



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MÁRCIA LUANA FIRMINO SERAFIM

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL
DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

CAJAZEIRAS-PB

2013

MÁRCIA LUANA FIRMINO SERAFIM

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL
DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Ms. Milena Silva Costa.

CAJAZEIRAS-PB

2013



S481v Serafim, Márcia Luana firmino.
Violência contra a mulher: uma análise documental das denúncias em um centro de referencia / Marcia Luana Firmino Serafim. - Cajazeiras, 2013.
73f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharel em enfermagem) Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2013).
Contem Bibliografia e Anexos.

1. Violência-mulher. 2. Serviços de atendimento-mulheres violentadas. 3. Mulher-denúncia de violência. I. Costa, Milena Silva. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 364.632-055.2

MÁRCIA LUANA FIRMINO SERAFIM

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL
DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Ms. Milena Silva Costa.

Aprovada em: ___/___/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora- UAENF/CFP/UFCG)

Prof.^a Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
(Membro Efetivo- UAENF/CFP/UFCG)

Prof.^a Ms. Roberta Romero de Miranda Henriques
(Membro Efetivo- UAENF/CFP/UFCG)

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, ao meu Senhor, Deus e Criador, que se fez presente em todos os momentos firmes e trêmulos, fortificando-me e capacitando-me para a realização de mais esta etapa em minha vida;

Aos meus pais amados Firmino e Graça, pelo incentivo, carinho e preocupação, ensinando-me a lutar e perseverar, na busca incessante de meus objetivos;

Aos meus irmãos Március e Natália, a minha cunhada Adriana e ao meu sobrinho Hugo, queridos e grandes companheiros e incentivadores de toda vida; e que, por existirem, tornam a minha vida mais feliz.

Ao meu noivo Francisco, que soube compreender, aqueles momentos mais difíceis de minha vida acadêmica e que, por vezes, no silêncio me mostrou todo apoio e admiração;

À professora Milena da Silva Costa, minha orientadora, pelo estímulo ao desenvolvimento desta pesquisa e pelas sugestões que a enriqueceram;

À professora Aissa Romina, pelas suas contribuições ao meu trabalho;

A todos os meus familiares, amigos e colegas, pelo apoio e carinho em todos os momentos;

À SEPPM e ao CRAM, pelas informações disponibilizadas;

A todas as mulheres que foram vítimas de algum tipo de violência e que almejam dias melhores;

De maneira muito especial, agradeço a minha irmã e amiga Natália Firmino, que me apoiou e ajudou nas horas em que eu mais precisei; obrigada por sua paciência, contribuição e carinho. Jamais esquecerei tudo que fizeste.

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade;
Mais do que inteligência precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará
perdido.”

Charles Chaplin (1940)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS AD** - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CNPM** - Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
- CRAM** - Centro de Referência de Atendimento a Mulher
- CRAS** - Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- DDM** - Delegacia de Defesa da Mulher
- DEAM'S** - Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres
- DEPCA** - Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente
- DML** - Departamento Médico Legal
- DST** - Doença Sexualmente Transmissível
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana ou *human immunodeficiency virus*
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IML** - Instituto Médico Legal
- IPSOS** - Instituto de Pesquisas e Projetos Sociais e Tecnológicos
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PNPM** - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
- SEPPM** - Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres
- SESC** - Serviço Social do Comércio
- SESP** - Secretaria de Estado da Segurança Pública
- SUS** - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição por Profissão/Remuneração/Outras Atividades das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....	39
TABELA 2 - Distribuição por Estado Civil / Tempo de Convivência/ Filhos/ Quantidade de Filhos das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras – PB, 2010 a 2012.....	41
TABELA 3 - Distribuição por Ano de Ocorrência da Violência Contra as Mulheres no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....	46
TABELA 4 - Distribuição por Tipos de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....	49
TABELA 5 - Distribuição por Permanecer na Situação e Sentimento em Relação ao Agressor pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....	52
TABELA 6 - Distribuição dos Encaminhamentos à Vítima de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** - Distribuição por Escolaridade das Mulheres Agredidas no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....38
- GRÁFICO 2** - Distribuição por Cor/Raça das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras- PB, 2010 a 2012.....41
- GRÁFICO 3** - Distribuição por Deficiência/Transtorno das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....43
- GRÁFICO 4** - Distribuição por Medicamentos tomados pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012..... 44
- GRÁFICO 5** - Distribuição por Atividade Física realizada pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....45
- GRÁFICO 6** - Distribuição por Grau de Parentesco das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....47
- GRÁFICO 7** - Distribuição por Local de Ocorrência das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.....48

SERAFIM, Márcia Luana Firmino. **Violência contra a Mulher: uma análise documental das denúncias em um Centro de Referência.** Relatório de Pesquisa (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2013.

RESUMO

A violência contra a mulher constitui-se um problema social mundial que acomete mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, níveis de escolaridade; e pode está relacionado ao poder, aos privilégios e ao domínio masculino. Dessa forma, este estudo tem por objetivos conhecer as causas e consequências da violência em mulheres, caracterizar o perfil social, demográfico e de saúde das mulheres vítimas de violência; identificar o agressor, local e tipo de violência e investigar a intersectorialidade na atenção a mulher vítima de violência. Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo de caráter descritivo, documental, com abordagem quantitativa, composto por 80 formulários elaborados e preenchidos a partir das fichas de atendimentos as mulheres vítimas de violência atendidas no Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva (CRAM) da cidade de Cajazeiras/PB, no período de julho de 2010 a outubro de 2012. Os dados foram organizados e apresentados em gráficos e tabelas; e confrontados com a literatura. O estudo seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos revelaram que a maior parte dos agressores, mantém um vínculo com a mulher, sendo o principal agressor o marido ou companheiro e o seu lar, que deveria ser lugar de proteção, passa a ser o principal local das agressões. Muitas dessas mulheres iniciaram o ensino fundamental, não o concluindo, abandonando na maioria das vezes seus estudos para cuidarem somente dos filhos e do lar. Com isso, ficaram dependentes financeiramente do agressor, levando-as, a permanecer por um longo tempo em uma situação de violência. Apesar da dependência financeira ter sido o principal fator que as impedissem de romper com a violência, todavia, não foi o único, pois existiram outros motivos, como o medo e a questão sentimental. Entre os tipos de violência contra a mulher, a que mais se destacou foi à violência psicológica, porém, essa não ocorreu isoladamente, ela vinha acompanhada de outros tipos de violência, como a violência moral e a física. Notou-se ainda, que elas foram atendidas em instituições e serviços que desenvolvem trabalhos de orientação, prevenção, encaminhamentos e outros meios direcionados a mulher, aos familiares e ao agressor. Conclui-se que estudos como esse possibilitam visibilidade das situações de violência feminina e que ao ser socializado é possível um repensar das práticas no campo da saúde da mulher, com planejamentos e estratégias nas quais visem à prevenção dos maus-tratos contra as mulheres.

Palavras Chaves: Violência contra a Mulher. Serviços de Atendimento.

SERAFIM, Márcia Luana Firmino. **Violence against Women: a documentary analysis of complaints in a reference center.** Research Report (Bachelor of Nursing) - Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2013.

ABSTRACT

The violence against women constitutes a social problem worldwide that affects women of all ages, social classes, races, educational levels, and may be related to power, privileges and male dominance. Thus, this study aims to understand the causes and consequences of violence on women, characterize the social profile, demographic and health of women victims of violence; identify the aggressor, place and type of violence and investigate Intersectoriality in attention to women victim of violence. From the methodological point of view, it is a descriptive study, document and quantitative approach, consists of 80 forms prepared and filled from the records of attendances women victims of violence at the Center Reference Service Women Susane Alves da Silva (CRAM) of the city of Cajazeiras/PB, from July 2010 to October 2012. The data were organized and presented in graphs and tables, and confronted with the literature. The study followed 196/96 of the National Health. The results revealed that most of the aggressors, maintains a relationship with the woman being the main aggressor's husband or partner and your home should be a place of protection, becomes the main site of the attacks. Many of these women started elementary school, not completing, abandoning most of the time their studies only to take care of the children and the home. With this, they were financially dependent on the aggressor, leading them to stay for a long time in a situation of violence. Despite the financial dependence have been the main factor that prevented the break with violence, however, was not the only one, because there were other reasons, such as fear and sentimental issue. Among the types of violence against women, the one that stood out was the psychological violence, however, this did not occur in isolation, it was accompanied by other types of violence, such as physical and moral violence. It was also noted that they were cared for in institutions and services which work guidance, prevention, referrals and other media directed at women, the family and the aggress. It is concluded that such studies allow visibility of female violence and situations that can be socialized to a rethinking of practices in the field of women's health, with plans and strategies which aim at the prevention of abuse against women.

Key Words: Violence against Women. Answering Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	15
2.2 ABORDAGEM HISTÓRICA SOBRE A VIOLÊNCIA FEMININA.....	16
2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, OS PRINCIPAIS AGRESSORES E AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA.....	17
2.4 DADOS ESTATÍSTICOS DA VIOLÊNCIA FEMININA.....	22
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À MULHER E SERVIÇOS DE APOIO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	24
2.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....	30
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	33
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DA MULHER	38
4.2 PERFIL DE SAÚDE DA MULHER	43
4.3 DADOS DA VIOLÊNCIA.....	46
4.4 ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	53
5 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE A - FORMULÁRIO	65
APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	67
APÊNDICE C - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA	68
APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	69
ANEXOS	70
ANEXO A - FICHA DE ATENDIMENTO	71

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, também conhecida como violência de gênero, constitui-se em um problema social mundial que acomete mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, níveis de escolaridade; e pode está relacionado ao poder, aos privilégios e ao domínio masculino.

Historicamente, esse problema sempre existiu, desde civilizações antigas até a Idade Média e Moderna, pois a mulher sempre foi vista como sexo frágil, submissa ao pai ou ao marido, não exercendo nenhum papel na sociedade e limitando-se apenas a atividades que deveria desempenhar no casamento (LUZ e FUCHINA, 2009; SILVA, 2008).

Essa violência, vivida de forma silenciosa e individualizada, só teve destaque a partir da década de 1960, por meio dos movimentos feministas e do reconhecimento dos direitos humanitários das mulheres. Desde então, muitos grupos se especializaram para enfrentar a problemática e, sobretudo, buscar a proteção da mulher (RANGEL E OLIVEIRA, 2010).

Para tanto, esses grupos resolveram classificar a violência feminina em violência doméstica, violência sexual, abuso e exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, assédio sexual no trabalho, assédio moral, tráfico de mulheres e violência institucional (BRASIL, 2007a).

Ao certo, é que independente do tipo de violência, ela pode ser gerada a partir de motivos como a desigualdade econômica, o problema mental, o ciúme e sentimento de posse, o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, e até o aspecto cultural. E apesar do marido ou companheiro serem considerados os principais agressores, não são os únicos, podendo também ser um membro da família, vizinhos, conhecidos, e até mesmo mulheres que podem agredir mulheres (SÃO PAULO, 2007).

Como consequência, esse fenômeno ocasiona danos físicos, morais, mentais e sociais; disfunções sexuais e reprodutivas; compromete o bem-estar, autoestima, segurança, educação, desenvolvimento pessoal, e em alguns casos, causa a morte da mulher.

Com esse cenário, a violência feminina fez emergir a criação de políticas públicas e de serviços especializados como: Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher, Hospitais, Defensoria Pública, Casas de Abrigo, Instituto Médico Legal a violência, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (DEPCA), Conselho Tutelar, Ministério Público (GROSSI; TAVARES e OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, embora a violência feminina seja um fenômeno reconhecido através dessas políticas e serviços, os dados estatísticos existentes não podem ser considerados totalmente reais, devido ao fato de muitas mulheres não denunciarem as agressões sofridas por medo, vergonha, insegurança, constrangimento, dependência financeira, questões emocionais e preservação da família. E o que se sabe sobre o assunto é com base em poucos estudos realizados por organizações não governamentais na área de violência doméstica, ou através da mídia (SILVA, 2008; BRASIL, 2007a).

Para que os dados não sejam subnotificados, é necessário que ocorra intersetorialidade entre os serviços que atendam a mulher vítima de violência através do envolvimento de profissionais que possam detectar os casos e intervir de maneira adequada diante das agressões.

Nesse sentido, os serviços públicos de atenção à saúde também precisam assegurar atendimentos específicos de proteção à mulher para combater as discriminações típicas do gênero e construir condições básicas de cidadania feminina.

O enfermeiro como co-participante desse processo, poderá reconhecer, acolher, cuidar, prevenir e intervir nas consequências geradas pela violência. Poderá também elaborar um plano de cuidado voltado a partir das necessidades sociais que atendam ao contexto vivencial de cada mulher; e atuar junto a outros serviços de proteção.

Para tanto, é fundamental que haja integração entre as informações geradas em cada serviço para que todos possam atuar conforme suas competências. A organização dos dados facilitaria o trabalho também de pesquisadores, no sentido de dar visibilidade ao problema, além de orientar as autoridades a tomarem decisões com o objetivo de prevenir ou minimizar os efeitos dessa violência.

Sabe-se, no entanto, que esses dados ainda são escassos, principalmente quando se trata de municípios de pequeno porte, pois se acredita que nestes, a violência feminina não é tão expressiva, fazendo-se desnecessários estudos sobre a temática.

Ao certo, é que o tema violência contra a mulher é uma questão importante a ser estudada independente da época e local, pois à medida que se permite a construção de novos conhecimentos e melhor compreensão de suas causas e efeitos, também se podem orientar intervenções profissionais mais seguras, apoiadas em conhecimentos teóricos mais atualizados.

Considera-se ainda, que as discussões sobre esse tema não são recentes na nossa sociedade, pois tem sido enfocada em diferentes épocas e atualmente vem ganhando espaço

cada vez maior através da mídia, através das pesquisas, da política, da religião e até mesmo no cotidiano dos indivíduos da sociedade moderna.

Dessa forma, o presente estudo pretende responder a seguinte questão condutora: como se apresenta a violência contra a mulher em Cajazeiras/PB e quais as ações que estão sendo prioritárias de intervenção?

A pesquisa se justifica quando foi verificada a existência do Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva (CRAM) e nenhum estudo realizado nesse local e publicado em revistas eletrônicas, tornando-se um espaço para explorar informações relevantes sobre a violência contra a mulher.

Buscou-se então, conhecer como a realidade local, visto que pesquisas desenvolvidas com essa temática poderão fornecer subsídios relevantes para a construção de outras políticas públicas voltadas para as reais necessidades da mulher brasileira vítima de violência.

Nos serviços, a pesquisa contribuirá para nortear o plano de ação e favorecer intervenções que objetivem a melhoria da atenção proporcionada às vítimas de violência. Os profissionais tendo acesso aos dados poderão viabilizar mudanças efetivas e duradouras. E os enfermeiros poderão atuar de forma direcionada nos serviços de saúde.

Para a cidade de Cajazeiras – Paraíba, o estudo subsidiará ações à mulher vítima de violência a partir dos dados encontrados. No âmbito acadêmico, o resultado da pesquisa ao ser socializado, possibilitará um repensar das práticas no campo da saúde da mulher.

Portanto, o objetivo geral do estudo foi conhecer as causas e consequências da violência em mulheres. E os objetivos específicos foram caracterizar o perfil social, demográfico e de saúde das mulheres vítimas de violência; identificar o agressor, local e tipo de violência; investigar a intersetorialidade na atenção a mulher vítima de violência.

O presente trabalho encontra-se estruturado em uma sequência de cinco capítulos, sendo este, o capítulo I e introdutório, no qual apresenta o tema e o problema de pesquisa, e informa o objetivo geral e os específicos do trabalho, além de apresentar a justificativa e a estrutura do trabalho.

Em seguida, no capítulo II é apresentado o referencial teórico no qual trata de abordar o conceito da violência contra a mulher, uma breve abordagem histórica dessa violência, os tipos de violência contra a mulher, os principais agressores, bem como suas consequências. O capítulo II trata ainda dos dados estatísticos da violência feminina, das políticas públicas de proteção à mulher, dos serviços de apoio à vítima de violência e da atuação do enfermeiro à mulher vítima de violência.

No capítulo III deste trabalho, são apresentados os aspectos metodológicos desenvolvidos no contexto da Violência contra a Mulher, evidenciando o tipo de estudo, o local da pesquisa, a população e amostra da pesquisa e o tratamento dos dados.

Em seguida, o capítulo IV concentra-se na análise e discussão dos resultados. E por fim, o capítulo V apresenta a conclusão geral referente ao objeto desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

No Brasil, a preocupação com os direitos e deveres da mulher, iniciada a partir das lutas femininas no início dos anos 80, trouxe à tona a violência contra a mulher, por ser considerada como um problema de saúde que antes estava encoberto pela sociedade.

Uma triste realidade que acontece no mundo inteiro e que acomete mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, níveis de escolaridade, dentre outros, e que ainda persiste, marcada por uma trajetória de abusos físicos e sexuais, maus-tratos, espancamentos e por um processo lento em busca de humanização e justiça.

A violência contra a mulher, também denominada de violência de gênero, é definida como qualquer conduta que cause dano à saúde ou até mesmo a morte da mulher. É um problema ligado ao poder, que ocorre tanto no ambiente social como no ambiente privado, infringindo de modo significativo o direito à vida, à saúde e à integridade física da mulher (BRASIL, 2002).

Para Pinafi (2007), essa violência é toda e qualquer conduta que tenha por base o gênero, e que possa causar à mulher consequências como: morte, dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou emocional. Segundo o Ministério da Saúde, é um fenômeno que ocorre em todos os países do mundo, atingindo todas as classes sociais, independentemente de idade, cor, religião, cultura, opção sexual ou condição social (BRASIL, 2005a).

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos de Pernambuco, no dossiê feito sobre Violência contra a Mulher (2001), refere-se à violência de gênero como um problema que está relacionado ao poder, aos privilégios e domínio masculinos, gerando, acima de tudo, efeitos sociais ao comprometer o bem-estar, a segurança, a educação e desenvolvimento pessoal e a auto-estima das mulheres.

Vieira (2011) afirma que há uma carência de informações sobre os tipos de violência e seus conceitos, usando a categoria violência contra a mulher como sinônimo de violência de gênero, e usando o termo violência doméstica como sinônimo de violência intrafamiliar. Os termos *violência contra a mulher*, *violência intrafamiliar* e *violência doméstica* surgiram a partir da década de 1950 e só a partir da década de 1990 foi denominado também o termo *violência de gênero* (OKABE; FONSECA, 2009).

Já Celmer (2010) relata que embora a maioria dos estudos conceitue o tema violência contra a mulher como sinônimo de violência doméstica, violência conjugal e

violência familiar, há uma distinção terminológica entre elas. A violência contra a mulher conforme a convenção de Belém do Pará é toda ação ou conduta que tenha por base o gênero, que cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no espaço público como no espaço privado, e de acordo com a autora, a violência contra a mulher engloba a violência doméstica, a violência familiar e a violência conjugal.

Por violência doméstica, a mesma autora entende como qualquer ato que venha a agredir física, sexual ou psicologicamente não só a mulher, mas, a qualquer pessoa que coabitem a mesma casa. Já a violência familiar está relacionada especificamente a agressões físicas e psicológicas entre os membros da família. Por fim, a violência conjugal é compreendida como qualquer comportamento agressivo contra cônjuge, companheira (o) ou namorada (o).

Celmer (2010) ainda complementa afirmando que a violência conjugal não se deve restringir apenas a violência do marido contra a esposa, pois, existem as agressões entre os casais de namorados heterossexuais e violência conjugal que ocorre entre lésbicas, existindo ainda, embora pouco frequente, a violência conjugal praticada pela mulher contra o homem.

2.2 ABORDAGEM HISTÓRICA SOBRE A VIOLÊNCIA FEMININA

Estes atos conscientes para se obter poder e controle sobre a mulher sempre estiveram presentes na história da humanidade, desde as civilizações antigas até a Idade Média e Moderna, onde a mulher sempre exerceu papel secundário e sempre foi vista como frágil e submissa, não podia participar da vida pública e, com isso, não exercia o direito de cidadã.

Com uma educação voltada para o casamento e para as atividades que deveria desempenhar como mãe e esposa, as mulheres aprendiam desde criança a honrar, obedecer e respeitar a figura masculina, ficando submissa e sob autoridade total e exclusiva do marido. Eram na grande maioria analfabetas e não exerciam função política e religiosa (LUZ; FUCHINA, 2009).

Para Rangel e Oliveira (2010) a violência contra as mulheres sempre existiu ao longo da história e ela varia de acordo com os contextos sociais, econômicos e culturais de cada sociedade. Mas, de certa forma, é considerada um problema recente, pois só teve

destaque a partir da década de 1960, por meio dos movimentos feministas e do reconhecimento dos direitos humanitários das mulheres.

Neste contexto histórico, a violência era vivida de forma silenciosa e individualizada, porém, percebe-se que ela existia e era praticada por meio da autoridade que o homem exercia sobre a mulher, tratando-a como sua propriedade, dono do seu destino e do seu corpo.

Com a industrialização e a urbanização muitas mulheres passaram a trabalhar fora de casa, a estudar e a ter direito ao voto. Mas, mesmo com tais avanços, as mulheres continuaram sendo exploradas pelo mundo capitalista (pelo mercado de trabalho), com a finalidade de obter lucro, pois representavam mão-de-obra barata e de fácil exploração pelo capital. Elas possuíam menores salários e carga horária de trabalho excedente. Além do seu trabalho, muitas mulheres eram obrigadas a buscarem uma complementação para a renda familiar (SANTOS, 2008).

A partir de um processo evolutivo da sociedade, e na tentativa de evitar estes frequentes abusos, o Estado buscou regularizar as relações de trabalho da mulher, estabelecendo efetiva permanência no mercado de trabalho com suas garantias asseguradas juridicamente. Foi somente a partir do século XIX que a situação da mulher começa a se modificar no Brasil e no mundo, através de movimentos sociais feministas que lutavam pela igualdade de direitos e de gênero (LUZ e FUCHINA, 2009; SILVA, 2008).

A mulher, cada vez mais, adquiria conhecimentos sobre seus direitos e deveres e possuía mais liberdade de expressão, possibilitando mudanças em sua vida e impotência do marido diante dos acontecimentos. Com isso, surgiram nesta época as agressões e os crimes, no qual se perpetuam até os dias de hoje (SANTOS, 2008).

2.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, OS PRINCIPAIS AGRESSORES E AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA

Atualmente, existem várias classificações para os tipos de violência contra mulher. Dentre elas, estão as descritas pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que reconheceu e classificou a violência de forma mais completa em sete tipos: violência doméstica (que pode ser física, psicológica, sexual, moral e patrimonial), violência sexual, abuso e exploração sexual de mulheres adolescentes/jovens, assédio sexual no trabalho, assédio moral, tráfico de mulheres e violência institucional (BRASIL, 2007a).

No entanto, é fundamental dialogar textualmente sobre cada uma dessas classificações. Assim, a **violência doméstica** é qualquer ação ou conduta que cause dano à integridade física, psicológica e moral da mulher ou até a morte da mesma. Esse tipo de violência ocorre dentro do próprio lar e o agressor na maioria das vezes costuma ser um membro da família que convive ou já tenha convivido com a vítima (BRASIL, 2007a).

A violência doméstica contra a mulher compreende de *Violência física*, entendida como qualquer conduta que venha a agredir, por meio da força física ou com qualquer tipo de arma, o corpo da mulher, que inclui: empurrões, arranhões, chutes, socos, fraturas, queimaduras, estrangulamentos, uso de arma de fogo, ou arma branca (facas, estiletes, móveis), entre outros. Este tipo de violência contra a mulher é a mais evidente, pois reflete no seu aspecto físico (BRASIL, 2007a);

A *Violência psicológica*, que segundo Silva (2008) é o tipo de violência mais difícil de ser detectado, pois não deixam cicatrizes pelo corpo, as marcas são de natureza emocional e psicológicas. E a mulher que sofre essa agressão se sente responsável pelo ato hostil que está sofrendo. Esses atos agressivos visam controlar as ações, condutas, decisões e crenças, por meio de manipulação, humilhação, ameaças, ofensas, chantagens e intimidações acarretando prejuízo à saúde psicológica e ao desenvolvimento pessoal;

A *Violência sexual*, que compreende qualquer ato que obrigue a vítima a presenciar ou a manter relação sexual indesejada, assim como qualquer conduta que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que a impeça o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, por meio de força, coerção, suborno, chantagens ou ameaças (BRASIL, 2007a);

A *Violência moral*, como consta no artigo 7º da lei 11.340/2006, é entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria; e a *Violência patrimonial*, que é entendida como qualquer conduta que possa dificultar a autonomia feminina, evidenciada por meio da retenção e/ou destruição parcial ou total de seus instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos (BRASIL, 2007a).

Com relação à **violência sexual**, foi observado que é um tipo de violência que acontece nas mais diversas classes sociais e culturais, compreendendo uma variedade de atos ou tentativas de manter contato físico ou sexual por meio da força física, intimidação, repressão, suborno, ameaça ou qualquer outro ato que anula a vontade individual. Desta forma, podem ser considerados atos sexualmente violentos: o estupro cometido por estranhos; as investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como

pagamento de favores; a participação forçada em pornografia; o abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes; a negação do direito de usar anticoncepcionais ou de adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis; aborto forçado; os atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, inclusive mutilação genital feminina e exames obrigatórios de virgindade (TAQUETTE, 2007).

Outro tipo de violência contra a mulher é o **abuso e exploração sexual comercial de mulheres adolescentes/jovens**, que é considerado grave problema social e prática criminosa. Nesse sentido, representa uma violação de direitos humanos (principalmente no que se refere ao direito do desenvolvimento de uma sexualidade saudável) e forma de ameaça à integridade física e psicossocial.

Conforme Taquette (2007) há três formas primárias de exploração sexual comercial – a *prostituição*, a *pornografia* e o *tráfico com fins sexuais*, incluindo o turismo sexual – que apresentam uma relação entre si. No que se refere à violação, esta se encontra relacionada aos tipos transação comercial, como também pode ser pela troca e/ou benefício em dinheiro, ofertas ou bens, explorando sexualmente menores de 18 anos. É comum ver em muitos lugares um mercado com fins sexuais, onde o corpo de adolescentes é usado para abuso e exploração em um mercado consumidor, que realiza atos clandestinos e ilegais, relacionados ao crime organizado, ao tráfico sexual internacional ou às redes de pornografia e erotização de crianças e adolescentes. Na grande maioria das vezes os abusados e explorados são mulheres das mais diferentes classes, geralmente de cidades de interior ou bairros de periferia; e a demanda consumidora é do sexo masculino e com faixa etária mais avançada (TAQUETTE, 2007).

A respeito do **assédio moral e sexual nas relações de trabalho**, este pode ser caracterizado pelo ato de expor os trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras que ocorrem repetitivamente e de forma prolongada nas relações de trabalho, na qual são praticadas por um ou mais chefes contra seus subordinados. O assédio moral e sexual expõe as pessoas, com o objetivo de desqualificar e desestabilizar emocionalmente a relação entre vítima e o ambiente de trabalho, podendo causar desordens emocionais, afetar a dignidade e identidade da pessoa humana, modificar valores, motivar danos psíquicos, interferir na saúde de forma negativa e na qualidade de vida, como também pode até levar à morte. Percebe-se que é um tipo de violência contra a mulher que acontece frequentemente, não apenas na iniciativa privada, mas também nas instituições públicas. Este tipo de crime contribui para a discriminação no ambiente de trabalho, como também para a degradação das relações de trabalho e a exclusão social (TAQUETTE, 2007).

O **tráfico de mulheres**, outra forma de violência contra a mulher, foi definido pela Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos como o ato de aliciar, transportar ou acolher mulheres por meio de força, ameaça, rapto, engano, abuso de autoridade ou outro tipo de situação que implique na entrega ou na aceitação de pagamentos como meio de se obter o domínio de uma pessoa para fins de abuso e exploração. A Política Nacional ainda menciona que esse tipo de violência inclui a exploração da prostituição ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, as práticas de escravatura ou práticas semelhantes a esta, a servidão ou a remoção de órgãos (BRASIL, 2007b).

Por fim, no que se refere à **violência institucional**, pode-se entender que é aquela exercida pela falta ou má qualidade de atendimento nos serviços públicos, praticada por agentes que deveriam assegurar uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de ofensa pessoal ou prejuízo moral, abrangendo desde a ausência de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados até a violação cometida pelas relações desiguais de poder entre profissional e aquele que possui ou desfruta alguma coisa pelo direito de uso. Essa forma de violência poder ser identificada de diferentes formas: falta de atenção e tempo para a clientela; rispidez e negligência; discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar (TAQUETTE, 2007).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres menciona que na violência institucional as mulheres enfrentam problemas de julgamento, de desrespeito à autonomia, são obrigadas a repetir a história de violência várias vezes, sofrem discriminação em relação à raça/etnia, classe, orientação sexual e religião. Como também são privadas de seus direitos humanos (especialmente o sexual e o reprodutivo) quando estão em situação de prisão (BRASIL, 2007a).

A violência contra a mulher configura-se como um problema grave, sobretudo no âmbito familiar. Diversas pesquisas têm sido realizadas em diferentes países, no sentido de encontrar as causas da violência contra a mulher, quem são os agressores, e finalmente porque poucas denunciam aos órgãos competentes. Apesar dos maridos ou companheiros serem os agressores mais comuns, os agressores pode ser também um membro da família, como pais, filhos, tios ou qualquer outro parente, assim como vizinhos e conhecidos, e até mesmo mulheres que podem agredir mulheres, e muitas vezes o fazem (SÃO PAULO, 2007).

Embora os homens também possam sofrer violência, a violência contra a mulher ainda é a mais comum, apresentando alta prevalência na nossa sociedade brasileira e no

mundo. Isso se deve em parte às desigualdades de gênero em muitas sociedades, ou seja, desigualdades do poder social e econômico que ainda existe entre homens e mulheres. Porém, segundo Silva (2008), além da desigualdade econômica, existem vários motivos que levam os homens a agredirem as mulheres, como o ciúme da companheira, o sentimento de posse, o uso bebidas alcoólicas e outras drogas, e até o aspecto cultural.

Langley & Levy (1980) revelam quanto aos questionamentos acerca das causas, que a doença mental, o uso de álcool e drogas, a impunidade por parte do público, a falta de comunicação, o sexo, o sentimento de posse do homem em relação à mulher, a frustração, auto-imagem vulnerável e a agressão como recurso para resolver problemas, são as principais causas de violência principalmente dentro do próprio lar. Essas agressões vão se tornando cada vez mais repetitivas e gradualmente mais graves. E muitas mulheres, na maioria das vezes, se calam por medo, vergonha, insegurança, constrangimento, por dependência financeira e emocional e até para preservar sua família.

Estes tipos de agressões se apresentam de forma continuada e, por insegurança e fragilidade por parte da mulher ou até mesmo pela desconsideração ou despreparo de algumas autoridades no que se refere à apuração e punição de tais atos, faz com que a vítima se sinta sem estímulo para denunciar (SILVA, 2008).

A violência doméstica é um problema extremamente frequente, avaliado de forma silenciosa e podendo afetar qualquer pessoa. Ela repercute de forma significativa na saúde da mulher, proporcionando um aumento pela procura dos serviços de saúde, em busca de assistência adequada por parte das vítimas. Mulheres em situação de violência apresentam mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam tais circunstâncias. Na maioria das vezes, esta assistência prestada não tem resolubilidade, proporcionando piora à saúde da mulher e com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo.

O sofrimento crônico causado pela agressividade provavelmente impede a mulher de cuidar dos outros e até de si mesma, sendo elas propensas ao abuso excessivo de álcool, cigarro e outras drogas, demoram a iniciar o pré-natal, ficam inseguras durante a relação sexual e não realizam o exame de prevenção de câncer cérvico-uterino (SCHRAIBER et al., 2002). Assim como o maior número de complicações sexuais e reprodutivas, os agravos físicos e psicológicos são também de difíceis soluções.

A abordagem desse problema nos serviços requer técnicas específicas de conversa e um bom conhecimento da existência de referências jurídicas, policiais, de serviço social, psicológicas, de ONGs, de organizações religiosas, esportivas e culturais, para que haja o

apoio adequado do profissional à mulher, e o ajude também a tomar a melhor decisão sobre o caso (SÃO PAULO, 2007).

A violência contra a mulher é considerada um grave problema de saúde pública devido às várias consequências que ela acarreta, desde consequências físicas até emocionais. Dentre as físicas pode-se citar: lesões abdominais e torácicas, contusões, edemas e hematomas, dor crônica, invalidez, fraturas, distúrbios gastrintestinais, cefaléias, dor abdominal, queimaduras, lacerações e escoriações, dano ocular, fadiga crônica, alterações no peso (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Como consequências sexuais e reprodutivas, aparecem os distúrbios ginecológicos, infertilidade, doença inflamatória pélvica crônica, complicações na gravidez, aborto espontâneo, disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, retardo no desenvolvimento intra-uterino, morte fetal e materna (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Almeida e Diniz (2004) afirmam que as mulheres em situação de violência apresentam maior vulnerabilidade a distúrbios psicológicos, afecções ginecológicas e do trato geniturinário, dilacerações, DST, gravidez e traumatismos, e outras formas de violência.

Dentre as consequências psicológicas e comportamentais nas mulheres em situação de violência está o uso de álcool e drogas, depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, inatividade física, baixa auto-estima, comportamento sexual inseguro, fobias e síndrome do pânico, comportamentos suicidas e autoflagelo (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A orientação de abordagens com relação ao comprometimento no sofrimento psíquico nas mulheres expõe o risco de suicídios dessa parcela do segmento feminino (PORTO; LUZ, 2004; VIEIRA et al., 2008).

2.4 DADOS ESTATÍSTICOS DA VIOLÊNCIA FEMININA

Embora, em nossa sociedade a violência contra a população feminina seja um fenômeno reconhecidamente presente, os dados estatísticos existentes ainda são escassos, devido ao fato de muitas mulheres não denunciarem as agressões sofridas. O que sabemos sobre o assunto é com base em poucos estudos realizados por organizações não governamentais na área de violência doméstica.

A Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC realizou em 2010 a *Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*, no qual apresentou os seguintes dados: uma em cada cinco mulheres relata já ter sofrido algum tipo de violência, por parte de algum homem, conhecido ou desconhecido. 91% dos homens dizem considerar que “bater em mulher é errado em qualquer situação”. 80% dos casos de agressão são realizados pelo parceiro (marido ou namorado) (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Outra pesquisa a respeito das *Percepções sobre a Violência Doméstica contra a Mulher no Brasil*, realizada pelo Instituto AVON/IPSOS entre 31 de janeiro a 10 de fevereiro de 2011, revelou que: seis em cada 10 brasileiros conhecem alguma mulher que foi vítima de violência doméstica. Dos tipos de violência a que mais se destaca é a física (47%); 15% apontaram o sexo forçado como uma agressão grave sofrida. Machismo (46%) e alcoolismo (31%) são apontados como principais fatores que contribuem para a violência. A dependência econômica (27%), a preocupação com os filhos (20%), seguida do medo de romper a relação (17%), foram as principais causas da permanência na relação violenta. 94% relatam conhecer a Lei Maria da Penha, mas apenas 13% sabem seu conteúdo. E 60% dos entrevistados pensam que o agressor vai preso, logo após ser denunciado. 52% acham que juízes e policiais desqualificam o problema, o que leva a população a não confiarem na justiça (INSTITUTO AVON/IPSOS, 2011).

Segundo Diniz (2011), do Grupo UN/Nordeste, após um levantamento feito na região, cerca de 70% das mulheres que mantêm relacionamentos amigáveis já sofreram qualquer tipo de agressão física ou psicológica. Os estados do Ceará, da Bahia e do Rio Grande do Norte são os que apresentam os piores resultados. Somente em 2011, pelo menos 250 mulheres foram mortas e grande parte dos inquéritos policiais nesses estados permanece parada, mesmo sabendo que os criminosos são na maioria os maridos ou ex-namorados. A violência doméstica responde por 80% dos casos de agressões e mortes contra mulheres e, atualmente, o Nordeste apresenta 39% das denúncias de agressividade contra o sexo feminino, seguida pelo Sudeste, com 34%.

Na Paraíba, a violência vem aumentando a cada dia. De acordo com a redação do ExpressoPB (2012), o *Centro da Mulher 8 de Março* (João Pessoa/PB) registrou, no ano de 2012, 26 homicídios, 17 tentativas de homicídios, 16 estupros e 18 vítimas de agressão física. Sendo que destes 26 assassinatos, apenas um acusado foi preso.

Todos esses dados chamam a atenção para a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas.

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO À MULHER E SERVIÇOS DE APOIO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

No Brasil, as primeiras Políticas Nacionais de Saúde da Mulher tratavam-se apenas de dar suporte à gravidez e ao parto, no qual os programas preconizavam ações de proteção materno-infantil em situações de risco. Mais uma vez a mulher se limitava, apenas, ao papel de mãe, responsável pela criação, educação e saúde de seus filhos. Nesta época, o que se notava era a falta de interação de outros programas e ações propostos pelo Governo Federal, como também que as desigualdades existentes entre homens e mulheres repercutiam na saúde da mulher (BRASIL, 2011b).

Buscou-se, então, identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças nas relações entre homens e mulheres e melhoria na qualidade da vida mulher, não só no momento da gestação e do parto, mas em todos os ciclos de sua vida. Ações que contemplassem todas as mulheres, independente de sua condição social, econômica, cultural, enfim, mulheres de diferentes grupos populacionais.

Em 1984, influenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, assim como ações de prevenção, tratamento e recuperação, assistindo à mulher na área de ginecologia, DST, câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, e em outras necessidades individuais identificadas em cada mulher (BRASIL, 1984).

No entanto, embora a implementação do PAISM tenha proporcionado avanços significativos, ainda permaneceu como um desafio para as políticas públicas e para o movimento de mulheres, principalmente as mulheres que não possuíam estabilidade econômica e social, e que se encontrava em situações de violência doméstica e familiar.

A violência contra a mulher foi definido como um problema grave de saúde pública por afetar de modo significativo a saúde individual da mulher e de todos que mantêm um vínculo com a vítima. Como violação dos direitos humanos, esse problema requer a articulação de políticas públicas específicas e eficazes e de formação de serviços que busquem a prevenção, redução e controle desse agravo (MINAYO; GOMES e SILVA, 2005).

Em busca das igualdades de direitos entre homens e mulheres e melhores condições de vida, surge, no Brasil, os movimentos feministas na década de 80. Concomitante

a estas reivindicações, vários grupos também se formaram no intuito de enfrentar todos os tipos de violência que vinham ocorrendo com meninas e mulheres (BLAY, 2003).

Neste contexto, a violência de gênero é uma questão social e política que tem sido objeto de trabalho incansável e articulado dos movimentos feministas e de outros grupos de defesa dos direitos femininos, iniciados a partir da década de 80. Essas lutas foram responsáveis por denunciar a dor e o medo de muitas mulheres e de seus familiares, incluindo-a assim, na Política das Violações de Direitos Humanos e tornando essa questão como algo de dimensão pública e coletiva.

As primeiras manifestações e mobilizações brasileiras buscavam punir os chamados crimes passionais daquela época e reivindicar, junto ao Estado, políticas que trouxessem respostas institucionais de prevenção. Por meio de intervenções sociais e jurídicas essas reivindicações requeriam a revogação do instituto da “legítima defesa da honra” e levantavam bandeiras com os seguintes slogans “Quem ama não mata!” e “O silêncio é cúmplice da violência” (DUARTE; CARMO e LUZ, 2008).

Os primeiros estudos sobre esse tema partiram de pesquisas empíricas realizadas a partir de denúncias nos distritos policiais e das práticas feministas não governamentais de atendimento às mulheres, que consistiam em identificar os crimes mais denunciados, quem eram as mulheres vítimas e quem eram os agressores (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Uma das primeiras conquistas do movimento de mulheres no Brasil foi à criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) na cidade de São Paulo, em 1985. Posteriormente a esse acontecimento outras delegacias foram instaladas no Estado de São Paulo e nas capitais de outros Estados, concedendo maior visibilidade ao problema, porém, o que as DDM buscavam se restringia apenas à questão de punir os agressores (CELMER, 2010).

Outra conquista importante na década de 80 foi à criação das coordenadorias da mulher em diversos Estados e Municípios, na qual proporcionaram várias campanhas publicitárias nacionais contra a violência feminina e a idéia de criar a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA; 2008).

Segundo Camargo e Aquino (2003) foi somente a partir dos anos 90 que os serviços de saúde adotaram políticas que visavam diagnosticar a violência doméstica e oferecer apoio à saúde nos casos de violência sexual, violência contra a criança e outros abusos. Ainda nessa época surgiram as primeiras casas-abrigo como proteção às mulheres que denunciavam seus agressores. Essas casas surgiram também a partir de reivindicações femininas e eram apoiadas pelas delegacias.

De forma significativa, os anos 90 foram marcados por muitas mobilizações e lutas contra a violência, principalmente a doméstica. As mobilizações femininas juntamente com parte da população realizaram vários eventos, destacando-se principalmente a Convenção Interamericana de 1994 (Convenção de Belém do Pará) que buscava prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Assim como a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (1995), ambos trataram dos temas violência sexual, violência de gênero e todas as formas de discriminação contra a mulher, os direitos e sua autonomia (GROSSI; TAVARES e OLIVEIRA, 2008).

Grossi, Tavares e Oliveira (2008) relatam que muitos serviços voltados para a questão da mulher em situação de violência foram implantados nos últimos 20 anos, como as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher, as Casas Abrigo, os Postos de Saúde, a Defensoria Pública, o IML, dentre outros. Também ainda destacam os serviços de atenção voltados para a questão da violência sexual, como a prevenção e profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), atenção aos casos de gravidez indesejada e realização, quando necessário, do aborto legal.

Somente a partir de 2003, estabelece-se a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, um programa da Presidência da República, destacando o compromisso com programas de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher (GROSSI; TAVARES e OLIVEIRA, 2008).

Em 2004, foi instituída a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, voltada para mulheres em todos os ciclos de vida, de todas as idades e, principalmente, mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras. Buscou-se, então, o atendimento à mulher de forma singular com ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, com ênfase no combate à violência, executadas nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) (BRASIL, 2007c).

Neste mesmo ano foi elaborado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) a partir das diretrizes definidas na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM). Esse plano é resultado da mobilização das mulheres junto à população, na busca pela igualdade de direitos e deveres, pela saúde integral a mulher e pelo fortalecimento de práticas no enfrentamento da violência contra o sexo feminino (BRASIL, 2005a).

Dessa forma, na trajetória evolutiva das políticas, passa a dispor em 22 de setembro de 2006, a Lei nº 11.340 – conhecida como Lei Maria da Penha, um instrumento legal para proteção e prevenção da violência, criando mecanismos para coibir e prevenir a

violência, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, que dá cumprimento à Convenção de Belém do Pará, para prevenir, punir e erradicar a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006).

Ao representar um importante marco de efetivação da política para as mulheres, essa lei criou os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher com competência cível e criminal. Além do mais, estabeleceu medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência; reforçou a atuação das Delegacias de Atendimento à Mulher, da Defensoria Pública e do Ministério Público e da rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência doméstica e familiar; fixou as diretrizes das políticas públicas e ações integradas para a prevenção e erradicação da violência doméstica, entres outras (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2008).

Nesta esteira de conquistas políticas, em agosto de 2007 foi realizada a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) que resultou no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Esse plano está organizado em 11 eixos (com objetivos, prioridades e metas) que trazem temas discutidos na I e II conferência. É um plano do Governo Federal que visa beneficiar toda a sociedade brasileira, uma vez que busca melhorar a qualidade de vida das brasileiras e melhorar as desigualdades existentes entre homens e mulheres. Para que esse plano seja colocado em prática é necessária a articulação entre as três esferas de governos (Federal, Estadual e Municipal) e o conhecimento e acompanhamento por parte da população das ações que essa política propõe (BRASIL, 2008).

Esse plano requer igualdade e respeito a todos os grupos populacionais, nos diferentes momentos da vida, buscando reconhecer e garantir igualmente os direitos sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais de cada mulher, assim como superação das desigualdades sociais, garante ainda, o respeito aos princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência) e, por último, devem ser garantidos a participação e controle social das mulheres na formação de políticas públicas (BRASIL, 2008).

Mesmo com todas essas conquistas, o atendimento prestado às mulheres, conforme Cavalcanti (2008), não contempla as reais necessidades da vítima, principalmente nas delegacias, onde falta uniformidade na aplicação da Lei nº 11.340/06, assim como a ineficácia das políticas públicas e a impunidade do agressor.

Diante do que foi exposto, para enfrentar a cultura machista e patriarcal é necessário programar políticas públicas que questionem os atos violentos vivenciados pelas

mulheres diariamente e que atuem modificando a discriminação e a incompreensão dos Direitos das Mulheres. Para isso, Blay (2003) afirma que é fundamental estabelecer uma articulação entre os programas dos Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento e demais Ministérios.

Vieira (2011) afirma que para uma desconstrução de uma cultura violenta, faz-se necessário que os conhecimentos machistas adquiridos ao longo da vida e o modo de pensar de cada indivíduo sejam questionados e modificados.

Como já foi descrito, a violência contra a mulher não respeita classe, etnia ou geração, e tem por base as relações desiguais de poder entre homens e mulheres. É uma violação dos direitos humanos, que se expressa de diferentes formas: violência doméstica, violência sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, entre outras. Por isso, faz-se necessário criar meios de enfrentamento para as mulheres vítimas de atos tão brutais, onde esses serviços devem ser diferenciados, prestados de forma qualificada e respeitosa e sem julgamentos.

Com relação aos serviços que atuam em defesa dos direitos das mulheres em situação de violência, o Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher (2003) cita: Delegacias Especializadas, Instituto Médico Legal, Centros de Referência, Casas-Abrigo, Defensoria Pública, Hospitais, além de vários outros setores (BRASIL, 2003).

As Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAM'S) foram criadas no Brasil a partir da década de 80, resultante da pressão de mulheres engajadas na luta contra a violência. As delegacias são as primeiras instâncias na busca de proteção, servindo para dar atendimento e orientação às mulheres vítimas de violência e de outra forma de discriminação. Elas buscam receber as queixas, investigar, apurar os crimes de lesão corporal, ameaça, estupro e atentado violento ao pudor, maus-tratos, constrangimento ilegal, sequestro e cárcere privado, sedução etc, e ainda caracterizar o crime (SILVA, 2008).

O Instituto Médico Legal (IML) ou Departamento Médico Legal (DML), como também é conhecido é um órgão público subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), que presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal. São realizados, além de autópsia, vários outros exames periciais como: exame de lesões corporais, constatação de embriaguez ou intoxicação por qualquer substância, constatação de violência sexual, exame de sanidade mental, constatação de idade, de doença sexualmente transmissível, e todas as demais perícias, necessárias ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos. Sendo um Serviço Técnico-científico à disposição da Polícia e do Judiciário, emite laudos sigilosos que representam peças fundamentais nas

investigações, inquéritos policiais e demais encaminhamentos jurídicos. A mulher vítima da violência passará por exames de corpo de delito para obtenção de provas concretas (RODRIGUES JUNIOR, 2009; BRASIL, 2007a; BARROS e SILVA, 2004).

Há também o Centro de Referência de Atendimento a Mulher (CRAM), um projeto formado por uma equipe interdisciplinar, que visa desenvolver ações para combater a violência feminina e por meio desse atendimento intersetorial e interdisciplinar (psicológico, social e jurídico), resgatar a cidadania das mulheres e fortalecer sua auto-estima. É através de um atendimento especializado de orientação e informação (por telefone e por pessoas qualificadas) que o CRAM encaminha a mulher quando necessário, a outros serviços especializados oferecidos pelo Estado ou Município (BRASIL, 2007a).

As Casas-Abrigo são lugares seguros e provisórios que oferecem atendimento integral, voltado para a promoção da saúde física e mental da mulher e de seus filhos menores e proteção exclusiva a mulheres em situação de violência doméstica que correm risco de morte. Esse ambiente deve proporcionar informação e acesso a atividades e serviços, para que as mulheres possam exercer sua autonomia e seus direitos de cidadãs, assim como recuperar sua auto-estima. As vítimas poderão permanecer nesse serviço por um período mínimo de três meses, no qual deverão reunir condições necessárias para retomar a sua vida. As casas-abrigo desenvolvem atividades internas que capacitam às mulheres, promovendo a inserção da mulher no mercado de trabalho, assim como acesso à escola para aquelas mulheres que querem retomar seus estudos (BRASIL, 2011b).

As condições essenciais para o funcionamento das casas-abrigo são o sigilo (não-divulgação do endereço) e a segurança (serviço de vigilância de 24 horas), que poderá ser provido pelo próprio município ou estado. Ficando por competência da polícia, a proteção pessoal da mulher e de seus filhos menores, fora dos limites físicos da Casa-Abrigo. (BRASIL, 2011b).

As Defensorias Públicas que pertencem ao Estado trata-se de um espaço especializado, que tem como objetivo inibir as ações criminosas, assessorando juridicamente as mulheres vitimadas a se defenderem da violência (BRASIL, 2007a).

Os Hospitais devem prestar assistência à saúde da mulher nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, com apoio de profissionais de assistência social e psicológica. Deve dispor também de um espaço especializado para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, e existem alguns hospitais que oferecem a mulher vítima da violência sexual que engravidou a oportunidade de realizar o aborto previsto por lei (BRASIL, 2005b).

2.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

A violência contra a mulher tem raízes profundas que estão situadas ao longo da história e que são consideradas de difícil desconstrução. De todas as formas que ela se manifesta, a violência doméstica é considerada a mais comum e a violência sexual a mais cruel.

Ambas são violências contra as mulheres que devem ser detectadas pelo profissional de saúde e encaradas como questão de saúde pública, pois as mulheres que sofrem algum tipo de violência podem ter sérios problemas de saúde, que na maioria das vezes não são diagnosticados e de forma menos saudáveis física e mentalmente utilizam mais os serviços de saúde.

A violência não é considerada um vírus ou bactéria, mas afeta intensamente as pessoas tanto fisicamente quanto psicologicamente, causando lesões, traumas e, em último caso, morte, além de estar associada a muitas doenças (RADIS, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde devem prestar atenção nas mulheres que procuram os serviços com manifestações clínicas de violência física, como: tentativas de estrangulamento, queimaduras e em casos mais graves fraturas de ossos em varias partes do corpo, dentre outros; assim como mulheres com doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez indesejada, que podem ser manifestações clínicas crônicas decorrentes de agressões sexuais (BRASIL, 2002).

No entanto, segundo Garbin et al (2006) os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar os casos de violência e, na ampla maioria dos casos, essa dificuldade se dá devido ao despreparo dos profissionais da saúde que gera desinteresse em investigar, falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos e limitar-se somente às lesões físicas.

A detecção dos casos de violência é possível, e a intervenção dos serviços de saúde tem papel fundamental na vida das mulheres em situação de violência na medida que se configura como parte integrante de uma rede de apoio a essas mulheres que buscam atendimento adequado para as consequências das agressões física, mental e reprodutiva (VIEIRA, 2011).

Nesse sentido, a Enfermagem desempenha papel fundamental no reconhecimento, acolhimento, prevenção e intervenção das consequências geradas pela violência, buscando compreender a mulher a partir de sua realidade humana e social de vida, considerando todos os condicionantes envolvidos com a violência.

É nos serviços de saúde que as vítimas normalmente buscam ajuda e tratamento para seus problemas, e por estar em contato direto com a maioria das vítimas, a enfermagem na sua arte do cuidar, fornece a possibilidade de criar vínculos, reconstruindo conceitos sobre a violência e assim traçando ações assistenciais que atendam as necessidades e o contexto vivencial de cada mulher, reduzindo os índices desse agravo e mudando a realidade social (VIEIRA, 2011).

Conforme Ferraz et al (2009), o reconhecimento por parte dos profissionais da saúde acerca dos tipos de violência, as causas e suas consequências, é fundamental para que prestem o cuidado efetivo às vítimas, sendo essencial que esses profissionais estejam capacitados, pois aqueles que estiverem melhor preparados terão condições de estabelecer uma relação de cuidado adequada que vai além de ações técnicas.

Ferraz et al (2009) ainda afirma que as ações de enfermagem devem ser planejadas, a fim de promover segurança, acolhimento, respeito e, dessa forma, buscar satisfazer a necessidade individual de cada mulher vítima da violência. Esse planejamento das ações deve estar relacionado aos instrumentos básicos de enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente, protegendo, assim, as vítimas e prevenindo agravos futuros.

Vieira (2011) complementa afirmando que a enfermagem deve conhecer o conteúdo da legislação vigente a fim de poder respaldar a mulher legalmente, orientando-a e conduzindo-a a sua necessidade de justiça.

Contudo, uma relação de cuidar adequada exige do enfermeiro a utilização de instrumentos fundamentais na sua atividade profissional, fazendo com que melhore a qualidade dos serviços prestados as mulheres em situação de violência. Esses instrumentos envolvem: observação, conhecimento técnico-científico, criatividade, comunicação e escuta ativa, simpatia e bom humor, o toque terapêutico, o cuidado emocional e educacional, a solidariedade, a sensibilidade, as dimensões psicossocial e psicoespiritual, que além de contribuírem para melhorar os serviços, possibilitam o cuidado adequado a vítima que servirá de base para enfrentar o problema (SILVA; TONELLI e LACERDA, 2003).

Para que o cuidado de enfermagem seja alcançado, o enfermeiro precisa envolver acolhimento e a possibilidade de uma rede de apoio, já que a violência, por assumir um contexto multifacetado, precisa de ações interligadas entre os setores da saúde, educação, judiciário, polícia, assistência social, cultura, segurança pública, trabalho, habitação, entre outros. No que diz respeito aos cuidados na enfermagem, faz-se necessário possibilitar escuta ativa com a vítima, sem julgamentos, fortalecendo o vínculo de confiança, para intervir junto à vítima não só nas suas queixas físicas, mas traçando recursos de como lidar com o

problema, fortalecendo a auto-estima da vítima, apoiando-a nas denúncias e acompanhar e encaminhar os casos de violência, quando necessário, a outros órgãos competentes e, assim, ser um agente que promove saúde, previne e combate a disseminação de uma cultura de violência (VIEIRA, 2011).

Nesta perspectiva, o cuidar do ser humano em sua totalidade inclui buscar um conhecimento acerca da violência contra as mulheres, ampliando a compreensão do tema e produzindo conhecimento, em especial para a enfermagem, a fim de que possam elaborar e aplicar medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela educação permanente, seja na unidade de saúde, na escola, na unidade de internação hospitalar, no pronto atendimento, no domicílio, na comunidade e tantos outros lugares, com esclarecimentos sobre os direitos fundamentais e inerentes as vítimas, na busca de uma vida sem violência.

3 METODOLOGIA

Serão apresentadas as etapas referentes ao estudo realizado, onde estão descritas o tipo de estudo, a especificação do local da pesquisa, a população e amostra da pesquisa, o instrumento de coleta de dados e o procedimento para coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos e legais da pesquisa.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, documental, com abordagem quantitativa. No estudo descritivo os dados são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador. Esse tipo de pesquisa possibilita detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das informações de forma mais ampla (GIL, 2006; ANDRADE, 2002).

Na pesquisa documental o pesquisador faz uso de materiais, como dados estatísticos, documentos históricos, correspondência epistolar de personalidades etc., que ainda não foram utilizados em estudos ou pesquisas. Os dados conferem uma nova importância como fonte de consulta, a partir do momento em que se organizam as informações que se encontram dispersas (BEUREN, 2003).

Quanto à pesquisa quantitativa, Codato e Nakama (2006) entendem que, com esse método de pesquisa, busca-se conhecer uma realidade através de probabilidades, associações estatisticamente significantes e ainda permitem avaliar a importância, gravidade, risco e tendência de agravos e ameaças.

Em complemento, Marconi e Lakatos (2007) evidenciam que com este método tudo pode ser quantificável, ou seja, a coleta de informações é transformada em números para que sejam classificados e analisados. Para análise dos dados, é necessário o uso de técnicas estatísticas como: percentagem, média, moda, mediana, desvio padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva (CRAM) que se encontra inserido na Secretaria Executiva de Políticas Públicas para Mulheres (SEPPM) da cidade de Cajazeiras/PB.

A cidade de Cajazeiras está localizada no oeste paraibano, há uma distância de 477 km da capital paraibana (João Pessoa). Essa cidade é considerada a sexta maior cidade do estado da Paraíba, com uma população de 58.446 habitantes (IBGE, 2010).

A escolha do CRAM como ambiente de estudo surgiu de forma intencional, por ser um local especializado ao atendimento das mulheres vítimas de violência e pela facilidade de acesso aos dados. Salientando também que nenhum estudo foi realizado nesse local, tornando-se um espaço para explorar informações relevantes sobre a violência contra a mulher.

A Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM) de Cajazeiras – PB foi criada em agosto de 2010. Inicialmente se instituiu em 2006 uma ONG: Centro de Defesa da Mulher Márcia Barbosa. Logo passaram a discutir a criação de uma secretaria com a administração de Cajazeiras da época. Em 2009 foi instalada apenas uma coordenadoria e só em Agosto de 2010 surgiu a Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM), juntamente com o Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva (CRAM).

Esse centro é um espaço, que visa combater a violência, de acolhimento que contribui para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania. Conta com uma equipe multiprofissional, composta por psicólogos, assistentes sociais, advogados e educadores. O mesmo busca promover cursos de aperfeiçoamento profissional para as mulheres, campanhas com o propósito de mobilizar autoridades e a população para combater a violência, disseminar informações e buscar soluções para o problema, entre outras atividades.

Para combater a violência, a centro mantém uma política permanente, juntamente com a Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM), e também articula ações junto a Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Promoção Social, Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todas as mulheres vítimas de violência atendidas no Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva (CRAM). A amostra foi delimitada a partir dos seguintes critérios de inclusão: mulher vítima de violência que

tenha sido atendida no CRAM, no período compreendido entre julho de 2010 até outubro de 2012; e que tinham registros na **FICHA DE ATENDIMENTO** (ANEXO A) desse Centro. Como critério de exclusão foi adotado para as mulheres vítimas de violência atendidas no CRAM com procedência de outra Cidade e de outro Estado.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A fim de levantar os dados, foram preenchidas informações sobre a mulher vítima de violência em um formulário elaborado a partir da ficha de atendimento do CRAM (ANEXO A), a qual subsidiou a coleta dos dados desse estudo. Neste, encontram-se as seguintes informações:

I. Dados sobre o Perfil Social e Demográfico da Mulher: Município de Procedência; Escolaridade; Profissão; Remuneração; Atividade extraocupacional; Cor/Raça; Estado Civil; Tempo de convivência; Número de Filhos.

II. Perfil de Saúde da Mulher: presença de deficiência/transtorno; uso de medicamento; Prática de atividade física.

III. Dados da Violência: Data da ocorrência; Grau de parentesco do agressor; Local da Ocorrência; Tipo de Violência; motivo de permanência na situação; sentimento em relação ao agressor (a).

IV. Atenção à mulher vítima de violência: Encaminhamento da mulher atendida para outros setores.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para realização de coleta de dados, foi solicitado à autorização a Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres do Município de Cajazeiras/PB, para desenvolver a pesquisa na referida unidade. Após a explicitação dos objetivos da pesquisa e a autorização através da assinatura do Termo Fiel Depositário (APÊNDICE B), foi iniciado a pesquisa de campo. Os dados foram coletados no mês de Janeiro de 2013, após o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e tabulados pelo Programa Microsoft Office Excel 2007; e apresentados em gráficos e tabelas, os quais foram analisados a partir da literatura e estudos sobre a temática.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa que se propôs a trabalhar com seres humanos, de maneira direta ou indireta, fez-se necessário discutir medidas éticas adequadas para a realização da pesquisa.

Desse modo, para se cumprir as determinações éticas foi imprescindível conhecer a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Tal Resolução oferece diretrizes éticas e normas que garantem a proteção do Sujeito da Pesquisa durante o desenvolvimento dos projetos (BRASIL, 1996).

Com essa pesquisa buscou-se proporcionar uma maior visibilidade ao tema “violência contra a mulher”, permitindo gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afeta o bem-estar das mulheres e de seus familiares. Além disso, pode-se trazer subsídios para formação e capacitação de profissionais da saúde para que possam implementar estratégias mais efetivas frente a mulheres em situação de violência.

Quanto à preservação do anonimato, foi garantida, de acordo com a resolução, a confidencialidade, o anonimato e a não utilização das informações em prejuízo dos outros, excluindo, assim, os riscos para os sujeitos da pesquisa.

A obtenção dos dados resultantes das variáveis quantitativas foram analisados e apresentados sob a forma de percentuais, ilustrados em Gráficos, e teve como finalidade a apresentação do trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem.

Foi elaborado ainda o Termo de Fiel Depositário (APÊNDICE B), para possibilitar o acesso aos documentos referentes às denúncias de mulheres vítimas da violência, registrados pelo Centro de Referência de Atendimento a Mulher Susane Alves da Silva. Como se trata de um estudo descritivo, documental, não houve contato direto com nenhuma mulher, o que justifica a não apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido.

O projeto foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa após cadastrado na Plataforma Brasil.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender os objetivos, encontrou-se 80 mulheres atendidas no Centro de Referência à Mulher Susane Alves da Silva (CRAM) durante o período de julho de 2010 a outubro de 2012. Os resultados serão apresentados nas tabelas e gráficos a seguir:

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIAL E DEMOGRÁFICO DA MULHER

Frente à problemática da violência e levando em consideração que categorias sociais determinam a qualidade de vida e saúde da mulher, buscou-se, a seguir, caracterizar o perfil social e demográfico da mulher, identificando o grau de escolaridade da mulher vítima de violência, as atividades ou profissões exercidas por elas, assim como, sua remuneração. Abordou-se, ainda, quanto a cor/raça da vítima, o estado civil, o tempo de convivência, se possuíam filhos e a quantidade dos mesmos.

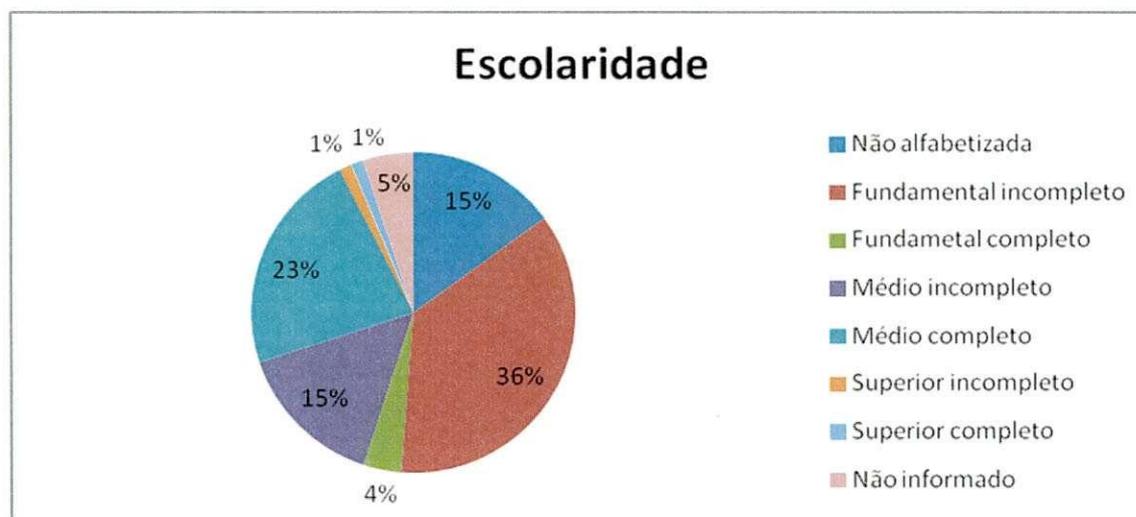


Gráfico 1 - Distribuição por Escolaridade das Mulheres Agredidas no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

No Gráfico 1, verificou-se a distribuição percentual das 80 mulheres em relação à escolaridade, 29 (36%) mulheres cursaram o Ensino Fundamental Incompleto; três (4%) mulheres tinham Ensino Fundamental Completo; 12 (15%) apresentaram Ensino Médio Incompleto; 18 (23%) cursaram o Ensino Médio Completo; uma (1%) mulher com Superior Incompleto; com Superior Completo havia uma (1%) mulher. Destas mulheres, 12 (15%) não eram alfabetizadas, e quatro (5%) destes formulários não informaram o nível de escolaridade.

É possível observar, a partir dos indicadores, que a maior parte das mulheres vítimas de violência analisadas possui um baixo grau de escolaridade, em contrapartida,

observa-se uma diminuição considerável no número de denúncias de mulheres com nível de escolaridade Superior. Essa situação demonstra que mulheres com baixo grau de instrução denunciam mais do que aquelas com curso superior. Segundo Mota, Vasconcelos e Assis (2007) isso pode ter relação com o surgimento da Lei Maria da Penha que trouxe proteção a essas mulheres.

E por outro lado, imagina-se que essa dificuldade em denunciar das mulheres com ensino superior está relacionada à tentativa de preservar sua imagem e por medo da reação do agressor. Silva (2010) mostra em seu trabalho que algumas mulheres têm vergonha de expor uma condição de violência, demonstrando viver num modelo que nada tem de correto, mas o qual almeja, porque é cobrada socialmente, e assim, a faz com que continue com a relação violenta.

Tabela 1 - Distribuição por Profissão/Remuneração/Outras Atividades das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

VARÍAVEIS	Nº	%
Profissão		
Doméstica	24	30
Agricultora	05	6
Aposentada	03	4
Diarista	03	4
Desempregada	03	4
Outras	18	22
Não Informado	24	30
Total	80	100
Remuneração		
Sim	14	17,5
Não	18	22,5
Não Informado	48	60
Total	80	100
Outras Atividades		
Sim	08	10
Não	24	30
Não Informado	48	60
Total	80	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Com relação à profissão, remuneração e outras atividades exercidas pelas vítimas, a Tabela 1 mostra que 24 (30%) das mulheres agredidas eram domésticas; cinco (6%) eram agricultoras; três (4%) eram aposentadas; três (4%) diaristas e três (4%) estavam

desempregadas. 18 (22%) mulheres possuíam outras profissões, como: Estudante, Técnica de Enfermagem, Monitora de Creche, Pescadora, Lavadeira de Roupas, Técnica em Recepção, Secretária, Cabeleireira, Técnica em Construção Civil, Promotora de Vendas, Auxiliar de Serviços, Manicure e Professora. Das fichas analisadas, 24 (30%) não havia registro de profissão da vítima.

Das 80 mulheres, 14 (17,5%) recebiam alguma remuneração pelo seu trabalho; 18 (22,5%) não recebiam remuneração e 48 (60%) fichas não informaram esse quesito.

Ainda, na tabela 1, oito (10%) mulheres exerciam outra atividade além da profissão; 24 (30%) não exerciam nenhuma outra atividade e 48 (60%) fichas não tinha informações sobre essa questão.

A partir da análise, constatou-se que a maioria das profissões executadas por estas mulheres são instáveis e informais, sendo que muitas não têm renda fixa, remuneração econômica. A maioria é obrigada a deixar seus estudos para cuidar somente do lar e, com isso, passam a depender economicamente do próprio marido, ficando mais vulneráveis à questão da violência e, assim, dificultando o rompimento da mesma.

Silva (2008) mostra em seu trabalho que, mesmo com tantos progressos e conquistas, a mulher ainda continua ocupando principalmente o ambiente doméstico, na qual cumpre seu papel social, tradicionalmente instituído, de mãe e cuidadora do lar, dos filhos e do marido.

Ainda com relação à profissão e remuneração das mulheres vítimas de violência, Mota, Vasconcelos e Assis (2007) reforçam que o baixo grau de instrução desfavorece a obtenção de melhor qualificação profissional, motivando, em algumas situações, o desemprego. Apesar dessa situação gerar estresse econômico, ela não pode contribuir diretamente e isoladamente para a violência, porém pode facilitar a decisão da mulher em permanecer com o companheiro e ambos viverem em situação de violência.

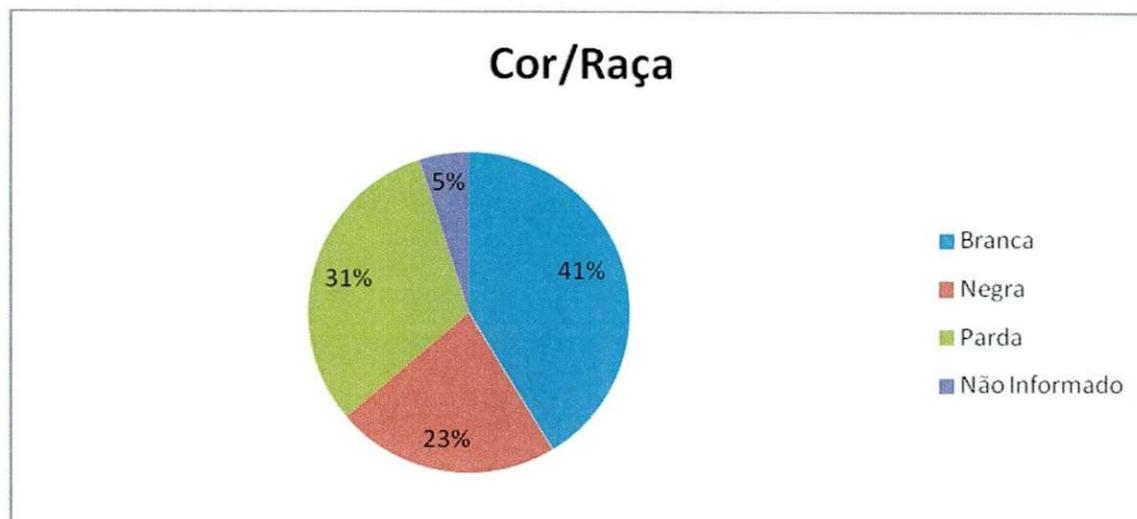


Gráfico 2 - Distribuição por Cor/Raça das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras- PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Em relação a cor/raça, o Gráfico 2 demonstra que 33 (41%) mulheres eram brancas; 18 eram negras (23%); as pardas totalizavam 25 (31%) e quatro (5%) não informaram quanto a cor/raça.

Diante disso, identificou-se um número maior de mulheres brancas, em relação a mulheres negras e pardas. Como se sabe, no Brasil, ainda há discriminações raciais e isso pode influenciar na declaração quanto a cor/raça, no sentido de não se declararem negras.

Silva (2010) enfatiza em seu estudo que há um quantitativo maior de mulheres brancas vítimas de violência que denunciam em relação às outras etnias. Fato que pode revelar que as mulheres brancas têm mais acesso aos serviços de atendimentos exclusivos à mulher vítima de violência que as mulheres negras, como também pode haver um não reconhecimento da sua própria etnia por parte das mesmas.

Tabela 2 - Distribuição por Estado Civil / Tempo de Convivência/ Filhos/ Quantidade de Filhos das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras – PB, 2010 a 2012.

VARIÁVEIS	Nº	%
Estado Civil		
Casada	47	59
Solteira	15	19
Separada	09	11
Viúva	04	5
Não Informado	05	6
Total	80	100

Tempo de Convivência		
07 meses a 8 anos	16	20
9 anos a 18 anos	23	29
20 anos a 35 anos	12	15
Não Informado	29	36
Total	80	100
Filhos		
Sim	69	86
Não	09	11
Não Informado	02	3
Total	80	100
Quantidade de Filhos		
Filhos Adultos	10	12
Filhos menores de 18 anos	55	69
Não Informado	15	19
Total	80	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Conforme a Tabela 2, dos 80 casos registrados e pesquisados, notou-se que 47 (59%) eram casadas; 15 (19%) solteiras; nove (11%) estavam separadas; quatro (5%) eram viúvas e cinco (6%) não informaram o estado civil. De acordo com o tempo de convivência 16 (20%) mulheres possuíam de 7 meses a 8 anos de relacionamento; 23 (29%) mulheres possuíam de 9 a 18 anos de convivência; de 20 a 35 anos de convívio havia 12 (15%) mulheres e 29 (36%) das fichas não tinham a informação sobre o tempo de convivência.

Percebe-se que apesar do histórico da violência mostrar que a maior parte é praticada pelo marido ou companheiro, a maioria das mulheres se encontra casadas e com tempo de convivência duradouro, o que mostra que elas têm dificuldade em romper situações de violência.

Observa-se no estudo de Oliveira et al. (2011) que a violência sofrida por elas, não as leva à separação, pois as mesmas querem romper com a violência, e não com os vínculos que possuem com os seus agressores.

Com relação aos filhos, 69 (86%) mulheres declararam tê-los; nove (11%) não tinham filhos e duas (3%) fichas não havia a referida informação. Sobre a quantidade de filhos, verificou-se que 10 (12%) mulheres possuíam filhos adultos; 55 (69%) informaram que eram mães de filhos menores de 18 anos de idade; e 15 (19%) fichas não continha tala informação.

Diante dos dados acima mencionados, destaca-se que a grande maioria das mulheres declarou ter filhos, sendo no mínimo 1 filho e no máximo 6 filhos, o que faz com

que elas pensem antes de deixar os agressores, ou seja, o fato de ter filhos pode induzir a mulher a suportar uma situação de violência por um período maior de tempo.

Dessa forma, segundo Rangel e Oliveira (2010), a existência dos filhos pode influenciar a mulher na hora de romper o ciclo violento. As autoras reforçam, ainda, que o enfretamento da violência requer atenção às vítimas e aos seus filhos, já que as agressões podem desencadear desde problemas físicos a situações de comprometimento emocional a todas as vítimas da violência.

4.2 PERFIL DE SAÚDE DA MULHER

A violência contra a mulher é reconhecida mundialmente como um grave problema de saúde pública e, também, se apresenta como um importante indicador de risco da saúde da mulher, com consequências para o seu desenvolvimento físico e saúde mental (OLIVEIRA; CARVALHO, 2006). Assim, com base nos registros, buscou-se analisar, a seguir, o desenvolvimento de deficiência e/ou transtorno, o uso de medicamentos utilizados pelas vítimas, e a prática de atividade física por estas mulheres vítimas da violência.

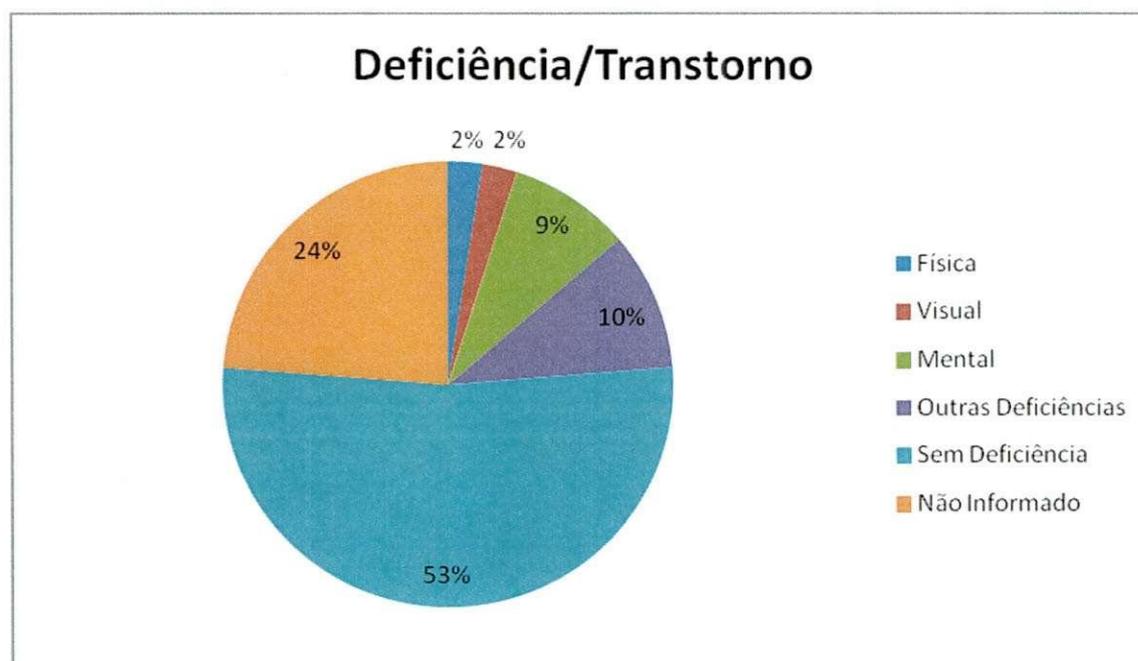


Gráfico 3 - Distribuição por Deficiência/Transtorno das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

De acordo com o tipo de deficiência e transtorno, o Gráfico 3 demonstra que duas (2%) mulheres tinham algum tipo de deficiência física; outras duas (2%) possuíam deficiência visual; sete (9%) sofriam de transtorno mental; oito (10%) mulheres declararam ter algum tipo de deficiência ou transtorno, como: convulsões, problemas emocionais, hérnia de disco, alcoolismo, câncer, tuberculose e aids; 42 (53%) fichas mostraram que essas mulheres relataram não possuir nenhuma deficiência ou transtorno; e 19 (24%) formulários não estavam com esse tipo de registro.

Sendo assim, é possível diagnosticar, a partir dos dados coletados, que a maioria dos registros constatou que essas mulheres que procuraram denunciar não possuem nenhum tipo de transtorno ou deficiência. Porém, o que se sabe é que a violência gera problemas imediatos, como lesões corporais; e também problemas adquiridos no decorrer da vida da vítima, como transtornos emocionais.

No estudo de Vieira (2008) constou-se que a violência contra a mulher, principalmente a doméstica, traz grandes gastos à saúde pública, por gerar, na maioria dos casos, sequelas para a saúde da mulher, influenciando também a saúde dos seus filhos, afetando, assim, seu desenvolvimento físico, emocional e social no decorrer da sua vida.

Fonseca e Lucas (2006) mostram em seu estudo que a violência repercute significativamente na saúde física e psíquica da mulher, causando danos imediatos, como as lesões e fraturas, causadas pela agressão física. Ou problemas que irão repercutir ao longo da vida, como por exemplo, dores de cabeça constantes, aumento da pressão arterial e dificuldades para dormir.

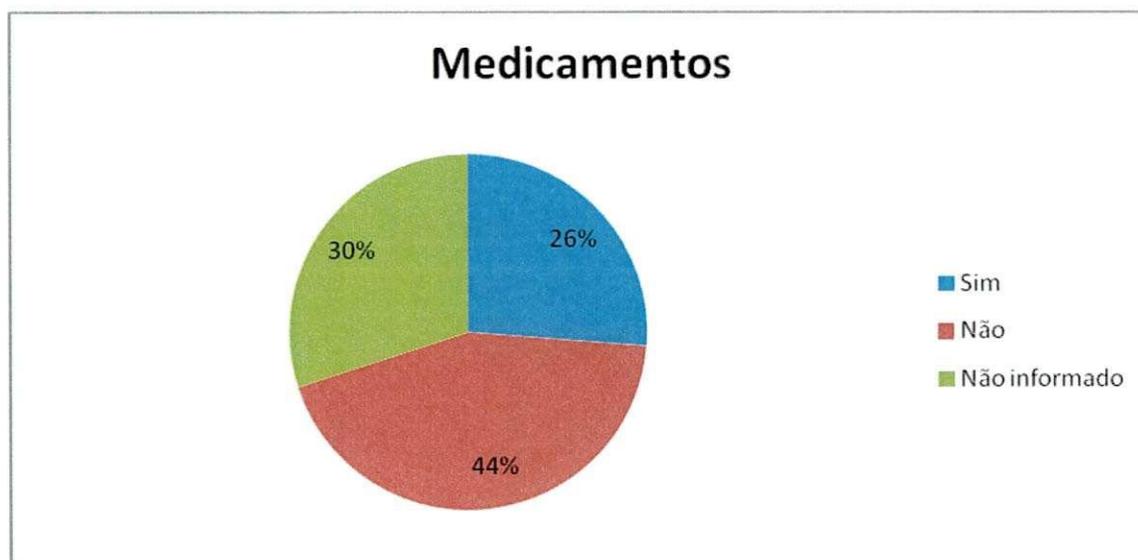


Gráfico 4 - Distribuição por Medicamentos Tomados pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

O gráfico 4 acima mostra o uso de medicamentos pelas vítimas, sendo que, de 80 mulheres, 21 (26%) utilizavam alguns tipos de medicamentos, como: Eutonis, Pantoprazol, Coquetel de HIV, Rivotril, Gardenal, Fenegan, Propranolol, Hidroclorotiazida, Metformina, Neozine, Cloridrato de Biperideno, Haldol, Diazepan, Naprix, Anticoncepcional, Paracetamol, Diclofenaco e Buscopan. Como observado nas fichas de atendimento 35 (44%) mulheres referiram não fazer uso de medicamentos e 24 (30%) fichas não continha informações sobre o uso de algum tipo de medicamento, o que dificulta a análise do trabalho e o resultado da pesquisa.

Observa-se, segundo as informações contidas no gráfico 4, que a maior parte das vítimas não utilizava nenhum tipo de medicamento, outras utilizavam essas drogas para tratamento emocional, problemas hipertensivos, entre outros. Como se sabe, há um longo tratamento clínico para estes problemas, e de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde se faz necessário que se tenha um diagnóstico preciso do problema para não levar a vítima a tomar medicamentos inadequados e ineficazes e assim mascara os efeitos da violência (BRASIL, 2011a).



Gráfico 5 - Distribuição por Atividade Física realizada pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

A leitura do Gráfico 5 revelou que 44 (55%) mulheres não praticavam nenhuma atividade física. Apenas quatro (5%) mulheres referiram praticar alguma atividade física (caminhada, vôlei e atividade física no CAPS II). 32 (40%) fichas não constavam registros a respeito das atividades físicas realizadas.

Observou-se que a inatividade física foi fator prevalente encontrado no gráfico acima. Em contrapartida, constatou-se um número mínimo de mulheres que praticavam regularmente atividade física. Imagina-se que mulheres que são agredidas cotidianamente dentro ou fora de casa são impedidas de ter uma vida normal e saudável, como trabalhar, estudar, conviver com amigos e familiares, de procurar tratamento médico diante de problemas de saúde, assim como de realizar atividades físicas para seu bem estar. Silva (2008) em seu trabalho ressalta que a maior parte das vítimas apresentará problemas ao longo da vida, que as tornarão mulheres anti-sociais, amargas e de difícil relacionamento social.

A falta de informação contida nas fichas dificulta a análise do trabalho e o resultado da pesquisa. Logo, é importante que durante o acompanhamento à mulher vítima de violência, o profissional procure contemplar todas as indagações necessárias para que se possa fazer um planejamento assistencial de forma direcionada e singular.

4.3 DADOS DA VIOLÊNCIA

Percebe-se que a violência contra a mulher é um problema histórico e preocupante devido a frequência com que ocorre as agressões e as consequências provocadas por estas situações. Diante do exposto, torna-se importante conhecer os dados da violência para diagnosticar as situações de violência e promover ações para lidar com esse problema. Então, a seguir, analisou-se os anos de ocorrência, o grau de parentesco entre o agressor e a vítima, o local de ocorrência, assim, como os tipos de violência, os sentimentos em relação ao agressor e o que faz a vítima permanecer na relação.

Tabela 3 - Distribuição por Ano de Ocorrência da Violência contra as Mulheres no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Ano da Ocorrência	Nº de Mulheres	%
2010	07	9
2011	32	40
2012	12	15
Não informado	29	36
Total	80	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

No ano de 2010, apenas sete (9%) ocorrências foram registradas; em 2011 esse número cresceu para 32 (40%) mulheres vítimas da violência que tiveram coragem de denunciar; em 2012, de acordo com o que constavam nas fichas, foram 12 (15%) ocorrências e das 80 fichas, 29 (36%) não foram informadas o ano de ocorrência, como demonstra a Tabela 3.

O número de denúncias variou entre os anos de 2010 a 2012. Após a criação do CRAM e da SEPPM houve um número mínimo de denúncia. No ano seguinte o número de ocorrências aumentou, mostrando coragem e atitude da mulher diante da situação violenta. Em 2012, o número de casos de denúncias reduziu consideravelmente, o que pode ser algo positivo ou um problema, visto que, imagina-se que a violência contra o sexo feminino tenha diminuído mesmo ou as mulheres tiveram medo de denunciar as agressões sofridas. No trabalho realizado por Côrtes, Luciano, e Dias (2012), em um Centro de Referência na capital Paraibana, mostra que no ano de 2010, 268 mulheres foram atendidas no centro vítima da violência, em 2011 foram 225 vítimas. No ano de 2012 foram 856 os números da violência contra a mulher na Paraíba, segundo a Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba (2012).

Outro ponto importante analisado é a falta de informação contida nas fichas, pois ela dificulta a análise do trabalho, já que muitas das fichas não continham informações sobre o ano da ocorrência, o que interfere no resultado da pesquisa.

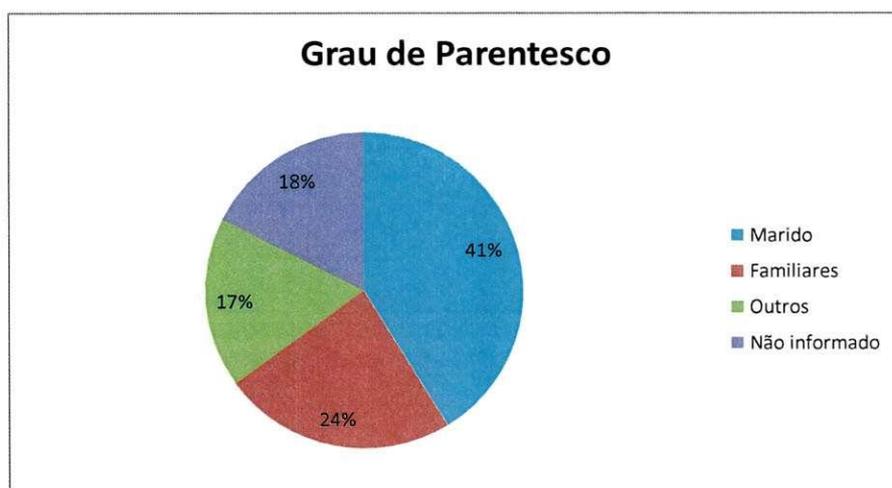


Gráfico 6 - Distribuição por Grau de Parentesco das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Em relação ao grau de parentesco entre o agressor e a vítima destacou-se no Gráfico 6 que: 33 (41%) mulheres foram agredidas pelo marido ou companheiro; 19 (24%) foram agredidas por familiares (Pai, mãe, irmãos, tios, avó, primos, sogro, sogra, nora, genro); 14 (17%) mulheres foram agredidas por outras pessoas, como: patroa, professor, vizinhos, conhecidos; e 14 (18%) fichas não havia a referida informação.

Nesse contexto, os dados apresentados no estudo confirmam a relação de intimidade entre os agressores e a vítima, ou seja, são pessoas próximas como marido, pai, mãe, irmãos, tios e conhecidos da vítima. Conforme se pode observar, o agressor é, na maioria dos casos, do sexo masculino, sendo eles, o marido ou companheiro, o que mostra que mesmo com tantos avanços e conquistas por parte do sexo feminino, o homem continua com a consciência errônea de superioridade e poder sobre a mulher, imposta nesse caso pela cultura machista.

Segundo Dias (2007), essa discriminação feminina, imposta pela sociedade, coloca a mulher em situação de subordinação e inferioridade, no qual homem se sente proprietário do corpo e da vontade da mulher e essa falsa consciência de autoridade é o que lhe garante, na maioria das vezes, o suposto direito de usar da força física com a mulher e com seus filhos.

E a tentativa de romper com essa situação de violência, segundo Oliveira et al. (2011) pode contribuir para um estágio ainda mais violento do agressor e a não aceitação da separação pode desencadear um ciclo contínuo de violências.

A falta de informação contida nas fichas dificulta a análise do trabalho, possibilitando assim, a subnotificação do agente agressor. Fato que pode está relacionado ao medo da vítima de expor seu agressor, o que faz comprometer as investigações da violência.

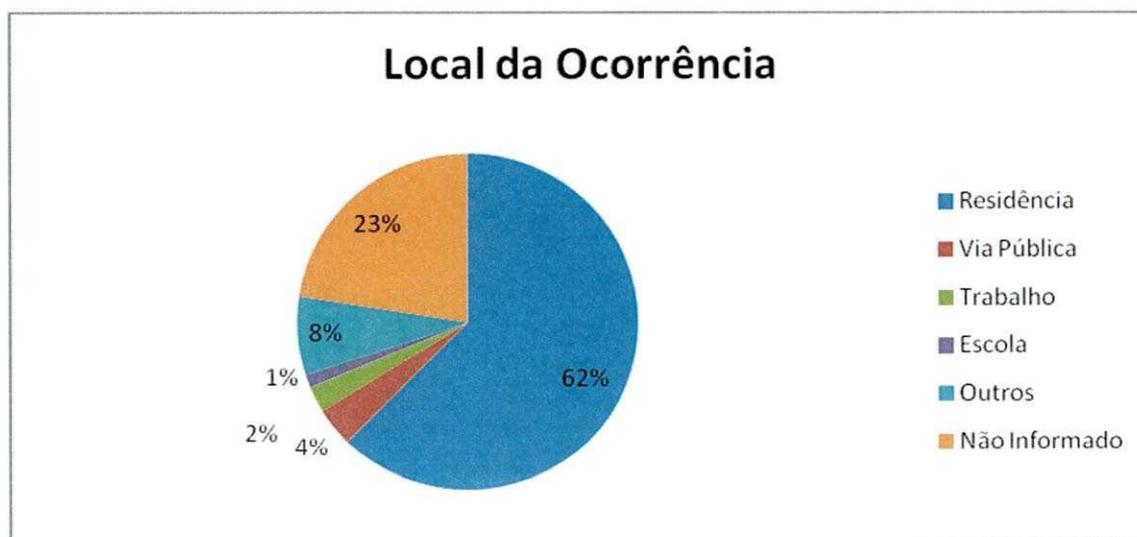


Gráfico 7 - Distribuição por Local de Ocorrência das Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

De acordo com as fichas analisadas, o Gráfico7 mostra que 50 (62%) casos de agressões ocorreram na própria residência da mulher; um (1%) caso de agressão na escola; dois (2%) casos ocorreram no trabalho; três (4%) na via pública; e além desses locais de ocorrência, seis (8%) fichas mostraram que a agressão ocorreu em outros lugares sem especificação; 18 (23%) casos não receberam nas fichas, registros sobre o local em que ocorreu a agressão.

Como se percebe, a maior parte da violência ocorreu no próprio lar, local este que deveria ser um ambiente de afeto, acolhimento e refúgio contra a violência externa, porém, para essas mulheres, seu domicílio passou a ser um local de medo, tensão e agressões, em razão das constantes ameaças a que estão expostas, e onde a violência, de certa forma, é ocultada.

Segundo Dias (2007), o lar passa a ser o local mais perigoso para aquelas mulheres que são agredidas pelos maridos ou companheiros, pois a dependência afetiva, familiar e financeira dificulta na hora de denunciá-los e conseqüentemente as agressões nunca chegam ao fim.

A falta de informação contida nas fichas dificulta a análise do trabalho. É possível que esses dados ocultos sobre o local da agressão possam ajudar a revelar o agente agressor durante as investigações, logo, a mulher que nega essa informação tem como objetivo de proteger seu agente agressor, que muitas vezes, é alguém muito próximo (marido, cônjuge e outros familiares) que venham a violentar novamente se caso a mesma realizar a denúncia.

Tabela 4 - Distribuição por Tipos de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

VARIÁVEIS	Nº	%
Tipos de Violência		
Psicológica	64	33
Moral	47	24
Física	37	19
Tortura	17	9
Patrimonial	17	9
Sexual	01	1

Outras	07	3
Não Informado	05	2
Inter-relação dos Tipos de Violência		
Psicológica e Moral	09	11
Física e Psicológica	02	3
Física, Psicológica, Moral e Tortura	08	10
Física, Psicológica e Moral	16	20
Física, Psicológica, Moral e Patrimonial	03	4
Psicológica, Moral e Tortura	04	5
Psicológica, Moral e Patrimonial	03	4
Psicológica e Patrimonial	05	6
Física, Psicológica e Tortura	02	3
Física, Psicológica, Moral, Tortura e Patrimonial	01	1
Física, Psicológica, Moral, Sexual e Tortura	01	1
Física, Psicológica e Outras	01	1
Física e Patrimonial	01	1
Moral e Outras	01	1
Psicológica e Tortura	01	1
Psicológica e Outras	01	1
Psicológica, Patrimonial e Outras	01	1
Patrimonial	03	4
Psicológica	06	8
Física	02	3
Moral	01	1
Outros tipos	03	4
Não Informado	05	6
Total	80	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Destacando os tipos de violência na Tabela 4, observou-se que 64 (33%) mulheres sofreram violência psicológica; 47 (24%) sofreram violência moral, em terceiro lugar se encontra a agressão física com 37 (19%) casos; 17 (9%) mulheres sofreram tortura; também na mesma proporção, 17 (9%) sofreram violência patrimonial; uma (1%) mulher violentada sexualmente; sete (3%) vítimas sofreram outros tipos de violência, como: agressões verbais e ameaça de morte, e cinco (2%) formulários não continham informação sobre o tipo de violência contra a mulher.

De acordo com a pesquisa, os tipos de violência não se encontram totalmente isolada, quase sempre um caso vem acompanhado por mais de um tipo de violência. Sendo

assim, de 80 casos analisados, nove (11%) sofreram violência psicológica e moral; duas (3%) violências física e psicológica; oito (10%) sofreram agressão física, psicológica, moral e tortura; 16 (20%) sofreram violência física, psicológica e moral; três (4%) sofreram violência física, psicológica, moral e patrimonial; quatro (5%) sofreram violência psicológica, moral e tortura; três (4%) sofreram psicológica, moral e patrimonial, cinco (6%) psicológica e patrimonial; duas (3%) física, psicológica e tortura; uma (1%) física, psicológica, moral, tortura e patrimonial; uma (1%) física, psicológica, moral, sexual e tortura; uma (1%) física, psicológica e outras (que não foi especificado), uma (1%) física e patrimonial; uma (1%) moral e outras (que não foi especificado), uma (1%) psicológica e tortura; uma (1%) psicológica e outras (que não foi especificado); uma (1%) psicológica, patrimonial e outras (que não foi especificado), três (4%) sofreram somente agressão patrimonial, seis (8%) psicológica, duas (3%) físicas, uma (1%) moral, três (4%) sofreram outros tipos de violência como agressões verbais e ameaça de morte. E do total de fichas, cinco (6%) não informaram o tipo de violência.

Observa-se nesse estudo que a violência psicológica foi a mais comum na maioria dos casos registrados. Esse tipo de violência parece ser contínuo na vida da mulher, podendo propiciar a diminuição da autoestima e do bem estar da vítima. Constatou-se ainda, que a violência psicológica na maioria dos casos não ocorreu isoladamente e sim acompanhada da violência física e moral, prevalecendo estes três tipos no estudo em questão.

Nota-se que após a violência psicológica segue a violência moral e física e, assim, vai seguindo um ciclo que evolui para outros tipos de violência. Então a mulher se vê em uma situação de violência grave, por não ocorrer só um tipo violência e sim dois ou mais tipos.

Os dados obtidos se assemelham aos evidenciados no estudo de Rangel e Oliveira (2010) onde as mulheres foram acometidas, simultaneamente, por mais de um tipo de violência, prevalecendo, no seu estudo a violência psicológica (62%), a física (54%) e a moral (50%) na maioria dos atendimentos.

Mota, Vasconcelos e Assis (2007) ressaltam em seu trabalho que a classificação dos tipos de violência, assim como a interação dessas formas de agressões deve servir como diagnósticos em serviços que atendam mulheres em situação de violência.

Tabela 5- Distribuição por Permanecer na Situação e Sentimento em Relação ao Agressor pelas Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Variáveis	Nº	%
Permanecer na Situação		
Dependência Financeira	15	19
Medo	08	10
Amor	05	06
Outros	11	14
Separação	03	04
Não Informado	38	47
Total	80	100
Sentimento em Relação ao Agressor		
Raiva	13	16
Pena	10	13
Tristeza	08	10
Amor	05	06
Medo	04	05
Outros	13	16
Não Informado	27	34
Total	80	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

De todos os casos analisados, 15 (19%) mulheres permaneciam na situação por dependência financeira, oito (10%) por medo, cinco (6%) por amor, 11 (14%) por outras causas: família, filhos, saída do domicílio, acredita na mudança do agressor e ainda tem esperança de ser feliz. Do total analisados, três (4%) mulheres já se separaram e 38 (47%) dos formulários encontravam-se sem essa informação.

A tabela 5, ainda mostra o sentimento da vítima em relação ao agressor, onde 13 (16%) sentiam raiva; 10 (13%), pena; oito (10%), tristeza; cinco (6%), amor; quatro (5%), medo; 13 (16%) apresentavam outros sentimentos como a indignação, desprezo, repúdio, revolta. 27 (34%) formulários estavam em branco.

Constatou-se, a partir dos dados coletados nas fichas, que as razões das mulheres permanecerem em uma relação conjugal violenta estão intrinsecamente ligadas a questões referentes, principalmente, à dependência financeira, onde essa pode está ligada a preocupação em criar os filhos; ao medo, em suas mais diversas expressões (como medo de não conseguir criar seus filhos sozinha, medo de se expor, medo de morrer, etc.) e ao sentimento afetivo, onde mesmo em meio a conflitos, com sentimentos de raiva, pena, tristeza, entre outros, muitas dessas mulheres ainda sentem amor pelos agressores.

Mizuno, Fraid e Cassab (2010), em pesquisa, constataram que vários são os motivos que conduzem as mulheres a permanecerem na relação de violência, como o medo de perder seus filhos, a exposição e o escândalo perante os amigos e familiares, a culpa por não conseguir manter seu relacionamento, a falta de capacitação profissional para sobreviver sozinha, a dependência emocional/afetiva que tem de seu marido ou companheiro, as ameaças que sofrem, mas como principal argumento posto, em estudo realizado, estava à dependência financeira, essa, ligada a estabilidade dos filhos e não de si mesmas.

4.4 ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Considerando que para o combate e erradicação da violência contra as mulheres são necessárias ações conjuntas da sociedade e das políticas e serviços que buscam combater a violência, serão abordados a seguir os serviços mais solicitados para dar apoio à mulher vítima da violência.

Tabela 6 - Distribuição dos Encaminhamentos à Vítima de Violência no Município de Cajazeiras - PB, 2010 a 2012.

Variáveis	Nº	%
Encaminhamentos		
CREAS	26	21,7
DEAM	24	20,0
Conselho Tutelar	15	12,5
Centro de Referência a Mulher	10	8,3
Hospital	03	2,5
CRAS	03	2,5
Ministério Público	02	1,7
Defensoria Pública	02	1,7
Casa abrigo	02	1,7
IML	01	0,8
DPCA	01	0,8
Outros	13	10,8
Não Informado	18	15,0

Fonte: Pesquisa Direta, 2013.

Como mostra a tabela 5, as vítimas foram encaminhadas a alguns setores. 24 (20%) mulheres foram referenciadas a Delegacia de Atendimento à Mulher (DEAM); 26 (21,7%) ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS); 15 (12,5%) ao Conselho Tutelar; três (2,5%) ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS); duas

(1,7%) ao Ministério Público; duas (1,7%) à Defensoria Pública; 10 (8,3%) ao Centro de Referência à Mulher; três (2,5%) ao Hospital; uma (0,8%) ao Instituto Médio Legal (IML); uma (0,8) Delegacia de proteção da Criança e do Adolescente (DPCA); duas (1,7%) mulheres foram encaminhadas para uma Casa Abrigo. Nos instrumentos pesquisados encontrou-se um percentual de 10,8% referente a 13 encaminhamentos para outros locais, como Conselho do Idoso, Secretaria de Saúde, Secretaria de Promoção Social, Caps I, Caps AD, Clínica de Recuperação e Delegacia Civil. Ressalta-se que 18 (15%) fichas não especificavam os locais de encaminhamentos a essas mulheres.

De acordo com a Lei 11.340/06, a mulher vítima de violência deverá contar com apoio de uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais especializados na área psicossocial, na área da saúde e na área jurídica. Desenvolvendo trabalhos de orientação, prevenção, encaminhamentos e outras medidas, direcionados a mulher, aos familiares e ao agressor.

No acompanhamento dos casos, o CRAM busca esclarecer a mulher sobre seus direitos e encaminhá-las a instituições ou órgãos pertinentes a cada situação, caso necessite. A maioria das ocorrências foi encaminhada para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por ser um serviço especializado que busca ofertar atenção a famílias e indivíduos que vivam em situação de risco, pessoal e social, ou que tenham seus direitos violados (BRASIL, 2007a). Destacam-se, ainda, os encaminhamentos para a Delegacia de Atendimento a Mulher (DEAM) por desempenhar papel importante no enfrentamento da violência.

Grossi, Tavares e oliveira (2008), mostraram em sua pesquisa, que entres as instituições, o pronto-socorro foi o mais procurado, seguidos de ambulatórios e hospitais, por causa das lesões físicas graves, não sendo relatado caso de violência no momento da procura.

Segundo Oliveira et al (2011) dos encaminhamentos o que mais se destacou foi a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), por ser um serviço específico para atender as mulheres vítimas de violência, e pela facilidade da vítima em relatar a situação de violência.

5 CONCLUSÃO

A violência contra a mulher é um grave problema que está presente constantemente na vida de algumas mulheres. É uma realidade que requer conscientização, apoio e atenção das diferentes áreas para o seu enfrentamento.

Desse modo, o presente estudo buscou responder como se apresenta a violência contra a mulher em Cajazeiras/PB e as ações prioritárias de intervenção. Para responder tais questionamentos, buscou-se conhecer as causas e consequências da violência em mulheres, além de caracterizar o perfil social, demográfico e de saúde das vítimas, identificando o agressor, local, tipo de violência e investigando a intersectorialidade na atenção a mulher vítima de violência, tomando como base para a coleta de dados e análise dos resultados, as fichas das denúncias realizadas no CRAM.

Nessa perspectiva, observou-se que a maior parte dos agressores, mantém um vínculo com a mulher, sendo o principal agressor o marido ou companheiro. Seu lar, que deveria ser lugar de proteção, passa a ser o principal local das agressões. Muitas dessas mulheres iniciaram o ensino fundamental, não o concluindo, abandonando na maioria das vezes seus estudos para cuidarem somente dos filhos e do lar. Com isso, ficaram dependentes financeiramente do agressor, levando-as, a permanecer por um longo tempo em uma situação de violência.

Apesar da dependência financeira ter sido o principal fator que as impedissem de romper com a violência, todavia, não foi o único, pois existiram outros motivos, como o medo e a questão sentimental. Entre os tipos de violência contra a mulher, a que mais se destacou foi à violência psicológica, porém, essa não ocorreu isoladamente, ela vinha acompanhada de outros tipos de violência, como a violência moral e a física.

Notou-se ainda, que muitas são as instituições e os serviços que podem desenvolver trabalhos de orientação, prevenção, encaminhamentos e outros meios direcionados a mulher, aos familiares e ao agressor.

Durante o processo de construção deste trabalho encontrou-se algumas dificuldades no que diz respeito aos documentos, principalmente no que tange às causas da violência neste Município, pois a falta de informação contida nas fichas dificultou a análise do trabalho e o resultado da pesquisa. Ressalta-se esse é um dos motivos em que os dados da violência no Brasil ainda são escassos ou insuficientes, pois, além das vítimas não quererem denunciar, os profissionais subnotificam os dados durante o preenchimento das fichas.

Diante dessas considerações, sugere-se a importância de planejar melhor os programas de apoio às vítimas de violência, com a implantação de novos Centros de Referência e capacitação de todos os profissionais que trabalham com mulheres em situação de violência, principalmente os da área da saúde.

Nessa perspectiva, este trabalho pode, a partir dos dados encontrados, contribuir com as ações de prevenção e erradicação dos casos de violência, pelos diversos profissionais e pela população em geral. E no âmbito acadêmico, o resultado da pesquisa ao ser socializado, possibilitará um repensar das práticas no campo da saúde da mulher, com planejamentos e estratégias nas quais devem visar a prevenção dos maus-tratos contra as Mulheres, ressaltando a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas a respeito desse tema, de modo a dar mais visibilidade à violência contra as mulheres e contribuir para o aprofundamento sobre o tema em questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. C. G.; DINIZ, N. M. F. Violência sexual: desvelando a realidade que acomete as mulheres. **Revista Enfermagem UERJ**, 12:88-94, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a15.pdf>> Acesso em: 24 Mar.2012 às 16h30min.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BARROS, Vanessa Andrade.; SILVA, Lilian Rocha. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 318-333, dez. 2004. Disponível em: <http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20050602161450.pdf> Acesso em: 16 Abr.12 às 09h20min.

BEUREN, Ilse Maria. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**, 17(49): 87-98, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006> Acesso em: 08 Abr.12 às 14h05min.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de enfrentamento à Violência contra as mulheres**. – Presidência da República. Brasília, 2011b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2007a. Mimeografado.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos**. Política Nacional. Brasília: Ministério da Justiça, 2007b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007c.

_____. **Lei 11.340 (Maria da Penha), de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampliada – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher - Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

CAMARGO, Márcia; AQUINO, Silvia de. **Redes de cidadania e parcerias: enfrentando a rota crítica**. IN: Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 14(6) p.950-956, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf> Acesso em 09 Mar.12 às 10h51min.

CAVALCANTI, Stela Valéria. **Violência Doméstica contra a Mulher e a Atuação do Ministério Público após o advento da Lei Maria da Penha**. Podivm. Salvador, Bahia, 2008. Disponível em: <<https://aplicacao.mp.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/724/11.%20A%20viol%C3%AAnica%20dom%C3%A9stica%20contra%20a%20mulher.pdf?sequence=1>> Acesso em 14 Abr.12 às 16h.

CELMER, Elisa Girotti. **Violências contra a mulher baseada no gênero, ou a tentativa de nomear o inominável**. In: A violência na sociedade contemporânea [recurso eletrônico] / organizadora Maria da Graça Blaya Almeida. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>> Acessado: 16 Abr.12 às 14h.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto.; NAKAMA, Luiza. Pesquisa em Saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.34-35, dez. 2006.

CÔRTEZ, G. R.; LUCIANO, M.C.F.; DIAS, K. C. O. **A Informação no Enfrentamento à Violência contra Mulheres: Centro de Referência da Mulher “Ednalva Bezerra”**: relato de experiência. *Biblionline*, João Pessoa, v. 8, n. esp. p.134-151, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/14199/8105>> Acesso em: 28 Mar.13.

DIAS, Maria Berenice. *A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher*. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2007.

DINIZ, Kaio. **Nordeste lidera ranking de violência contra as mulheres. Grupo UN/Nordeste. Outubro de 2011**. Disponível em: <<http://www.grupoun.net/nordeste-lidera-ranking-de-violencia-contra-as-mulheres/>> Acesso em: 06 Abr.12 às 14h.

DUARTE, Constância Lima.; CARMO, Dinorah.; LUZ, Jalmelice. **Mulheres de Minas: lutas e conquistas**. – Belo Horizonte: Conselho Estadual da Mulher de Minas Gerais, Imprensa Oficial, 2008.

EXPRESSOPB. *A informação de forma imparcial. Paraíba já contabilizou 26 assassinatos de mulheres, revela Centro da Mulher 8 de Março*. João Pessoa, março de 2012. Disponível em: <<http://expressopb.com/2012/03/paraiba-ja-contabilizou-26-assassinatos-de-mulheres-revela-centro-da-mulher-8-de-marco/>> Acesso em: 06 Abr.12 às 14h15min.

FERRAZ et al. *O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. Cogitare Enferm.* 2009 Out/Dez; 14(4):755-9. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16395/10874>> Acesso em: 16 Abr.12 às 09h40min.

FONSECA, P. M.; LUCAS, T. N.S. **Violência Doméstica Contra a Mulher e suas Consequências Psicológicas**. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Psicologia. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador/BA, 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisas de opinião: a mulher brasileira nos espaços público e privado**. Núcleo de Opinião Pública. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>> Acesso em: 01 Abr.12 às 16h45min.

GARBIN et al. *Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>> Acesso em: 16 Abr.12 as 09h25min.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo:Atlas, 2006.

GROSSI, P.K.; TAVARES, F.A.; OLIVEIRA, S.B. **A Rede de Proteção à Mulher em Situação de Violência Doméstica: Avanços e Desafios**. Universidade Autônoma de Barcelona. *Athenea Digital*, nº 14, 2008. Disponível em: <<http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n14p267.pdf>> Acesso em: 16 Abr.12 às 14h10min.

IBGE. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 26 Jun.12 às 09h30min.

IBOPE. INSTITUTO BRASILEIRO E OPINIÕES E PESQUISAS E INSTITUTO AVON. **Percepções e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher**. 2011. Disponível em: <http://www.institutoavon.org.br/wpcontent/themes/institutoavon/pdf/iavon_0109_pesq_p ortuga_vd2010_03_vl_bx.pdf> Acesso em: 01 Abr.12 às 16h50min.

LANGLEY, R.; LEVY, R.C. **Mulheres espancadas: fenômeno invisível**. São Paulo: Editora Hucitec; 1980.

LUZ, Alex Faverzani da. ; FUCHINA, Rosimeri. **A evolução histórica dos direitos da mulher sob a ótica do direito do trabalho**. Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigoalex.pdf>> Acesso em: 09 Mar.12 às 10h47min.

MARCONI, Maria de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; SILVA, C.F.R.S. **Violência contra a mulher uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero**. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/impacto_violencia.pdf> Acesso em: 12 Mar.12 às 08h.

MIZUNO, C.; FRAID, J. A.; CASSAB, L. A. Violência contra a mulher: Por que elas simplesmente não vão embora? **Anais...** do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010 GT 5. Gênero e Violência – Coord. Sandra Lourenço

MOTA, J.C. da; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S.G. de. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12. n.3, p. 799-809, 2007.

OKABE, I.; FONSECA, R. M. G.S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a27v43n2.pdf>> Acesso em 09 Mar.12 às 10h20min.

OLIVEIRA, G. A.; GODOY, M. M.; RODRIGUES, R.; GARCIA, T. L. A. **Vigilância Social: ferramenta necessária no enfrentamento da violência de gênero em Presidente Prudente**. Presidente Prudente-SP: 2011. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Social/article/viewFile/2902/2677>> Acesso em: 16 Fev.13.

OLIVEIRA, P. M.; CARVALHO, M. L.O. Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as

circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. **Semina Ci Biol Saúde**. Londrina/PR, 2006 jan/jun;27(1):3-11.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informe Mundial sobre Violência e Saúde 2002. Genebra: OMS, 2002.

PINAFI, Tânia. **Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade**. 21^a ed. 2007. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>> Acesso em: 09 Mar.12 às 10h24min.

PORTO, J. R. R.; LUZ, A. M. H. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 25(2):207-18, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23522/000504630.pdf?sequence=1>> Acesso em: 24 Mar.2012 às 16h30min.

RADIS. **Lei Maria da Penha: limites ou possibilidades?** Atendimento humanizado tanto às vítimas de violência quanto a seus agressores lança luz sobre o tema, põe texto legal em debate e pode apontar para sua ampliação. n° 92. Rio de Janeiro, abril de 2010.

RAGEL, C. M. F. R. B. A.; OLIVEIRA, E. L. **Violência contra as mulheres: fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores**. Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf> Acesso em: 09 Mar.12 às 10h49min.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Violência contra a Mulher**. Pernambuco, 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Viol%Eancia%20Contra%20a%20Mulher.pdf>> Acesso em: 11 Mar.12 às 10h22min.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Ferramenta para a ação política das Mulheres. Porto Alegre (RS), junho de 2008. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>> Acesso em: 14 Mar.12 às 15h.

RODRIGUES JUNIOR, João Batista. Avaliação crítica das perícias de lesões corporais em crianças no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte – MG durante o período de um ano e da contribuição na investigação do crime de maus-tratos [manuscrito]-Belo Horizonte: 2009. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_crianca/teses_dissert/2008__mestrado_JoaoBatistaRodriguesJr.pdf> Acesso em: 16 Mar.12 às 09h.

SANTOS, Ana Cláudia do Nascimento. **Violação dos direitos humanos: a violência contra a mulher no município de Arapiraca**. Projeto de pesquisa. Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca. Alagoas, 2008. Disponível em:

<<http://www.nucleo.ufal.br/gepsojur/anais-connasp/eixos/GSC-38.pdf>> Acesso em 09 Mar.12 às 10h50min.

SANTOS, Cecília MacDowell.; IZUMINO, Wânia Pasinato. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil**, 2005. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>> Acesso em: 16 Mar.12 às 14h30min.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno_violencia_mulher.pdf> Acesso em 24 Abr.2012 às 16h28min.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública** 2002; 36(4) 470-77. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>> Acesso em: 09 Mar.12 às 09h56min.

SILVA, Geraldo Luiz da. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher**. Graduação em Direito. Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda, 2008. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/20196858/Violencia-Domestica-e-Familiar-Contra-a-Mulher>> Acesso em 09 Mar.12 às 10h50min.

SILVA, M.B.G.M.; TONELLI, A.L.N.; LACERDA, M.R. Instrumentos do cuidado humanizado de enfermagem: uma reflexão teórica. **Cogitare enferm.** Jan/jun 2003; 8(1):59-64. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 20 Abr.12 às 08h40min.

SILVA, C. M. O. G. **Violência contra as mulheres: a Lei Maria da Penha e suas implicações jurídicas e sociais em Dourados-Ms**. Dourados, MS: UFGD, 2010. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em História.

TAQUETTE, Stela R. (Org.) **Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

VIEIRA, L.B. **Perspectivas de mulheres que denunciam o vivido da violência: cuidado de Enfermagem à Luz de Schutz**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós - Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria. Rio Grande do Sul - Brasil, 2011.

VIEIRA, L. J. E. S.; PORDEUS, A. M. J.; FERREIRA, R. C.; MOREIRA, D. P.; MAIA, P. B. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde Sociedade**, 17(3):113-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/12.pdf>> Acesso em: 24 Mar.2012 às 17h.

VIEIRA, L. S. **A Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher Perante a Lei 11.340/06**. Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título Bacharel em Direito pela Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI. Santa Catarina, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

Perfil Social e Demográfico da Mulher

1. Escolaridade: () Não alfabetizada () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo. () não informado
2. Profissão: _____ () não informado
3. Remunerado: () Sim () Não () não informado
4. Alguma outra atividade além do trabalho? () Não () Sim Qual/is? _____
() não informado
5. Cor/Raça: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () não informado
6. Estado Civil: () Solteira () Casada/união consensual () Viúva () separada () homo afetiva () não informado
7. Tempo de convivência: _____ () não informado
8. Filhos: () sim () não () não informado
9. Quantos: () crianças () adolescentes () não informado

Perfil de Saúde da Mulher

1. Possui algum tipo de deficiência/transtorno?
() Física () Mental () Auditiva () Visual () Não () outras deficiências _____
() Não informado
2. Toma algum medicamento? () não () Sim. Qual/is _____
() Não informado
3. Pratica atividade física? () não () Sim. Qual/is _____
() Não informado

Dados da Violência

1. Data da ocorrência ___/___/_____
2. Grau de parentesco do agressor _____

3. Local da Ocorrência () Residência () via pública () habitação coletiva () escola () bar ou similar () trabalho () comércio/serviços () ignorado () outro _____ () não informado.

4. Tipo de Violência: () Física () Psicológica () Moral () patrimonial () sexual () tortura () outras _____ () não informado

5. O que te faz permanecer nessa situação? _____

6. Qual o sentimento em relação ao agressor (a)? _____

Atenção à mulher vítima de violência.

1. Encaminhamento da mulher atendida para outros setores

() Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM

() Instituto Médico Legal (IML)

() Hospital

() Defensoria Pública

() Casa Abrigo

() Centro de Referência da Mulher

() Centro de Referência da Assistência Social – CRAS

() Núcleo de Atenção a mulher em situação de violência

() Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS

() Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente

() Vara da Infância/Juventude

() Conselho Tutelar

() Ministério Público

() Outros encaminhamentos: _____

() Não informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____
_____, _____ (CARGO) _____ fiel

depositário dos prontuários e da base de dados desta instituição: Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM) de Cajazeiras/PB, declaro que a aluna Márcia Luana Firmino Serafim está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profª Ms. Milena Silva Costa, cujo objetivo geral é “Conhecer as causas e consequências da violência em mulheres”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Ressalto que se houverem dúvidas sobre a pesquisa, entrarei em contato com a pesquisadora Milena Silva Costa, no endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n – Casas Populares. Telefone: 5322000. Cajazeiras, _____ de _____ de 2012

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

APÊNDICE C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

À Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM) de Cajazeiras/PB
Sr (a) _____

Ref.: Autorização de Realização de Pesquisa

Com intuito de contribuir para a melhoria dos serviços desta Instituição, através da descoberta de evidências técnico-científicas, vimos solicitar a autorização de V.Sa. para a realização de um estudo intitulado: “VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA”.

A pesquisa tem como objetivo(s) - Conhecer as causas e consequências da violência em mulheres; Caracterizar o perfil social, demográfico e de saúde das mulheres vítimas de violência; Identificar o agressor, local e tipo de violência e Investigar a intersectorialidade na atenção a mulher vítima de violência.

Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras/PB. Todos os trâmites seguirão os pressupostos pautados na legislação vigente. Ficamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Nome e Assinatura do Pesquisador

Nome e Assinatura do Orientador



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS - PARAÍBA
Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres
Cajazeiras - Paraíba

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Secretário (a) da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres de Cajazeiras - PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS DENÚNCIAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA”, que será realizada nas dependências dessa Secretaria no período de setembro a dezembro de 2012, tendo como pesquisadora a Prof^a Ms. Milena Silva Costa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras; e colaboradora Márcia Luana Firmino Serafim, acadêmica de enfermagem dessa Universidade.

Cajazeiras - PB, ____ de _____ de 2012.

Secretário da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres de Cajazeiras - PB

ANEXOS



SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER SUSANE ALVES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES

FICHA DE ATENDIMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

DATA DO ATENDIMENTO / /

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO DE ORIGEM: RUA/AV _____
Nº _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____

CONTATOS: Tel: _____

Cel: _____ email _____

ESCOLARIDADE:

() Não alfabetizada () Fundamental incompleto () Fundamental Completo

() Médio incompleto () Médio Completo () Superior incompleto () Superior Completo

PROFISSÃO: _____

TRABALHA NA PROFISSÃO: () sim () não () outra ocupação

() Não remunerado Qual? _____ () remunerado

Qual? _____

Alguma outra atividade além do trabalho? () Não () Sim

Qual/is? _____

COR/RAÇA:

() -Branca () -Negra () -Amarela () -Parda () -Indígena

SITUAÇÃO CONJUGAL/CONDIÇÃO CIVIL

() Solteira () Casada/união consensual () Viúva () Separada () homo afetiva

Tempo de convivência: _____

FILHOS: () sim () não

Quantos: () crianças () adolescentes



SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER SUSANE ALVES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES

POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA/ TRANSTORNO?

() Física () Mental () Auditiva () Visual () Não () Outras deficiências

Toma Algum medicamento?

Qual/is

Pratica atividade física?

Qual?

II - DADOS DA VIOLÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA

____/____/____

Grau de Parentesco?

Local de ocorrência

() - Residência () Via pública () Habitação coletiva () Escola () Bar ou similar
() Trabalho () Comércio/serviços () Ignorado () Outro

Tipo de violência

() Física () Psicológica () Moral () Patrimonial
() Sexual () Tortura () Outras

O que te faz permanecer nessa situação?

Qual seu sentimento em relação ao agressor/a

UM POUCO DA HISTÓRIA RELATADA / SÍNTESE DA DENÚNCIA

III - ENCAMINHAMENTO DA MULHER ATENDIDA PARA OUTROS SETORES

() Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM () Instituto Médico Legal (IML) () Hospital
() Defensoria Pública () Casa Abrigo () Centro de Referência da Mulher

CNPJ: 08.923.971/0001-15 - Rua Epifânio Sobreira nº 113 - Centro - Cajazeiras /PB -
seppm_cajazeiras@yahoo.com.br Fone: (83) 3531- 4852



SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES
CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER SUSANE ALVES DA SILVA
COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES

- () Centro de Referência da Assistência Social/ -CRAS () Núcleo de Atenção a Mulher em situação de violência
() Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS
() Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente () Vara da Infância / Juventude
() Conselho Tutelar () Ministério Público

IV – OUTROS ENCAMINHAMENTOS

V – CONCLUSÃO/OBSERVAÇÃO :

**RESPONSÁVEL/EIS PELO
ATENDIMENTO:** _____