeito de cuidados quando pode ser exteriorizada.

Frente aos casos de violência, existem erros diagnósticos e desqualificação do profissional que, na presença de quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos, muitas vezes, são considerados como algo fantasioso ou com o objetivo de chamar a atenção para mulher (SILVA, 2003). A necessidade da mulher é banalizada, sendo tratada até mesmo com ironia, numa demonstração da violência institucional a que também estão sujeitas (D'OLIVEIRA et al., 2002).

A “psicologização”, ou seja, o ato de tratar como transtorno psicológico uma questão cultural, social e/ou econômica, apresenta-se como um ponto negativo no atendimento, como forma de “empurrar” um problema para o qual não se consegue solução ou um problema de menor valor, de menor importância para a saúde, como são percebidos os casos de violência contra a mulher (PORTO, 2006).

Acreditamos que as necessidades das mulheres não foram acolhidas. Assim, pelo princípio da integralidade, o acolhimento visa estreitar vínculos entre os sujeitos envolvidos em um ambiente de comunicação, com autonomia, resolutividade e responsabilização (SANTOS; ASSIS, 2006).

Desta forma, o esforço da equipe de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, captadas na expressão individual das mulheres, entendida como integralidade focalizada, não ocorreu nos serviços de saúde procurados pelas mulheres do estudo, uma vez que a integralidade do cuidado visa reconhecer que as necessidades de saúde são social e historicamente construídas e determinadas e só podem ser captadas em sua dimensão individual (CECILIO, 2006).

Nesta perspectiva, a interpretação de cada indivíduo para as formas possíveis de alívio de um sofrimento está relacionada à específica inserção social em um determinado contexto. Assim, a estrutura social determinará, até certo ponto, quais sofrimentos poderão ou deverão ser remetidos à saúde para obter uma terapêutica (D'OLIVEIRA, 2000).

A violência pode trazer prejuízos à saúde, mas também marca as relações interpessoais, nas instituições sociais e na sociedade como um todo, na medida em que os esses efeitos influenciam na capacidade criativa e produtiva das mulheres (PITANGUY, 2003).

Tal como observado por Pitanguy (2003), os agravantes da violência em relação à condição de vida são também uma realidade para as mulheres deste estudo, na medida em que percebem modificação nas relações sociais, principalmente, em relação aos amigos e aos vizinhos.

*Eu me afastei de todo mundo. Eu me afastei porque eu achava que seu tivesse amizade com aquele ela vai descobrir ela vai contar, o outro vai saber, o outro vai saber, as noras vão saber (E10).*

*Agora as pessoas que acabam ficando um pouco mais cautelosas de chegar em você, conversar, porque você chega a se afastar por um tempo muito grande, as pessoas ficam assim... ai... então... o que é está acontecendo... aí as pessoas vão meio se afastando um pouco também (E3).*

*Eu no serviço... Oh eu não como. Eu não consigo dormir. Eu não tenho mais felicidade. Eu não sei o que é rir eu não sei o que é brincar. (E4).*

*Então eu vou e fico isolada lá no quarto (E7).*

*Na casa da minha filha. Mas eu não queria ficar lá. Eu gostaria tanto de ficar na minha casa (...) chega uma época que você quer um cantinho para você ficar quietinha, fazer sua comida, arrumar a sua casa, assistir uma televisão e de noite ir para a cama dormir e é isso que eu quero! Eu não quero sair de casa. (...) Se você fica na casa de um filho é... Às vezes você quer assistir uma novela eles gostam de outro canal e outra novela. Você quer deitar mais cedo (E9).*

No contexto social em que vivem, as repercussões dos conflitos conjugais nas relações sociais ganham relevo nas falas destas mulheres, tendo que: isolar-se do convívio social com amigos, mudar seus hábitos de vida, mudar sua rotina de trabalho ou até mesmo romper com a atividade.

A forma como interpretam seus sofrimentos e identificam possibilidades de resolvê-los está relacionada à específica inserção/posição da mulher na estrutura social. Segundo Rawls (1997), a estrutura social comporta várias posições e os indivíduos, nessas diferentes posições ou lugares sociais, têm diferentes expectativas de vida e bem-estar. Algumas posições geram, assim, desigualdades profundas que minam as chances dos indivíduos, como podemos observar nas falas destas mulheres, que o sentido da violência em suas vidas as colocou frente a um destino de impossibilidades de desenvolvimento pessoal e social.

Frente a esta realidade, concordamos com Mirim (2005) que, na trajetória de lutas contra a violência, nas últimas décadas, muitas respostas foram criadas, permitindo para as mulheres o rompimento do silêncio que a violência impõe. Este “dar voz ao sofrimento” possibilitou um reconhecimento social, coletivo, das suas causas, consequências, abrangência e ramificações; das várias expressões desta violência e de suas sequelas: a agressão física, a psicológica, a moral, suas relações com outras formas de opressão, como o racismo e a pobreza.

Há, entretanto, uma mudança na subjetividade, que não pode ser subestimada com efeitos sobre o significado do sofrimento decorrente da violência. Portanto, deve-se oferecer às mulheres não só simbolicamente uma possibilidade, mas a possibilidade concreta de sair da situação em que ela vive, procurando “fortalecer” (*empower*) essa mulher, simbólica e concretamente (MIRIM, 2005).

*Todas as vitórias ocultam uma abdicação.*

*Simone de Beauvoir*

***7 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE  
ENFRENTAMENTO***

---

## 7 AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE ENFRENTAMENTO

Este estudo possibilitou uma aproximação das vivências de mulheres em situação de violência e das estratégias e decisões adotadas por elas, que as colocam frente às possibilidades e aos limites de enfrentamento desta adversidade.

Partimos da constatação científica de que, para compreender a complexidade do fenômeno da violência, é preciso entender as razões que levam as mulheres a permanecerem em uma relação conflituosa, que, como consequência, pode prejudicar sua integridade física e emocional (PRESSER, 2007). Pensando no sentido inverso da ideia acima apresentada, é preciso também entender o que faz as mulheres reagirem frente à situação de adversidade, de modo a romper o ciclo de violência perpetrada por seu parceiro íntimo.

Portanto, propomos desenvolver o presente estudo junto às mulheres que buscaram ajuda no meio social e institucional, por entender que estas mulheres apresentam um perfil pró-ativo, mesmo que, muitas vezes, provisório e de forma diferenciada para cada mulher. O cenário de escolha foi o Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, local ao qual se dirigem as mulheres que realizam a denúncia da violência na delegacia e também onde passam por exame de corpo de delito.

Participaram do estudo 10 mulheres com idade que variou de 24 a 62 anos. Todas as mulheres do estudo sofreram violência física, porém, em alguns casos, a violência física estava associada a outros tipos de violência. Outro fato que também se estende a todas as entrevistadas é a reincidência da violência. Os episódios recorrentes de violência deixam evidenciar as fraquezas das mulheres, mas, por outro lado, também deixam evidenciar suas fortalezas, na medida em que este fato as motiva a tomar coragem de reagir frente à violência sofrida.

Identificamos que, conforme nosso pressuposto, as condições sociais das mulheres, particularmente em termos do desempenho dos papéis sociais femininos, tais como a maternidade e a participação da mulher na esfera produtiva, são aspectos importante na significação ou re-significação da violência como adversidade em suas vidas.

A reincidência da violência as coloca frente às consequências, na maioria dos casos, de maior agravo à sua saúde e à sua condição de vida, mas também abre possibilidade de re-significar a violência sofrida. Nessa elaboração de novos sentidos da violência, as circunstâncias que desencadearam os conflitos e os sofrimentos físicos ou emocionais

consequentes à agressão, articuladas com a condição social da mulher são determinantes para sujeição ou reação das mulheres.

Neste sentido, considera-se que a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através de atribuições de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias do sexo (SAFFIOTI, 1987). Esta construção social de valores, crenças e costumes legitimam um padrão de relacionamento assimétrico entre os homens e as mulheres. Assim, nesta perspectiva de gênero, dos homens são exigidos os comportamentos masculinos como agressividade, destemor e força, enquanto das mulheres se exige suavidade, abnegação e obediência (DINIZ, 2003).

Além disso, na perspectiva de gênero, em nossa sociedade, a mulher é socializada para casar e ter filhos, baseado em uma identidade ideológica feminina de que as mulheres são responsáveis pela manutenção da estrutura familiar. Esta ideologia, além de outros agravantes como a situação econômica e estrutural, pode se constituir como um fator de permanência das mulheres na situação de violência (GROSSI, 1996).

Em nosso estudo, identificamos que o papel materno tende a ser considerado como fundamental na vida destas mulheres, ora as colocando em situação de fragilidade, devendo suportar a violência, na ilusão de estar proporcionando condições materiais e afetivas aos filhos, ora as colocando em movimento reativo de força interior, sustentado em valores morais de construção histórica e social, de que a mãe deve zelar e proteger a prole.

A dependência financeira dos parceiros e a falta de apoio da família e da rede estão entre os motivos mantenedores da posição de desvalia, de isolamento e de submissão das mulheres à violência sofrida (NARVAZ; KOLLER, 2004).

Por outro lado, o papel social na produção se constitui para as mulheres do estudo como possibilidade para superar a situação de violência em que vivem, conferindo independência e autonomia para fazerem suas escolhas e tomarem iniciativas de enfrentamento. As mulheres que estão empregadas têm maior acesso à informação, o que pode ampliar ou mobilizar um número maior de estratégias para o enfrentamento da violência e proteção contra ela (GOODMAN et al., 2005).

No enfrentamento, cada mulher deixa evidenciar aspectos próprios de sua realidade de inseguranças e incertezas (a dependência econômica e emocional, a valorização e idealização do amor e do casamento, a preocupação com os filhos, o medo do desamparo), mas também de ambiente de segurança, encorajamento e solidariedade, particularmente advindo de pessoas da família ou próximas e significativas que mantêm vínculos afetivos.

Nos caminhos da busca por ajuda, transitam do silêncio para o grito de socorro, embora referido por todas as entrevistadas, este caminhar requer uma análise cuidadosa, visto que, qualitativamente evidencia diferenças em termos do processo de transformação pessoal e das condições sociais de cada uma das mulheres. O que permeia, para todas, é o exercício do poder entre os gêneros, mas não como único fator hierarquizante no contexto das relações sociais, o que pode explicar as diferenças no processo de enfrentamento.

A violência contra as mulheres é banalizada, minimizada, negada e naturalizada pela cultura machista e sexista, sendo percebida pela sociedade como algo que não poderia ser evitado (STREY, 2000).

Assim, as estratégias de resistência que as mulheres constroem no seu dia-a-dia significam, na realidade, estratégias de empoderamento, ou seja, pelo conceito feminista, é a contribuição para que a mudança nas relações entre homens e mulheres esteja acompanhada de transformações na linguagem, refletindo novas construções de imaginários sociais (LEÓN, 2000).

Nesse enfrentamento da violência, as mulheres percorrem caminhos que envolvem a interação de processos intrapsíquicos e sociais, como as relações familiares e institucionais, que podem ser de risco ou proteção à violência. As mulheres vítimas de violência geralmente estão isoladas de seus parentes e da rede social, o que pode facilitar o controle do agressor sobre a vítima e a perpetuação do ciclo de violência. Para que seja rompido este ciclo, é necessário que exista uma rede articulada de serviços de apoio à mulher em situação de violência (HIRIGOYEN, 2000).

Na rota crítica trilhada pelas mulheres, inicialmente estas buscam compreender intrinsecamente a violência, através de processos intrapsíquicos, o que, segundo elas, atenua o sofrimento, além de proporcionar o fortalecimento espiritual. Dentre os recursos sociais que são acionados estão a família e instituições de segurança e de saúde, o que constitui a rede social de apoio destas mulheres.

Nessa rota, há diversas portas de entrada, ou seja, diferentes serviços que deveriam trabalhar de forma articulada para prestar uma assistência qualificada à mulher (BRASIL, 2008) e também é importante que seja dada continuidade ao atendimento, aspectos estes que não foram identificados nas falas das mulheres deste estudo.

É neste contexto que a Organização Mundial da Saúde passa a recomendar a capacitação dos profissionais de saúde para reconhecer e abordar a violência através do acolhimento, do reconhecimento da integridade das mulheres como sujeitos com direitos humanos, informá-las sobre os recursos disponíveis na sociedade, tais como delegacia de

mulheres e casas-abrigo, além de reconhecer as situações de risco de vida para proteger a mulher, trabalhando de forma articulada com outros setores da sociedade (WHO, 2005).

No entanto, o acolhimento ocorre de maneira fragmentada e sem compromisso de continuidade da atenção, tanto nos aspectos de reabilitação física e emocional quanto nos de reabilitação social e jurídica (SANTI, NAKANO, LETTIERE, 2010).

Os vínculos estabelecidos com a rede, que neste grupo se reduz a serviços de saúde (pronto-socorro) e com maior evidência ao tratamento psicoterapêutico, apresentaram-se para as mulheres como cumpridores do papel de tratar o que é aparente, com soluções paliativas e limitantes no atendimento de suas necessidades, o que torna a rede de apoio à mulher frágil e desestruturada. Fato marcante é a psicologização do problema da violência, que se revela como uma forma de não enfrentamento da questão pelos serviços de saúde.

Ao medicalizar o corpo da mulher que sofreu a violência, reafirma-se a ideologia médica de definir a realidade apresentada, aquilo que lhe é aparente, obscurecendo a raiz social, política, cultural do problema (GROSSI, 1996).

Além dos serviços de saúde há os serviços de segurança pública, principalmente a busca das DDMs, o que representa para as mulheres deste grupo um marco de ruptura com a condição de vítima da violência, sustentadas na Lei Maria da Penha, que as protegerá do agressor e fará justiça ao seu caso.

A Lei Maria da Penha, que altera o Código Penal, permite que agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada. Também estipula a criação de um juizado especial para Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, visando dar mais agilidade aos processos, assim como medidas para proteger a mulher agredida, entre elas, a saída do agressor de casa, a proteção dos filhos e o direito de a mulher reaver seus bens (JONG et al., 2008). Na rota crítica percorrida, as mulheres do estudo queixam-se da morosidade e burocracia dos processos, o que as deixa inseguras diante da situação a que estão expostas.

As necessidades das mulheres em situação de violência são percebidas por elas de forma diferenciada, a depender de sua condição histórica, social e do contexto de suporte social recebido. Na busca por ajuda, as mulheres se orientam tendo por base as necessidades que possibilitam ser apreendidas pelas instituições sociais (saúde e segurança), ou seja, as de base normativa, o que é limitante para acessar aspectos de sua integralidade.

Assim, as necessidades das mulheres em situação de violência são percebidas por elas de forma diferenciada e há interpretação de cada indivíduo para as formas possíveis de alívio do seu sofrimento. Os agravantes da violência para a saúde e para a sua condição de vida são apenas tangenciados pelos profissionais na apreensão das necessidades destas mulheres.

O modo de produzir cuidado na saúde de intervenção baseada na racionalidade biomédica ou no ato de ter de haver materialidade no fato para que se evidencie o crime são práticas descontextualizadas e coercitivas, abastadas de ausência de diálogo, de escuta para serem captadas em sua dimensão individual, o que impossibilita apreender a complexidade e integralidade das necessidades destas mulheres.

No transcorrer dos relatos do grupo de estudo, percebemos que a rede social configurada e utilizada por elas se conforma com vínculos maiores e outros menores. Isso aponta que a rede ainda se apresenta com vínculos e relações muito frágeis e que a integração entre todos os setores e serviços, formando efetivamente uma rede de proteção, apesar da evolução nesse campo, ainda se mostra distante da realidade dos sujeitos desse estudo.

Acreditamos que, no desenvolvimento e na atuação da rede no enfrentamento da violência, ainda ocorre uma dicotomia entre aquilo que é preconizado e o que é vivenciado no cotidiano das mulheres em situação de violência e que estas instituições ainda não realizam efetivamente seu papel protetor destes sujeitos. Assim, para cumprir verdadeiramente sua função de proteção, as redes de apoio social têm que trabalhar na perspectiva da flexibilização dos sistemas ecológicos (POLETTI; KOLLER, 2002; DE ANTONI; KOLLER, 2001).

Um estudo realizado pela Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres constatou que a situação de violência, muitas vezes, é cíclica, pois as mulheres encontram diversos obstáculos e falta de medidas protetivas efetivas na busca de proteção, resultando em desgaste emocional e retorno à situação de violência (BRASIL, 2003c).

Os resultados desta pesquisa mostram que, apesar dos avanços obtidos nos últimos anos, ainda persistem “nós críticos” na trajetória de enfrentamento das mulheres para romper o silêncio, denunciar e superar a violência sofrida. Com esta pesquisa, pretendemos dar subsídios para criar e tornar mais efetiva as estratégias de ajuda, no sentido de fortalecer a rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

## **7.1 Implicações para a prática, ensino, pesquisa e recomendações**

Finalmente, no sentido de contribuir para repensar o modo de cuidar da mulher em situação de violência doméstica, principalmente ao que se refere ao cuidado de enfermagem, é importante que nós, profissionais que lidamos com essas mulheres, apropriemo-nos de novos saberes, de diversas áreas do conhecimento, das discussões interdisciplinares e intersetoriais,

para subsidiar e aprimorar a prática, a fim de que o princípio da integralidade da assistência à saúde possa ser um produto da nossa prática em saúde.

Portanto, isso significa pensar o cuidado em saúde não apenas como um saber instrumental ou técnico, mas sim um saber que permita a compreensão do fenômeno como um processo dinâmico, relacionado aos diferentes universos de significação e re-significação.

Nesse sentido, é fundamental a incorporação da abordagem do tema violência na disciplina da saúde da mulher, sob o enfoque da perspectiva de gênero, bem como sua interdisciplinaridade nas áreas da saúde pública e da saúde coletiva. Desta forma, um conhecimento mais ampliado do fenômeno da violência contra a mulher promove uma reflexão mais crítica a respeito das suas condições de saúde e de vida, contribuindo para realizações de um planejamento da assistência de enfermagem que vão desde a prevenção, atendimento, reabilitação até a reintegração da mulher junto à sociedade.

Na atuação profissional, os serviços de saúde têm um papel importante, uma vez que é neste cenário que a violência pode ser identificada. Para isso, é necessário que o profissional pratique a escuta da paciente e estabeleça um diálogo para que possa compreender a dimensão da violência experienciada por ela, suas consequências para a saúde e, assim, detectar alternativas para lidar com esses casos, de forma a acolhê-la e garantir-lhe a continuidade do cuidado em outros serviços que se fizerem necessários. É importante destacar que a enfermagem tem um papel educativo e de orientação no contexto dos serviços de saúde, o que pode ser fundamental para a mulher assumir o papel de protagonista do seu próprio cuidado.

Na ação intersetorial é fundamental um trabalho em rede, que inclua setores de saúde, segurança, educação, bem-estar social e jurídico, que trabalhem de forma articulada e responsável, o que amplia as chances de construir estratégias que respondam de forma integral às necessidades das mulheres em situação de violência e que as ajudem na superação dos agravos consequentes dessa violência à saúde e condição de vida delas e de suas famílias.

As pesquisas realizadas certamente contribuem para a compreensão do problema, além de indicar caminhos para o cuidado. Contudo, uma abordagem mais ampla, envolvendo diversos atores para a construção de um enfrentamento mais efetivo, em especial no âmbito das relações afetivas, sociais e institucionais, faz-se necessária.

Nesse âmbito, é necessário trabalhar para interromper a construção da violência doméstica como um processo relacional, para que o enfrentamento do problema seja uma bandeira de luta dos serviços de saúde, sociais, jurídicos e policiais.

## *REFERÊNCIAS<sup>2</sup>*

---

---

<sup>2</sup> De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

## REFERÊNCIAS

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

ANTUNES, M. J. M.; GUEDES, M. V. C. Integralidade nos processos assistenciais na Atenção Básica. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-28.

ASSIS, G. G.; PESCE, R. P.; AVANCINI, J. Q. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006. 144p.

BAL, S.; CROMBEZ, G.; VAN OOST, P.; DEBOURDEAUDHUIJ, I. The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 27, n. 12, p. 1377-1395, dec. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 18 mar. 2010.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em 18 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº. 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intra-familiar, orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Lei 10.683 de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de maio 2003a. Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei nº 10.778/03, 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 privada. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de nov. 2003b. Seção 1, p. 11.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas Públicas. **Programa de Prevenção, Assistência, e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional**. Brasília, DF, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Portaria nº 2.406, 05 de novembro de 2004a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 de nov. 2004a. Seção 1, p. 25.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004**. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm)>. Acesso em: 20 maio 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas Públicas para as mulheres**. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm\\_compacta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf)>. Acesso em 13 jan. 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento\\_mmulher.php](http://sistema3.planalto.gov.br/spmu/atendimento/atendimento_mmulher.php)>. Acesso em 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 2. ed. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Lei nº. 11.340, de 07 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 de União**, Brasília, DF, 08 de ago. 2006. Seção 1, p.1.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. **Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006-2007**. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento\\_violencia\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/enfrentamento_violencia_mulher.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2010.

BRASIL. Lei nº. 11.489, de 20 de julho de 2007. Institui o dia 6 de dezembro como o Dia Nacional de mobilização dos homens pelo fim da violência contra as mulheres. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 21 de jun. 2007b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11489.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11489.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Recomenda aos Tribunais de Justiça a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a adoção de outras medidas, previstas na Lei 11.340, de 09.08.2006, tendentes à implementação das políticas públicas, que visem a garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares. Recomendação nº. 9 de 08 de março de 2007c. Disponível em: <[http://ouro01.cnj.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=60:recomend-as-do-conselho&id=2776:recomenda-no-9](http://ouro01.cnj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&catid=60:recomend-as-do-conselho&id=2776:recomenda-no-9)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. Informativo: **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2008.

BRONFENBRENNER, U. (Ed.). **Making human beings human: bioecological perspectives on human development**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: \_\_\_\_\_. **Measuring health. A review of quality of life measurement scales**. 2 nd ed. Philadelphia: Open University Press, 2003. p 91- 110.

BRUSCHI, A.; PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 256-264, abr. 2006.

BULLOCK, K. Family social support. Foundations of nursing care of families in family health promotion. In: BOMAR, P.J. **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. 3 rd ed. Philadelphia: Saunders, 2004. p 143-161.

CABRAL, M. A. A.; BRANCALHONE, P. G. Representações da violência conjugal de 117 mulheres de Campinas-Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.8, p. 227-285, 2000.

CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da RedeSaúde**, Porto Alegre, n. 22, p. 10-15, nov. 2000.

CAMARGO, M.; AQUINO, S. Redes de cidadania e parcerias: enfrentando a rota crítica. In: BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher**. Brasília, DF, 2003.

CARLSON, B. E.; MCNUTT, L. A.; CHOI, D.; ROSE, I. M. Intimate partner abuse and mental health: the role of social support and others protective factors. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 8, n. 6, p. 720-745, jun. 2002.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ-CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 115-128.

CELBIS, O.; GÖKDOGAN, M. R.; KAYA, M.; GÜNES, G. Review of forensic assessments of female referrals to the branch of legal medicine, Malatya region, Turkey: 1996-2000. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, Kidlington, v. 13, n. 1, p. 21-25, jan. 2006.

CORRÊA, M. S. M. **Vivência de mulheres em condições de violência conjugal**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, set./out. 2007.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v.25, p.9-21, abr. 2003. Suppl. 1.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 14-29, 2001.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan./mar., 2000.

DESLANDES, S. F. O atendimento a vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 81-94, 2002.

DINIZ, N. M. F.; ALMEIDA, M. S.; LOPES, R. L. M.; GESTEIRA, S. M. A.; OLIVEIRA, S. F. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 106-112, mar/abr. 1999.

DINIZ, N. M. F.; LOPES, R. L. M.; GESTEIRA, M. A.; ALVES, S.L. B.; GOMES, N. P. Violência conjugal: vivências expressas em discursos masculinos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 81-88, jun. 2003.

DINIZ, S. G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 7-15. Disponível em <[www.mulheres.org.br/25anos](http://www.mulheres.org.br/25anos)>. Acesso em 20 mai 2010.

DOBASH, R. E.; DOBASH, R. P.; CAVANAGH, K.; MEDINA-ARIZA, J. Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner: comparing male murderers to nonlethal abuses. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 3, n. 4, p. 329-353, apr. 2007.

D' OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000. 279f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P.L.; DINIZ, S. D.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, London, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, may 2002.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010

FAÚNDES, A.; ROSAS, C. F.; BEDONE, A. J.; OROZCO, L. T. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GADONI-COSTA, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n.2, p. 151-159, 2009. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais>>. Acesso em: 20. out. 2010.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. S146-S155, jan. 1994. Supl. 1.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.

GOODMAN, L.; DUTTON, M. A.; VANKOS, N.; WEINFURT, K. Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. **Violence Against Women**, Thousand Oaks v. 11, n. 3, p. 311-336, mar. 2005. Disponível em: <<http://vaw.sagepub.com/>>. Acesso em 19. nov. 2010.

GROSSI, P. K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R (Orgs). **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 133-149.

GROSSI, P. K., ALMEIDA, S.; TAVARES, F. Violência de gênero: em busca do fortalecimento de mulheres. In: MENEGHEL, S. N (Org.). **Rotas críticas: Mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Unisinos, 2007. p. 71-81.

GROVES, B. M.; AUGUSTYN, M.; LEE, D.; SAWIRES, P. **Identifying and responding to domestic violence: consensus recommendations for child and adolescent health**. San Francisco (CA): The Family Violence Prevention Fund, 2002 94p. Disponível em: <<http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Pediatric.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

GUEDES, R. N. **Violência conjugal**: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. 2006. 148f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

HEISE, L. Gender-based abuse: the Global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 135-145, 1994. Suppl. 1.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Popul Rep.**v. 27, n. 4, p. 1-43, dec.1999.

HIRIGOYEN, M. F. **El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana**. Buenos Aires: Paidós, 2000.

JOFFILY, O. R. **Violência conjugal contra a mulher: narciso acha feio o que não é espelho**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

JON, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 744-751, mar. 2008.

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

KRUG, E. G.; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 198-205, jun. 2009.

LEÓN, M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres com el poder. **Estudios Feministas**. V. 8, n. 2, p. 191-205, 2000.

LEÓN, M. El empoderamiento de las mujeres: encuentro del primer y tercer mundos en los estudios de género. **La ventana**, n. 13, p. 94-106, julio. 2001. Disponível em: <<http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/laventan/volumenes/ventana13.htm>>. Acesso em: 20. out. 2010.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n. 3, p. 467-473, set. 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S. **A violência doméstica e suas implicações maternas e neonatais**: a visão de mulheres em situação de violência atendidas em uma maternidade de baixo risco de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007. 20 p. Relatório PIBIC/USP/CNPq.

LOPES, I. M. R. S.; GOMES, K. R. O.; SILVA, B. B.; DEUS, M. C. B. R.; GALVÃO, E. R. C. G. N.; BORBA, D. C. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina – PI. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 111-116, mar. 2004.

LOXTON, D.; SCHOFIELD, M.; HUSSAIN, R.; MISHRA, G. History of domestic violence and physical health in midlife. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 12, n. 8, p. 715-731, dec. 2006.

LUTHAR, S.; CICCETTI, D.; BECKER, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. **Child Development**, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 543-562, may/june. 2000.

MACHADO, L.Z. Os frágeis direitos da mulher. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, v. 3, n.6, p. 22-25, out. 2002.

MATTAR, R.; ABRAHÃO, A. R.; ANDALAFT, NETO, J.; COLAS, O. R.; SCHROEDER, I.; MACHADO, S. J. R.; MANCINI, S.; VIEIRA, B. A.; BERTOLANI, G. B. M. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 459-464, fev. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MCCALLUM, C. Existe um sistema de gênero no Brasil? In: PASSOS, E.; ALVES, I.; MACEDO, M. **Metamorfoses**: gênero nas perspectivas interdisciplinares. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher, 1998, p. 9-12. (Coleção Bahianas, 3).

MENDES, C. H. F. **Vozes do silêncio: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina**. 2005. 168 f. Tese (Doutorado) - Instituto Figueira Fernandes, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

MENEGUEL, S., BARBIANI, R., STEFFEN, H., WUNDER, A., ROZA, M., ROTERMUND, J., BRITO, S.; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-963, jul./ago. 2003.

MENEZES, T. A.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultado de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.25, n. 5, p. 309-316, jun. 2003.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008. 406 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 282 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108 p.

MIRIM, L.A. Balanço do enfrentamento da violência contra a mulher na perspectiva da saúde mental. **Relatório de Pesquisa**. Disponível em: <[www.mulher.org.br](http://www.mulher.org.br)>. Acesso em 02. nov. 2010.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000, 435p.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In: KOLLER, S. H. (Ed). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-107.

MORRISON, K. E.; LUCHOK, K. J.; RICHTER, D. L.; PARRA-MEDINA, D. Factors influencing help-seeking from informal networks among African American victims of intimate partner violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 21, n. 11, p. 1493-1511, nov. 2006.

MOSEDALE, S. Assessing women's empowerment: towards a conceptual framework. **Journal of International Development**, v. 17, n. 2, p. 243-257, march. 2005. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jid.v17:2/issuetoc>>. Acesso em: 20. out. 2010.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias, gêneros e violência: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, M. N.; AZAMBUNJA, M. P. R.; JAEGER, F. P. (Eds.). **Violência, gênero e políticas públicas**, Porto Alegre: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004, p. 149-176.

OLIVEIRA, V. L. A.; PFEIFFER, L.; RIBEIRO, C. R.; GONÇALVES, M. T.; RUY, I. A. E. Redes de proteção: novo paradigma de atuação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal a saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p 143 -150.

OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M.; MOURA, A. A. V.; VON KOSSEL, K.; MORELLI, K.; BOTELHO, L. F. F.; STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 39, n. 3, p. 376-382, jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em:<<http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>>. Acesso em 18 mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Violência y salud**. Washington: Opas, 1994. Resolución n. 19.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 445-465, maio/ago. 2009.

PEDRÃO, R. B.; BERESIN, R. O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 86-91, 2010.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 1, p. 67 - 75, jan./abr. 2004.

PIOVESAN, F. **Direitos civis e políticos: a conquista da cidadania feminina**. Brasília, 2006. (O Progresso das Mulheres no Brasil). Disponível em <[http://www.mulheresnobreasil.org.br/pdf/PMB\\_Cap2.pdf](http://www.mulheresnobreasil.org.br/pdf/PMB_Cap2.pdf)>. Acesso em: 21 de maio 2010.

PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde: interseções. In: BERQUÓ, E. (Org). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora UNICAMP, 2003. p. 319-337.

PITANGUY, J.; MIRANDA, D. **As mulheres e os direitos humanos**. Brasília, 2006. (O Progresso das Mulheres no Brasil). Disponível em: <[http://www.mulheresnobrasil.org.br/pdf/PMB\\_Cap1.pdf](http://www.mulheresnobrasil.org.br/pdf/PMB_Cap1.pdf)>. Acesso em: 21 de maio 2010.

POLETTO, R. C.; KOLLER, S. H. Rede de apoio social e afetivo de crianças em situação de pobreza. **Psico**, Porto Alegre, v. 33, p. 151-176, 2002.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento Psicológico: o que pensam os/as Gestores/as Municipais do SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 426-439, 2006.

PRESSER, A. D. **Mulheres enfrentando a violência de gênero: a voz dos operadores sociais**. 2007. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

PRESSER, A. D.; MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, E. A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 126-137, jul./set. 2008.

RAMÃO, S. R.; MENEGHEL, S. N.; OLIVEIRA, C. Caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 79-87, maio/ago. 2005.

RAVAGNANI, L.; DOMINGOS, N.; MIYAZAKI, M. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 177-184, maio/ago. 2007.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

REIS, J. N.; MARTIN, C. C. S.; FERRIANI, M. G. C. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 2, p. 465-473, mar./abr. 2004.

REZENDE, E. J. C.; ARAÚJO, T. M.; MORAES, M. A. S.; SANTANA, J. S. S.; RADICCHI, R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto

de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2. p. 202-214, jun. 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Relação das unidades de saúde. 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br>> Acesso em: 20 maio 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**. 2009b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/organizacao/il6ubs.php>> Acesso em: 20 maio 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão**. 2009c. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/il6relatorio-gestao-09.pdf> > Acesso em: 20 maio 2010.

ROSE, L.; CAMPBELL, J.; KUB, J. The role of social support and family relationships in womwn's responses to battering. **Health Care for Women International**, v. 21, n. 1, p. 21-39, 2000. Disponível em: <[http://pdfserve.informaworld.com/553620\\_\\_713852517.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/553620__713852517.pdf)>. Acesso em : 22 set. 2010.

ROTÂNIA, A. A.; DIAS, I. M. V.; SOUSA, K. V.; WOLFF, L. R.; REIS, L. B.; TYRRELL, M. A. R. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 114-125, jan. 2003.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Orthopsychiatric Association**, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero e patriarcado. In: CASTILHO-MARTÍN, M.; OLIVEIRA, S. (Eds.). **Marcadas a ferro**: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar. Presidência da Republica, Brasília, DF, 2005, p. 35-76.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina**: estudios de caso de diez países. Organización Panamericana de la Salud, 2000. 145p.

SAGOT, M. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGHEL, S. N. (Org.). **Rotas críticas**: Mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007, p. 23-50.

SANTI, L. N. **Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica com lesões do complexo maxilo-mandibular e problemas associados**. 2007. 279 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

SANTI, L. N; NAKANO, A.M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 417-424, jul./set. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3.pdf>>. Acesso em 10 out. 2010.

SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação a integralidade: construindo a (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 53-61, jan./mar. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Portaria HCRP-217 de 21 de outubro de 2008. Dispõe sobre alteração da denominação do Grupo de Estudos de Atenção às Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual – geavidas, para serviço de atendimento à violência doméstica e agressão sexual – Seavidas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 22 de out. de 2008. Seção 1, p.24.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. **Superintendência da Polícia Técnico Científica**. 2010. Instituto Médico Legal. Disponível em: <[http://www.policiacientifica.sp.gov.br/istitucional\\_IML\\_historico.asp](http://www.policiacientifica.sp.gov.br/istitucional_IML_historico.asp)> Acesso em: 20 maio 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P. A violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-16, ago.1999.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra a mulher: a pesquisa e a intervenção. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 80-83, out. 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P.; FRANÇA JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. L. P.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURAND, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003.

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

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v 40, n.esp., p. 112-120, ago. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30630.pdf>>. Acesso em 20 maio 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T.; HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PUCCIA, M. I.; ANDRADE, M. C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, n. 41, v. 3, p. 359-367, jun. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; STRAKE, S. S.; LIBERMAN, M. D. **Violência contra a mulher e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina/USP, s. d. (Mimeo.Texto para curso).

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

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, set./dec. 2005.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, p. S263-S272, 2003. Suppl. 2.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2103-2114, set. 2008.

SILVEIRA, L. P. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, A. L. (Org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): alcances e limites.** São Paulo: Coletivo Feminista

Sexualidade e Saúde, 2006. p. 45-77. Disponível em <[www.mulheres.org.br/25anos](http://www.mulheres.org.br/25anos)>. Acesso em: 20 maio 2010.

SNOW, D. L.; SWAN, S. C. The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 12, n. 11, p. 1026-1045, nov. 2006.

SOUZA, M. C. A Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e suas implicações para o direito brasileiro. **Revista Eletrônica de Direito Internacional**, v. 5, p. 346-386, 2009. Disponível em: <<http://www.cedin.com.br/revistaeletronica/volume5>>. Acesso em: 12 de set. 2010.

STENIUS, V. M. K.; VEYSEY, B. M. It's little things. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 20, n. 10, p. 1155-1174, oct. 2005.

STREY, M. N. Será o século XXI o século das mulheres? In: STREY, M. N.; MATTOS, F.; FENSTERSEIFER, G.; WERBA, G. C. (Orgs.). **Construções e perspectivas em gênero**, Leopoldo: Unisinos, 2000, p. 09-18.

TAVARES, F. A. **Das lágrimas à esperanças: o processo de fortalecimento da mulheres em situação de violência doméstica**. 2008. 235 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 685 p.

UNITED NATIONS. **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes**. Assemblée Générale 17 décembre 1979. Disponível em: <[http://www.un.org/french/documents/instruments/docs\\_fr.asp?year=1970](http://www.un.org/french/documents/instruments/docs_fr.asp?year=1970)>. Acesso em: 12 jun. 2010.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. General Assembly resolution n. A/48/104 of 20 dec. 1993. Geneva, 1993. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en/>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

UNITED NATIONS. **Report of the fourth world Conference on Women**. Nova York, 1996. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. S7-S14, 1999. Suppl. 2.

VARGAS, J. D. Estupro: que Justiça? **Cadernos Themis-Gênero e Direito**, Porto Alegre, v. 3, n.3, p. 55-78, 2002.

VENTURINI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Orgs). **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 248p.

VILHENA, J. A arquitetura da violência: reflexões acerca da violência e do poder na cultura. **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 21, p. 181-200, 2002.

WALKER, L. E. Battered woman syndrome: empirical findings. **The New York Academy of Sciences**, New York, v. 1807, p. 142-157, nov. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2005.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro.pdf>>. Acesso em: 05. nov. 2010.

## *APÉNDICES*

---

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### **Dados de Identificação:**

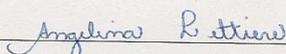
- A) Qual a sua idade?
- B) Escolaridade?
- C) Qual a sua ocupação?
- D) Qual a cor da sua pele?
- E) Qual a religião que você pratica?
- F) Estado civil?
- G) Número de filhos?
- H) Quem é o chefe da família/quem sustenta a casa?

#### **Roteiro de Perguntas:**

1. Quem encaminhou você para o IML?
2. O que a motivou a procurar ajuda neste lugar?
3. O que aconteceu? Você pode me relatar o fato?
4. Onde ocorreu o fato e quem participou?
5. Foi a primeira vez ou já aconteceu outras vezes?
6. Nas outras vezes que isso aconteceu você procurou algum tipo de ajuda? Quais?
7. Em sua opinião em que momentos ou quais os fatores que facilitaram enfrentar o problema?
8. Em relação ao local de busca de ajuda, você acha que ajudou?
9. Você acha que a violência afetou ou tem afetado a sua vida e a sua saúde?

**APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO I****TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Solicito ao Núcleo de Perícia Médico Legal de Ribeirão Preto a **AUTORIZAÇÃO** para coleta de dados da pesquisa intitulada “**Violência doméstica contra a mulher: um estudo com mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal**”, sob responsabilidade da pesquisadora Angelina Lettiere, pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP. Será garantido o compromisso de confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, e os dados obtidos, só serão divulgados em reuniões e publicações científicas, também me comprometo a seguir as normas e rotinas do Serviço.

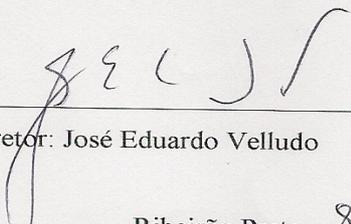


Angelina Lettiere

Pesquisadora Responsável

**Autorização com nome legível, assinatura e carimbo do responsável da instituição:**

Eu, José Eduardo Velludo, diretor do Núcleo de Perícia Médico Legal de Ribeirão Preto, situado na Rua São Sebastião nº 1339 – Bloco 01, Ribeirão Preto – SP, autorizo a pesquisadora Angelina Lettiere, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a coletar dados, referente a pesquisa “**Violência doméstica contra a mulher: um estudo com mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal**” em nossas dependências.

  
Diretor: José Eduardo VelludoRibeirão Preto, 8 de 04 de 2009.

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO II****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Av. dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP. CEP: 14040-902

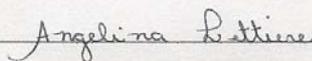
Telefone: 633-1190 - FAX: (016) 633-3271/630.2561

Ribeirão Preto, 14 de outubro de 2009.

Encaminho ao Núcleo de Perícias Médico - Legais de Ribeirão Preto a **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa intitulado “**Violência doméstica contra a mulher: estudo com mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal**”, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa. Protocolo de pesquisa nº 1029/2009, sob a responsabilidade da mestrande Angelina Lettiere, pertencente ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Desta forma, para continuidade da pesquisa, solicito ao Diretor do Núcleo de Perícias Médico – Legais de Ribeirão Preto a autorização para iniciarmos a etapa da coleta de dados nas dependências da referida instituição.

Atenciosamente,



Angelina Lettiere

Pesquisadora Responsável

Ilmo. Sr.

José Eduardo Velludo

Diretor do Núcleo de Perícias Médico – Legais de Ribeirão Preto

## APÊNDICE D – RELAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E DE APOIO

### ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os serviços de saúde acolhem as mulheres vítimas de violência buscando minimizar os danos da violência na saúde da mulher. **Onde buscar ajuda nos serviços de saúde em casos de agressão?** Procure no seu bairro uma Unidade de Saúde da Família ou uma Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa para receber os primeiros cuidados, encaminhamentos e orientações. Abaixo segue os endereços dos serviços de saúde.

#### NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**NSF 1:** Rua: Salvador Neves, 1293. Telefone: 3630-1309/3630-5859

**NSF 2:** Rua: Gonçalves Dias, 790. Telefone: 3931-2325

**NSF 3:** Travessa: Nossa Senhora da Penha, 55. Telefone: 3633-0533

**NSF 4:** Rua: Salto Grande, 20. Telefone: 3633-3829

**NSF 5:** Rua: Martin Afonso de Souza, 858. Telefone: 3633-0546

#### **NSF - Jardim Heitor Rigon**

Av: Maestro Alfredo Pires, 339. Fone: 3615-6667

#### **USF - Jardim Zara**

Rua: Stéfano Barufi, 1639. Telefone: 3967-7898

#### **USF - Jardim Maria Casagrande Lopes**

Rua: Paulo Gerardi, 350. Telefone: 3976-1595

#### UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

#### **UBS “Wilma Delphina de O. Garotti” - Vila Tibério**

Rua Dr. Loyola, 1204. Telefone: 3630-8842. Horário de funcionamento: 7 às 19 h.

#### **UBS “Nelson Barrionovo” - Campos Elíseos**

Av. Saudade, 1452. Telefone: 3961-4303. Horário de funcionamento: 7 às 19 h.

#### **UBS “Professor Dr. Jacob Renato Woiski” - João Rossi**

Av. Independência, 4315. Telefone: 3911-3616. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

#### **UBS “Rubens Issa Halak” - Jardim Juliana**

Av. Dr. Marcos Antônio M. dos Santos, 602. Telefone: 3965-6141. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

#### **UBS “José Ribeiro Ferreira” - São José**

Rua: Madre Maria Teodora Voiron, 110. Telefone: 3617-0307. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

#### **UBS “Hélio Lourenço de Oliveira” - Santa Cruz**

Rua: Triunfo, 1070. Telefone: 3916-1122. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

#### **UBS “Carlos Chagas” - Vila Abranches**

Rua: Maria Abranches de Faria, 550. Telefone: 3965-2555. Horário de funcionamento: 7 às 21 h.

#### UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

#### **UBS “Albert Sabin” - Marincek**

Rua: Roberto Michellin, s/n°. Telefone: 3967-3030. Horário de funcionamento: 7 às 22 h.

**UBS “Prof. Zeferino Vaz” - Quintino Facci I**

Rua: César Montagnana, 35. Telefone: 3626-5588. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Dr. Rômulo Ribeiro da Costa” - Jardim Aeroporto**

Estrada: Antônia Mugnato Marincek, 994. Telefone: 3626-7964. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Mario R. de Araújo” - Valentina Figueiredo**

Rua: Francisco H. Lino da Rocha, 26. Telefone: 3976-3004. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Oswaldo Cruz” - Vila Mariana**

Rua: Ribeirão Preto, 1070. Telefone: 3626-7400. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Herbert de Souza – Betinho” - Complexo Ribeirão Verde**

Rua: João Toniolli, 3461. Telefone: 3996-2100. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Alexandre Fleming” - Simioni**

Rua: Antônio Augusto Carvalho, 672. Telefone: 3638-0015. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Dr. Luiz Philipe Tinoco Cabral” - Adão do Carmo Leonel**

Rua: Antônio Vicco, 201. Telefone: 3119-3034. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Dr. José Carlos Say” - Jardim Maria das Graças**

Rua: Cruz e Souza, 3170. Telefone: 3919-3983. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Waldemar Barnsley Pessoa” - Parque Ribeirão Preto**

Av. Pedreira de Freitas, 311. Telefone: 3919-2607. Horário de funcionamento: 7 às 22 h.

**UBS “Aymar Baptista Prado” - Dom Mielle**

Rua: Cecílio Elias Seba, 193. Telefone: 3639-0782. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Dr. João Paulo Bim” - Ipiranga**

Av: Dom Pedro I, 1359. Telefone: 3630-0802. Horário de funcionamento: 7 às 22 h.

**UBS “Rubens Vieira Nicoletti Filho” - José Sampaio**

Rua: Elydio Vieira de Souza, 50. Telefone: 3639-0063. Horário de funcionamento: 7 às 21 h.

**UBS “Dr. Sérgio Botelho da Costa Moraes” - Jardim Presidente Dutra**

Rua: Carolina Maria de Jesus, 365. Telefone: 3976-2030. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Dr. Álvaro Panazzolo” - Vila Albertina**

Rua: Apeninos, 941. Telefone: 3976-3010. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**UBS “Adalberto Teixeira Andrade” - Vila Recreio**

Rua: Tabatinga, 320. Telefone: 3976-3238. Horário de funcionamento: 7 às 20 h.

**CENTRO SAÚDE ESCOLA**

**CSE “Profª Drª M.ª Herbênia O. Duarte” - Vila Tibério** - Rua Gonçalves Dias, 790. Telefone: 3931-2325.

Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**CSE “Dr. Edgard Ache” – Ipiranga** - Av: Dom Pedro, 1753. Telefone: 3630-0032/3630-4416. Horário de

funcionamento: 7 às 17 h.

**CMSC - Vila Lobato** - Rua: João Alves Pereira, 275. Telefone: 3630-0006/3633-0390. Horário de

funcionamento: 7 às 17 h.

**UNIDADE BÁSICA DISTRITAL DE SAÚDE****UBDS “Dr. João Baptista Quartim” (Distrito Central)**

Av. Jerônimo Gonçalves, 466. Telefone: 3605-5000. Horário de funcionamento: 24 horas

**UBDS “Dr. Ítalo Baruffi” (Distrito Leste) -Castelo Branco Novo**

Rua: Stéfano Baruffi, 1639. Telefone: 3624-2122. Horário de funcionamento: 24 horas

**UBDS “Dr. Sérgio Arouca” (Distrito Norte) - Quintino Facci II**

Rua: Bruno Pelicani, 70. Telefone: 3974-8020. Horário de funcionamento: 24 horas

**UBDS “Dr. Marco Antônio Sahão” (Distrito Sul) - Vila Virgínia**

Rua: Franco da Rocha, 1270. Telefone: 3919-9120/39194400. Horário de funcionamento: 24 horas

**UBDS/CSE Sumarezinho (Distrito Oeste):**

Rua: Cuiabá, 601. Telefone: 3633-2331

**UNIDADE DE EMERGÊNCIA****Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas – FMRP**

Rua: Bernardino de Campos, 1000. Telefone: 3602-1134/3602-1143

**No caso de atendimento de urgência para caso de agressão sexual e agressão física grave, procurar imediatamente a UNIDADE DE EMERGÊNCIA em qualquer dia e hora.**

**Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual – SEAVIDAS**

Campus Universitário USP. Telefone: 3602-2699

Acolhimento Unidade de Emergência: 3602-1134/3602-1143

**SAMU** – Ambulância: 192

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE****SAÚDE MENTAL****Ambulatório Regional de Saúde Mental - Centro**

Rua: Visconde do Rio Branco, 943. Telefone: 3632-5882. Horário de funcionamento: 7 às 18 h.

**Ambulatório de Saúde Mental – Distrito Central**

Rua: Cerqueira César, 1435. Telefone: 3964-6268. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**Ambulatório de Saúde Mental – Distrito Oeste**

Rua: Terezina, 679. Telefone: 3633-2829. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**Núcleo de Saúde Mental/CSE – Sumarezinho**

Rua: Teresina, 679. Telefone: 3633-2794/3633-2829

**CAPS I “Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues”**

Rua: João Penteadó, 504. Telefone: 3931-4308. Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**CAPSII “Dr. André Santiago”**

**Rua: Pará, 1280. Telefone: 3934-6565.** Horário de funcionamento: 24h

Horário de funcionamento: 7 às 17 h.

**APOIO PSICOLÓGICO****Clínica de Psicologia do Centro de Psicologia Aplicada - CPA**

Campus da USP. Telefone: 3602-3739/3602-3641

**Clínica Psicológica - UNIP**

Rua: Mariana Junqueira, 1346. Telefone: 3632-6401. Atendimento Adulto: segunda-feira 14 horas e terça e quinta-feira às 20 horas

**Clínica Psicológica - UNAERP**

Av: Costábile Romano, 2201. Telefone: 3603-6933

## ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Onde buscar ajuda para inserção social?** Você pode buscar ajuda nos serviços disponíveis na Prefeitura Municipal através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS).** É responsável pela oferta de serviços de proteção social básica de assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade. Os programas são: renda familiar mínima, apoio alimentar, renda cidadã, viva leite, bolsa família etc.

**CRAS 1:** Rua: Marcondes Salgado, 253 - Centro

**CRAS 2:** Rua: Virgílio Antônio Simionato, 315. Telefone: 3974-8005 - Avelino Alves Palma

**CRAS 3:** Rua: André Rebouças, 1390. Telefone: 3966-7280 - Ipiranga

**CRAS 4:** Rua: Florinda Bordizam Sampaio, 300 - José Sampaio

**CRAS 5:** Rua: Oswaldo Aranha, 488 - Parque Ribeirão Preto

**CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS).** Prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados com apoio e acompanhamento individualizado e especializado. No caso de mulheres vítima de violência existe o projeto esperança.

**CREAS:** Rua: Mariana Junqueira, 711. Telefone: 3610-6635 - Centro

### **PROJETO ESPERANÇA – Atendimento à mulher vitimizada**

Rua: Augusto Severo, 819, casa 1. Telefone: 3611-6000. Vila Tibério

Rua: Gonçalves Dias, 299. Telefone: 3636-3287

**CENTRO DE QUALIFICAÇÃO SOCIAL E PROFISSIONAL -** O Centro de Qualificação Social e Profissional oferece oficinas profissionalizantes.

Av: Dom Pedro I, 45. Telefone: 3630-0401 – Ipiranga

Rua: Carlos Norberto, 276. Telefone: 3972-1859 - Bonfim Paulista

## **APOIO SOCIAL**

Você também pode buscar ajuda nos serviços oferecidos por organizações não governamental e no Fundo Social de Solidariedade da Prefeitura Municipal.

**Fundo Social de Solidariedade:** articula recursos humanos, materiais, financeiros e institucionais, junto a organizações governamentais e não governamentais, para atender as necessidades locais com projetos com: campanha de alimentos, agasalho e de geração de emprego e renda.

Rua: Cerqueira César, 383. Telefone: 3625-7194/3610-5144

### **Regional de Atendimento e Orientação Social**

Rua: Flávio Uchoa, 1180. Telefone: 3961-1858 - Campos Elíseos. Atendimento: 8 às 12h e 13 às 17h.

Rua: André Rebouças, 1390. Telefone: 3966-7280 - Ipiranga. Atendimento: 8 às 12h e 14 às 18h.

Rua: Eugênio Marzola, 390. Telefone: 3974-1070 - Quintino Facci II. Atendimento: 8 às 12h e 13 às 17h.

Rua: Pirassununga, 1042. Telefone: 3626-7222 – Jd. Aeroporto. Atendimento: 8 às 17h.

### **ONG Maria Otília Neix**

Rua: Saldanha Marinho, 664. Telefone: 3636-4949/3931-1202

### **ONG Casa Esperança**

Rua: Visconde do Rio Branco, 361

## **ASSISTÊNCIA JURÍDICA**

### **Assistência Jurídica Municipal**

39171702

### **Assistência Jurídica Estadual**

36252012

### **Conselho Municipal Direitos da Mulher**

36101523

### **Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher**

36363311/36363287

### **Ministério Público**

36293848

## **ASSESSORIA JURÍDICA**

### **Assistência Jurídica**

36365571

### **Faculdades COC**

36029801

### **UNAERP**

36037000 ou 08003388

### **UNIP**

36026700

## SEGURANÇA PÚBLICA

### **POLÍCIA MILITAR:** 190

**DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER (DDM)** - É responsável pelo trabalho investigativo, registro do boletim de ocorrência (BO) ou termo circunstanciado (TC – em casos de ameaças ou lesões corporais graves) e toma providências para instaurar o inquérito policial e requisição para efetuar o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal para comprovar a violência sofrida.

Rua Duque de Caxias, 1048. Telefone: 3635-3555/3632-5882

**INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML)** - Realiza exame de corpo de delito atestando a ocorrência e o tipo de lesão sofrida de qualquer natureza para comprovar o delito.

Rua: São Sebastião, 1339. Bloco 01. Telefone: 3636-2709

## TELEFONES ÚTEIS

### **DENÚNCIA**

Disque Denúncia: 0800 7714407

Denúncia Anônima: 147

**CENTRAL DE ATENDIMENTO** - Este serviço funciona 24 horas por dia, de segunda à domingo, inclusive feriados. A ligação é gratuita em âmbito nacional. A central de atendimento à mulher fornece orientações sobre o enfrentamento à violência contra a mulher e alternativas para que a mulher se proteja, com informações sobre direitos legais, delegacias de atendimento especializado à mulher, instituto médico legal, defensorias, postos de saúde, centros de referências, casas abrigos e outros mecanismos de promoção de defesa de direitos da mulher.

**Central de atendimento à mulher - Ligue 180**

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa **“Violência doméstica sob o olhar das mulheres atendidas em um Instituto Médico Legal: as possibilidades e os limites de enfrentamento da violência vivenciada”**, que tem por objetivo compreender como as mulheres que sofrem violência convivem com este problema e que tipos de ajuda elas buscaram. Assim, com a sua participação você estará ajudando a melhorar a assistência prestada para que se estabeleçam redes de ajuda efetiva às mulheres em situação de violência.

Sua participação será através de uma entrevista individual respondendo, voluntariamente, algumas questões referentes à violência. A entrevista será gravada e realizada em uma sala reservada desta instituição, apenas entre mim e você, sem acompanhantes, sendo a duração da entrevista de aproximadamente 30 minutos. Suas informações serão tratadas com absoluto sigilo, não sendo publicado seu nome ou qualquer dado que possa lhe identificar. Você poderá responder de forma que quiser e se tiver alguma dúvida sobre as perguntas pode interromper a qualquer momento, bem como retirar este consentimento. Caso não deseje participar, não é obrigada e não terá nenhum prejuízo no atendimento recebido.

Você não terá gasto nenhum com a participação nesta pesquisa e será garantida a você uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por você e pela pesquisadora. Devido à possibilidade de riscos emocionais, como tristeza, angústia e medo durante a entrevista, se necessário, estarei pronta para ouvi-la e auxiliá-la a buscar no serviço público o atendimento psicológico.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

---

**Pesquisadora: Angelina Lettiere**

Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP

Telefone: (16) 6023405 e-mail: angelinalettiere@ig.com.br

Eu, \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações acima, ciente sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, aceito participar voluntariamente da pesquisa com a garantia de que será mantido meu anonimato.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante do estudo: \_\_\_\_\_

*ANEXO*

---

## ANEXO

## APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 158/2009

Ribeirão Preto, 07 de julho de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 06 de julho de 2009.

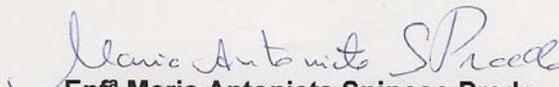
**Protocolo:** n° 1029/2009

**Projeto:** VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UM ESTUDO COM MULHERES ATENDIDAS EM UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL.

**Pesquisadores:** Ana Márcia Spanó Nakano  
Angelina Lettiere

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.  
**Profª. Drª. Ana Márcia Spanó Nakano**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP