



DANIELE FERREIRA ACOSTA

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ESTUDO DAS OCORRÊNCIAS REGISTRADAS
NA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES - RIO
GRANDE/RS.**

**RIO GRANDE
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ESTUDO DAS OCORRÊNCIAS REGISTRADAS
NA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES - RIO
GRANDE/RS.**

DANIELE FERREIRA ACOSTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Dr^a Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

Co-Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem

RIO GRANDE

2012

A185v Acosta, Daniele Ferreira

Violência contra a mulher: estudo das ocorrências registradas na delegacia especializada de atendimento às mulheres – Rio Grande/RS/ Daniele Ferreira Acosta. – 2012. 99 f.

Orientadora: Vera Lucia de Oliveira Gomes

Co-orientador: Edison Luiz Devos Barlem

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2012.

1. Enfermagem. 2. Saúde pública. 3. Violência doméstica. I. Título. II. Gomes, Vera Lucia de Oliveira. III. Barlem, Edison Luiz Devos.

CDU: 616-083:614

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jane M. C. Cardoso CRB 10/849

DANIELE FERREIRA ACOSTA

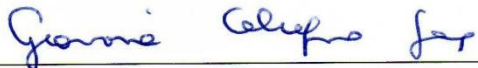
**VIOLENCIA CONTRA A MULHER: ESTUDO DAS OCORRÊNCIAS REGISTRADAS
NA DEAM – RIO GRANDE/RS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 24/12/12 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Mara Regina Santos da Silva

Nome da Coordenadora do Programa

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA	
Dr ^a Vera Lucia de Oliveira Gomes Presidente (FURG)	
Dr ^a . Adriana Dora da Fonseca Membro Interno (FURG)	
Dr ^a . Giovana Calcagno Gomes Suplente Interno (FURG)	
Dr ^a Olga Rosaria Eidt Membro Externo (PUC)	
Dr ^a Denise Grafulha Suplente Externo - SMS	

AGRADECIMENTOS

À Deus...por me dar forças para lutar a cada dia e vencer mais uma etapa em minha vida.

À minha mãe, pelo apoio durante esta trajetória e por respeitar minhas escolhas. Pelas horas acordada esperando as luzes da casa se apagarem, na madrugada. Peço-lhe desculpas pelo meu silêncio em momentos em que queria conversar.

Ao meu pai pelo apoio, embora à distância, e incentivo em seguir esta carreira. Pelos conselhos ao telefone.

Às demais pessoas da minha família, que acreditaram no meu esforço e pelo desejo de sucesso, à minha irmã e à minha avó. Ao meu namorado que mesmo distante sempre esteve na torcida.

A uma profissional exemplar, colega, amiga, conselheira; uma segunda mãe, Dra Vera Gomes. Minha orientadora, que acreditou na minha competência como pesquisadora. Minha eterna gratidão pelo incentivo, pelos ensinamentos, pelos elogios e, principalmente, por mostrar-me e fazer-me crescer com os próprios erros.

Ao meu co-orientador Dr. Edison Barlem pelo conhecimento compartilhado e à banca examinadora, Dra Adriana Dora da Fonseca, Dra Olga Rosaria, Dra Giovana Gomes, Dra Denise Grafulha pela contribuição na construção do meu conhecimento.

A todas às colegas que me auxiliaram na coleta de dados: Cristiane Amarijo, Camila Silva, Gabriela Del Mestre, Liane e Alessandra.

A delegada Ligia por abrir as portas da delegacia para desenvolvermos este estudo. Ao restante da equipe pela acolhida e auxílio durante o período da coleta de dados.

Ao corpo da Escola de Enfermagem, pois fazem parte desta vitória. Aos amigos e amigas pela força e desejo de sucesso.

RESUMO

ACOSTA, Daniele Ferreira. Violência contra a mulher: estudo das ocorrências registradas na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres. 2012. 99 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Introdução: no Brasil, a violência contra a mulher foi reconhecida somente com a Convenção Belém do Pará, em 1995. A partir daí, inúmeras medidas para prevenção e combate foram instituídas, entre elas a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAM) e a Lei Maria da Penha. No entanto, muitas mulheres ainda são vitimadas, na maioria das vezes dentro do próprio lar. Objetivos: delinear o perfil das mulheres vítimas de violência; identificar as formas de violência registradas na DEAM da cidade do Rio Grande/RS; identificar os motivos que levam à prática da violência e descrever os atos violentos perpetrados, por parceiro íntimo, às mulheres que registraram ocorrência na DEAM. Metodologia: estudo documental, quanti e qualitativo, de natureza exploratória, descritiva e delineamento transversal. Fizeram parte do estudo todas as ocorrências cujas vítimas eram mulheres com 18 anos ou mais. O espaço temporal adotado estendeu-se de agosto de 2009, quando foi implantada a delegacia, a dezembro de 2011. Os dados foram coletados entre outubro de 2011 e março de 2012. Para a coleta, foi elaborado e aprovado, após testagem, um instrumento contendo informações acerca do agressor, da vítima, bem como do tipo de violência praticada. Os dados foram digitados em planilhas do tipo Excel. A análise quantitativa foi efetuada por meio de estatística descritiva e do software estatístico SPSS versão 17.0. Para o estudo qualitativo utilizou-se a análise de conteúdo. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande sob Parecer nº 137/2011. Resultados: estão descritos em dois artigos. Analisaram-se 902 ocorrências policiais evidenciando-se que a maioria das vítimas eram mulheres brancas, jovens, com baixa escolaridade. Ainda foi possível identificar que o Centro da cidade ocupou a segunda posição como local de moradia das vítimas, desmitificando a idéia de que a violência predomina na periferia. A violência física prevaleceu nos registros notificados, seguida do descumprimento de ordem judicial. Além disso, encontrou-se a reincidência de denúncias, o que pode estar atrelado à morosidade judicial. Observou-se também, que existem diversos motivos desencadeadores da violência, no entanto todos eles apresentam como pano de fundo as questões associadas ao gênero. A simultaneidade da violência bem como a extensão aos filhos, família e sociedade retratam a gravidade do fenômeno e a necessidade de se rever a resolutividade das medidas protetivas e das penas atribuídas aos agressores. Conclusões: este estudo expôs, parcialmente, a situação da violência contra a mulher no município, pois se sabe que existem muitos casos velados que não chegam a ser notificados. Entretanto, evidenciou-se o predomínio da violência física cometida por parceiro íntimo repercutindo em graves consequências à vida das vítimas. Assim, julga-se ímpar a implementação de uma rede efetiva de apoio a essas mulheres bem como a atuação de equipe multidisciplinar capacitada, coesa e sensível ao problema, incluindo os profissionais da saúde, que precisam, ainda, estar ciente da

obrigatoriedade da notificação compulsória, fundamental para a formulação de novas políticas públicas de combate e prevenção a esse fenômeno.

Descritores: Violência contra a mulher. Violência doméstica e familiar. Gênero. Enfermagem. Saúde Pública.

ABSTRACT

ACOSTA, Daniele Ferreira. Violence against women: a study of incidents recorded in the Specialized Police Service to Women. 2012. 99 fls. Dissertation (Masters Degree in Nursing) - School of Nursing. Post Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Introduction: In Brazil, violence against women has been recognized only with the Convention of Belém do Pará, in 1995. Since then, a number of measures to prevent and combat were introduced, including the creation of the Special Police Service to Women (*Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres* - DEAM) and Maria da Penha Law. However, many women are still victimized, mostly within their homes. Objectives: To define the profile of women who are victims of violence; identify forms of violence recorded in Rio Grande's DEAM / RS; identify the reasons behind violent acts and describe those perpetrated by an intimate partner, to the women who reported events at the DEAM. Methodology: a documentary, quantitative and qualitative study, of exploratory and descriptive nature and cross-sectional outline. Study participants were all cases where victims were women aged 18 or more. Timeline adopted extended from August 2009, when the specialized police service was established, to December 2011. Data were collected between October 2011 and March 2012. For collection, it was developed and approved, after testing, a tool containing information about the offender, the victim and the type of violence. Data were entered into spreadsheets such as Excel. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics and statistical software SPSS version 17.0. As for the qualitative study, the content analysis was applied. This project was approved by the Research Ethics in the Field of Health, in the Federal University of Rio Grande under Act No 137/2011. Results: they are described in two articles. We analyzed 902 police reports showing that most of the victims were white females, young, of low education. It was possible to identify that the city center occupied the second position as place of residence of the victims; demystifying the idea that violence only occurs on the outskirts of the city. The physical violence by an intimate partner prevailed in notified records followed by breach of a court order. Furthermore, we found a recurrence of complaints, which can be linked to a lengthy lawsuit. It was also observed that there are several reasons to trigger violence; however they all have the background issues related to gender. The simultaneity of violence and the extent to children, families and society portray the seriousness of the phenomenon and the need to revise the resolution of the protective measures and penalties assigned to the aggressors. Conclusions: This study explained, in part, the situation of violence against women in the city of Rio Grande, as it is known that there are many veiled cases that do not reach the reporting process. However, there was a predominance of physical violence by an intimate partner in serious consequences impacting the lives of victims. Thus, it urges to implement an effective network to support these women as well as a multidisciplinary team trained, cohesive and sensitive to such issues, including health professionals, who need to be aware of the requirement of mandatory reporting, crucial for the formulation of new policies to combat and prevent such a phenomenon.

Keywords: Violence against women. Domestic and family violence. Gender. Nursing. Public Health

RESUMEN

ACOSTA, Daniele Ferreira. Violencia contra las mujeres: un estudio de los incidentes registrados en el Servicio de Policía Especializada para Mujeres. 2012. 99 fls. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

Introducción: En Brasil, la violencia contra las mujeres ha sido reconocida solamente con la Convención de Belém do Pará, en 1995. Desde entonces, una serie de medidas para prevenir y combatir fueron introducidos, incluyendo la creación de la Policía Especial de Mujeres (*Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres* - DEAM) y Ley Maria da Penha. Sin embargo, muchas mujeres siguen siendo víctimas, sobre todo dentro de la casa. Objetivos: Definir el perfil de las mujeres víctimas de la violencia, identificar las formas de violencia registrados en DEAM de Río Grande / RS, identificar las razones por qué la práctica de la violencia y describir los actos violentos perpetrados por su pareja, las mujeres que registró ocurrencia en DEAM. Metodología: estudio documental, diseño cuantitativo y cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal. Los participantes del estudio fueron todos los casos en que las víctimas eran mujeres de 18 años o más. Cronología adoptado extendió desde agosto de 2009, cuando la estación fue establecida, a diciembre de 2011. Los datos fueron recogidos entre octubre de 2011 y marzo de 2012. Para la recolección, se elaboró y aprobó, después de las pruebas, una herramienta que contiene información sobre el delincuente, la víctima y el tipo de violencia. Los datos se introdujeron en las hojas de cálculo como Excel. El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva y software estadístico SPSS versión 17.0. Para el estudio cualitativo utilizó el análisis de contenido. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en el Ámbito de la Salud, de la Universidad Federal de Río Grande bajo Dictamen n ° 137/2011. Resultados: se describen en dos artículos. Se analizaron 902 informes policiales muestran que la mayoría de las víctimas eran mujeres blancas, jóvenes, educación de baja. Aunque fue posible identificar el centro de la ciudad ocupó la segunda posición como lugar de residencia de las víctimas, desmitificando la idea de que la violencia que prevalece en la periferia. La violencia física se impuso en los registros de notificación, el incumplimiento de una orden judicial. Por otra parte, nos encontramos con una recurrencia de las quejas, las cuales pueden estar relacionadas con un corte largo. También se observó que hay varias razones que la violencia de disparo, sin embargo todos ellos tienen las cuestiones de fondo relacionadas con el género. La simultaneidad de la violencia y el grado en niños, las familias y la sociedad retratar la gravedad del fenómeno y la necesidad de revisar la resolución de las medidas de protección y las penas asignadas a los agresores. Conclusiones: En este estudio se explica, en parte, la situación de violencia contra las mujeres en la ciudad, se sabe que hay muchos casos que no llegan a la velada será notificado. Sin embargo, hubo un predominio de la violencia física por parte de su pareja en consecuencias graves que afectan la vida de las víctimas. Por lo tanto, se considera extraño implementación de una red eficaz de apoyar a estas mujeres y el equipo multidisciplinario capacitado, emisión coherente y sensible, incluidos los profesionales de la salud, que tienen que ser también conscientes de la obligación de notificación obligatoria fundamental para la formulación de nuevas políticas para combatir y prevenir este fenómeno.

Palabras clave: Violencia contra las mujeres. La violencia doméstica y familiar. Género. Enfermería. Salud Pública.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 A evolução do papel da mulher na sociedade.....	16
3.2 Fatores de Risco para a Violência contra a Mulher.....	20
3.3 Ciclo da Violência contra a mulher.....	25
3.4 Da invisibilidade à Lei Maria da Penha.....	28
3.5 Assistência interdisciplinar às mulheres em situação de violência com foco na área da saúde.....	32
3.6 Enfoques dos estudos sobre a violência contra a mulher.....	36
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	47
4.1 Tipo de Pesquisa.....	47
4.2 Local da Pesquisa.....	47
4.3 População/Amostra.....	48
4.4 Instrumento de coleta de dados.....	48
4.5 Coleta de dados.....	49
4.6 Análise de dados	49
4.7 Aspectos éticos.....	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5.1 Artigo 1: Violência contra a mulher: desvelando as características epidemiológicas dos casos notificados.....	52
5.2 Artigo 2: Violência por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A – CARTA DA MULHER BRASILEIRA AOS CONSTITUINTES.....	87
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE – CEPAS.....	95
APÊNDICE A – ENFOQUES DOS ESTUDOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	96
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	99.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um problema mundial que sempre fez parte da existência humana. Apresenta uma trajetória marcada pelas esferas social, cultural e econômica. Entretanto, tal fato não serve de justificativa para que a população a aceite como algo irrevogável.

Estima-se que a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, em consequência desse fenômeno, conforme divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como:

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

Dentre as formas reconhecidas pela OMS encontram-se três categorias, classificadas de acordo com as características do agressor: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva. O primeiro tem como autor a própria pessoa dirigindo atos violentos contra si mesmo. A interpessoal é aquela que ocorre, geralmente, entre os membros da família e parceiros íntimos ou entre pessoas sem parentesco, sejam conhecidas ou não. Já a coletiva é cometida por grandes grupos ou pelo Estado sendo subdividida em social, econômica e política.

De acordo com as modalidades da violência interpessoal têm-se as mulheres como as principais vítimas, principalmente pelo parceiro íntimo (DAY et al, 2003). Sabe-se que elas são mais vulneráveis tanto por razões culturais e sociais como políticas. Foi somente com a Convenção de Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995, que pela primeira vez, no país, a violência contra a mulher passou a ter implicações legais. Até então, os atos violentos eram amplamente noticiados, porém seus autores permaneciam impunes.

Na referida convenção, oficialmente denominada “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher”, o termo violência contra a mulher foi definido como “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 1994, p.2). Com tal conotação, o

documento reconhece que a violência pode ser praticada em diferentes cenários, ou seja, tanto em ambiente doméstico, nas relações familiares e interpessoais entre agressor e vítima; quanto na comunidade, praticada por outras pessoas ou mesmo pelo Estado. Como exemplos, o documento cita estupro, abuso sexual, tortura, maus tratos, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual (BRASIL, 1994, p.2).

Com base nessa convenção e em outros tratados, ficou estabelecido pela lei 11.340/2006 que violência familiar é aquela praticada por pessoa com laço consanguíneo ou que se considere aparentada, e violência doméstica a praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente de vínculo familiar (BRASIL, 2007a).

Embora exista amparo legal às vítimas de violência, os dados referentes a esse fenômeno são alarmantes em nível mundial. Nesse sentido, a violência se faz presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, e sua ocorrência independe da situação socioeconômica e cultural dos(as) envolvidos(as). Tais características demonstram a gravidade da problemática e a necessidade de se desencadear reflexões e ações voltadas para sua prevenção e combate.

Na Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos, por exemplo, oscila entre 40 a 70% a taxa de mulheres assassinadas pelos próprios parceiros. Ainda, nos Estados Unidos, a cada 18 minutos uma mulher é espancada, e a cada seis minutos uma é estuprada. Na China, um terço das mulheres diz apanhar dos maridos. De acordo com o *United Nations Department of Public Information* (2008), as mulheres com idade entre 15 e 44 anos têm maior risco de estupro e violência doméstica do que de sofrerem acidentes, contraírem câncer, malária, ou ainda, serem vitimadas na guerra.

A ex ministra da Secretaria de Política para as Mulheres, no Brasil, que cumpriu seu cargo até fevereiro de 2012, Iriny Lopes, relata que, no país, a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente (LOPES, 2011). Registros demonstram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa, e que o agressor é o próprio marido ou companheiro; mais de 40% das violências resultam em lesões corporais em consequência de socos, tapas, chutes, queimaduras e espancamentos (NARVAZ, KOLLER; 2006a).

Somente no Rio Grande do Sul, 388 mulheres foram vítimas de homicídio consumado entre setembro de 2006 a junho de 2008. Em 78,75% dos casos, o crime foi cometido na própria residência da vítima, em segundo lugar figura a via pública como local em que mais ocorreram agressões. (SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA/RS, 2008).

Devido à repercussão e gravidade de fatos similares anteriores é que as Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs) foram criadas, com o objetivo de combater e prevenir todos os tipos de violência praticada contra a mulher. Essa conquista ocorreu nos anos oitenta, durante o movimento de redemocratização política que ocorria no país. Naquele período, protestos feministas passaram a expressar a conscientização da sociedade sobre o papel da mulher, seus direitos ou espaços de atuação, bem como sobre o descaso do poder judiciário frente a essa forma de violência (PASINATO, 2004).

A primeira DEAM, criada em 1985 na capital paulista, foi fruto de incansáveis reivindicações. Esse tipo de delegacia, pioneira e inédita, logo começou a se expandir pelo Brasil e pelo mundo (PASINATO, 2004). Segundo a titular do referido estabelecimento, no dia seguinte à inauguração, havia na porta da delegacia uma fila de 500 mulheres a espera de atendimento (SANTOS, 2001). Isso demonstrou a necessidade de um local voltado exclusivamente para elas, como forma de incentivo à denúncia e proteção contra violência.

Muitos entraves surgiram durante o período de adaptação dessas delegacias, dentre eles citam-se distribuição inadequada, com 40% das DEAMs concentradas na Região Sudeste e apenas 10% cobrindo o restante do território brasileiro, além da falta de profissionais capacitados(as) e de recursos materiais para o adequado atendimento (SILVEIRA, 2003). Assim, houve necessidade de criação de normas para assegurar um atendimento padrão nas referidas organizações.

No entanto, as Normas Técnicas de Padronização das Delegacias (NT) foram criadas apenas em 2005 com o objetivo de definir os recursos estruturais mínimos para o funcionamento das DEAMs. Ficou, então, estabelecido que as pessoas que trabalhassem diretamente com as vítimas deveriam ser preferencialmente mulheres, com cursos de capacitação nessa área de conhecimento. Tal recomendação visava tanto reforçar a conscientização de que as agressões se constituíam em crimes, quanto eximir qualquer conduta discriminatória (BRASIL, 2010).

O Brasil conta com 446 DEAMs, número insuficiente, considerando-se as dimensões do país. Além disso, persistem problemas referentes à estrutura física inadequada e à falta de profissionais capacitados(as) (PASINATO, SANTOS; 2008). Assim, embora se saiba que a criação dessas delegacias representou, e representa, uma grande conquista para as mulheres, vários avanços ainda se fazem necessários para a prestação de uma adequada assistência às vítimas.

Na cidade do Rio Grande/RS, a Delegacia Especializada no Atendimento às Mulheres foi criada em seis de agosto de 2009, “tendo como atribuições prevenir, reprimir e exercer atividade de Polícia Judiciária no município nos crimes de lesões corporais contra a liberdade pessoal e contra os costumes em que o sujeito passivo do delito seja pessoa do sexo feminino” (RIO GRANDE DO SUL/DEAM, 2009, p. 1). De acordo com os(as) profissionais desse estabelecimento, estima-se que mensalmente sejam realizadas, em média, 150 ocorrências.

Considerando que a violência contra a mulher é um problema de saúde coletiva, também se torna responsabilidade dos profissionais de saúde atuar no enfrentamento desse fenômeno, pois os serviços de saúde são importantes instâncias na detecção do problema, sendo, muitas vezes o primeiro lugar em que a vítima procura auxílio.

Todavia, de acordo com Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008) muitos(as) profissionais da saúde, pautados na formação biologicista, limitam-se a tratar apenas dos sinais e sintomas apresentados pelas vítimas. Na realidade, a atuação profissional deveria envolver, sempre que possível, encaminhamentos à rede específica de proteção e assistência às mulheres, além da notificação a qual deve ser efetuada, mesmo nos casos de suspeita de violência. Essa conduta visa romper o ciclo da violência intergeracional, conhecer a magnitude do problema, tipificar as várias formas de violência e delinear o perfil tanto da vítima como do agressor.

Portanto, é necessário abordar a violência contra a mulher com conhecimento técnico-científico. Além disso, é preciso expandir as discussões sobre a temática e, assim, possivelmente contribuir para que políticas públicas sejam reformuladas e que profissionais de diferentes áreas articulem-se para atuar tanto na prevenção da violência, quanto na recuperação das vítimas e suas famílias. Reconhecendo tal premência, optou-se por abordar esta temática, na presente dissertação, defendendo a seguinte hipótese:

- Embora a legislação vigente no Brasil proteja as mulheres contra a violência física, psicológica, moral, sexual e patrimonial, a maior parte das notificações efetuadas na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres, em Rio Grande, refere-se à violência física, provocada pelo companheiro dentro do próprio lar.

Com o presente estudo, pretende-se investigar:

- Qual o perfil das mulheres, que registraram ocorrência de vitimização na DEAM na cidade do Rio Grande/RS?
- Quais as formas de violência contra a mulher estão registradas nas ocorrências da DEAM na cidade do Rio Grande/RS?
- Que motivos desencadearam os atos violentos registrados na DEAM na cidade do Rio Grande/RS?
- Como foram praticados os atos violentos, perpetrados por parceiro íntimo, às mulheres que registraram ocorrência na DEAM da cidade do Rio Grande/RS.

2 OBJETIVOS

- Delinear o perfil das mulheres vítimas de violência registrada na DEAM da cidade do Rio Grande/RS.
- Identificar as formas de violência registradas na DEAM na cidade do Rio Grande/RS.
- Identificar os motivos que levaram à prática da violência.
- Descrever os atos violentos perpetrados, por parceiro íntimo, às mulheres que efetuaram denuncia na DEAM da cidade do Rio Grande/RS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo contempla, na sua revisão de literatura, seis subcapítulos. Inicialmente apresenta-se a violência contra a mulher sob o enfoque de gênero e sua relação com o patriarcado, ambos derivados de uma construção sociocultural que legitimou o poder ao homem. A seguir, descrevem-se os fatores associados à violência contra a mulher, fatores esses que influenciam o comportamento humano, aumentando ou diminuindo a probabilidade de uma pessoa tornar-se vítima ou agressor. Abordam-se, ainda, o ciclo da violência, composto por três fases, que expõem o desencadeamento desse fenômeno. Consecutivamente, delineiam-se as principais lutas, conquistas e marcos legais voltados ao reconhecimento da violência contra a mulher como uma violação aos direitos humanos. O penúltimo subcapítulo destaca a importância da atuação interdisciplinar e intersetorial, bem como apregoa a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para garantir adequada assistência às vítimas. Por fim, apresenta-se a tendência dos estudos realizados no campo da enfermagem acerca da violência contra a mulher.

3.1 A evolução do papel da mulher na sociedade

A violência contra a mulher destaca-se entre os problemas sociais da atualidade. Entretanto, trata-se de um fenômeno histórico-cultural que ultrapassa o corpo biológico e pode ser abordado pela ótica de gênero.

Entende-se por gênero uma construção sociocultural e linguística sobre as diferenças de sexo (SCOTT, 1995). Envolve os papéis que cada um(a) desempenha, os comportamentos e as normas impostas pela sociedade, que, de maneira antagônica, acabam resultando em desigualdades.

Para compreender esse processo, exemplos retratam a legitimidade das questões de gênero. Considera-se que cuidar de crianças e da casa seja o destino “natural” de pessoas do sexo feminino. Da mesma forma, foi destinado ao sexo masculino o trabalho externo, ou seja, fora do ambiente doméstico. É importante reconhecer que o modo como as ocupações e as funções foram organizando-se ao longo dos séculos, não se deveu a instintos ou dons naturais, mas sim a regras sociais que visavam preservar o culturalmente definido como adequado para homens e mulheres (GOMES, 2008).

Nesse sentido, o que é natural e o que é cultural confundem-se até hoje. Natural é a mulher gestar, parir e amamentar. Tais funções biologicamente determinadas são inquestionáveis, estão inscritas no genótipo feminino. Cultural é a convicção de que cabe a mulher o cuidado integral do bebê, sendo somente ela capaz de dar banho, preparar o alimento, trocar as fraldas, levar ao posto de saúde, responsabilizar-se pelo êxito da criança na escola. Nas situações em que o companheiro realiza alguma atividade, isso desencadeia estranheza na família e na vizinhança e gera agradecimentos, pois é considerada uma ajuda.

Assim, o culturalmente construído refere-se a um conjunto de normas que regulamentam as ações humanas e advém das crenças, valores e modos de sobrevivência de um grupo populacional (FERREIRA, 2005). É no cotidiano que a cultura é transmitida de geração em geração e que os diferentes costumes são apreendidos, aprendidos e aceitos como verdade. Entretanto, considerando-se que são meramente papéis desempenhados por tradição, eles podem ser modificados.

Felipe (2008) argumenta que tais efeitos podem ser percebidos e problematizados através dos comportamentos, nas falas, nos silêncios, nas formas de olhar e de sentir, no dia-a-dia. Para Seffner (2008) desmistificar a construção minuciosa dessas idéias requer que as pessoas sejam educadas para perceber tais situações e lutar pela equidade de gênero. Abordando o ensino, o autor exemplifica comentando que “...professores e professoras têm que perceber que meninas podem ser boas em Matemática e em Educação Física, e os meninos podem aprender a fazer poemas na aula de Língua Portuguesa e a tirarem boas notas em Educação Artística” (SEFFNER, 2008, p. 19).

Nas concepções de Scott (1995), gênero é um desencadeador das relações de poder que, por ventura, serve para justificar o domínio da mulher pelo homem. É com essa ideologia, machista, que estudos feministas consideram o patriarcado como uma das principais correntes teóricas que orienta as análises da violência contra a mulher.

O patriarcado teve origem na Roma Antiga, sendo importado para o Brasil na época colonial. Tratava-se de uma organização que tinha no centro da família o patriarca, acompanhado pela mulher e pela prole. Aquele tinha ao redor da sua casa tanto pessoas que lhe prestavam serviços quanto amantes e filhos(as) ilegítimos(as) (PARKER, 2000).

Na cultura patriarcal, o poder não se centrava no pai, mas sim nos homens, sendo as mulheres subordinadas ao sexo masculino, bem como os(as) mais jovens submissos aos mais velhos. A supremacia masculina concebeu uma valoração nas suas atividades estabelecendo papéis sexuais e sociais a ambos os sexos (SCOTT, 1995). Assim, a polaridade predominava nas relações do casal. Na figura do pai encontrava-se o chefe da família, com autoridade sobre a esposa e a prole. Suas atividades eram voltadas ao mundo social, à política e domínio da família. A mulher era servil, tendo suas ocupações restritas ao próprio lar, aos afazeres domésticos e ao cuidado dos filhos e filhas (NARVAZ, KOLLER; 2006b).

As atitudes autoritárias do sexo masculino suprimiam qualquer possibilidade de autonomia do sexo feminino. As filhas eram vigiadas no sentido de preservar sua virgindade e, conseqüentemente, a honra do pai. A partir dos doze anos o patriarca lhe arranjava casamento, e, como uma mercadoria cambiável, a jovem passava a ser propriedade do marido, tendo que administrar a casa e servir como reprodutora (NARVAZ, 2005). Já aos filhos homens cabia a iniciação sexual precoce, como prova de masculinidade e contribuição para a força de trabalho na fazenda (PARKER, 2000).

Naquela época a mulher não questionava sobre suas atribuições. Acreditava ser um dom natural a capacidade para o cuidado da família, cabendo ao marido o papel de provedor do lar. No início do século XX os direitos da mulher ainda não eram reconhecidos, fato que dificultava sua inserção na vida pública. Em 1916, com a criação do Código Civil Brasileiro, ficou legalmente determinado que a mulher casada só poderia trabalhar mediante a autorização do marido (NARVAZ, KOLLER; 2006b).

Por outro lado, a autonomia da mulher começou a se configurar em decorrência de necessidades sociais. Nesse sentido, Probst (2004) comenta que a primeira e segunda Guerras Mundiais foram importantes para a independência feminina, pois, enquanto os homens enfrentavam as batalhas ou quando retornavam mutilados e impedidos de trabalhar, eram elas que assumiam os negócios da família.

Entretanto, com a inserção das mulheres em âmbito fabril, as questões relacionadas ao salário e a jornada de trabalho passaram a sofrer discrepâncias. Trabalhavam muito e ganhavam menos que os homens. Por serem consideradas

frágeis e ignorantes foram colocadas para atuar em locais insalubres, nas tarefas menos especializadas e sempre como assistentes de um chefe, nunca em uma posição de comando (STEIN, 2000). A autora destaca, ainda, que nas fábricas elas sofriam discriminação e assédio sexual constante. Além do trabalho exaustivo, a sociedade cobrava das mães trabalhadoras a educação dos(as) seus(suas) filhos(as) e a atuação no espaço doméstico (STEIN, 2000).

No Brasil, com o movimento sufragista, as mulheres ganharam o direito ao voto, conquistado na Constituição de 1934, durante o governo Vargas. Somado a isso, reivindicaram o direito à educação, às condições adequadas de trabalho, exercício da docência, entre outros (MEYER, 2003). Foi com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943, que as diferenças salariais, de ambos os sexos, foram reconhecidas. O Art. 5º da LEI 5.452 deixava claro que “todo trabalho de igual valor corresponderá salário igual, sem distinção de sexo” (BRASIL, 1943). No entanto, em termos práticos, 69 anos após a aprovação da CLT ainda verifica-se desigualdade nos salários de homens e mulheres que realizam funções semelhantes. Essa diferença ocorre, mesmo elas apresentando um nível maior de escolaridade (BRASIL, 2008).

Visando acabar com essa iniquidade de gênero, o Senado brasileiro aprovou recentemente um projeto que multa as empresas que pagarem às mulheres salários inferiores aos dos homens, quando ambos ocuparem as mesmas funções. Se a empresa desrespeitar essa decisão, será multada em cinco vezes a diferença salarial correspondente a todo o período de contratação da mulher. Para entrar em vigor falta, somente, ser sancionada pela atual presidente (SENADO FEDERAL, 2012).

A partir de 1988, depois de 21 anos de ditadura militar, o país progrediu no que se refere à transição democrática e institucionalização dos direitos humanos (PANDJIARJIAN, 2005). Houve participação em massa das mulheres na constituinte através de uma campanha nacional com o lema “Constituinte para valer tem que ter palavra de mulher” e “Constituinte para valer tem que ter direitos de mulher”. Através de uma carta, elas conseguiram garantir 80% de suas reivindicações. Tais quesitos foram apontados na “Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes” (ANEXO A), a qual foi entregue no Congresso Nacional, em 1986, por mais de mil mulheres. Essa conquista, inédita e histórica, foi possível graças à atuação forte e organizada junto

ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (PANDJIARJIAN, 2005; PITANGUY, 2009).

A mídia também teve papel significativo na tentativa de sensibilizar o público para apoiar essas questões. *Outdoors* com a foto de um pai na posição central da família cercada pela mulher e prole, contendo a frase “família não é mais aquela, mas as leis ainda o são” foram espalhados na comunidade. A imagem de uma mulher em uma corda bamba equilibrando casa e trabalho foi divulgada para chamar atenção das autoridades da necessidade de proteção e benefícios sociais ao sexo feminino (PITANGUY, 2009).

Somado a isso, depois de vários anos de tramitação no Congresso, entrou em vigência, no ano de 2003, o novo Código Civil, substituindo o de 1917. Termos que centravam a autoridade e os direitos sobre o sexo masculino foram substituídos, como por exemplo: ao invés de “chefia” foi adotada a expressão “direção compartilhada”. No lugar de “prevalência paterna no pátrio poder” foi utilizado “poder familiar compartilhado”, e o termo “homem” foi trocado por “pessoa”, etc. (PANDJIARJIAN, 2005). Tais ações representaram um grande avanço na tentativa de minimizar a desigualdade entre os sexos.

Com o exposto, percebe-se que a cultura, veiculada pela família, legitimou as relações de poder, de gênero e sexualidade, tornando o ambiente familiar um terreno fértil para a prática da violência (MEYER, 2009). Por vezes, de forma velada, representada pela proibição ao trabalho e, em outras ocasiões, de forma explícita, ocorrendo até mesmo em âmbito público e com graves consequências para a vítima.

Percebe-se que mudanças sociais importantes, atreladas a inúmeras batalhas, ocorreram no sentido de dar visibilidade aos direitos das mulheres, mas muitos enfrentamentos ainda serão necessários para combater a violência contra a mulher. Por esses e outros motivos é que este fenômeno merece atenção especial no que se refere às medidas preventivas, educativas e de proteção à vítima.

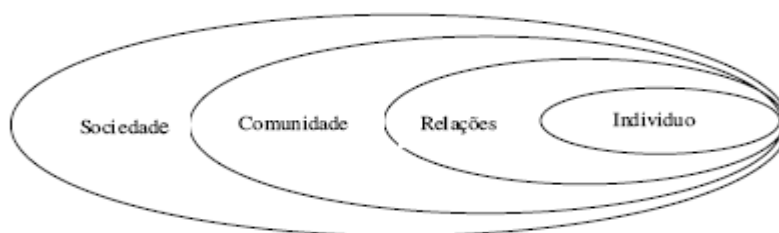
3.2 Fatores de Risco para a Violência contra a Mulher

Para compreender o fenômeno multifacetado que é a violência contra a mulher, tem sido utilizado por diversos autores o Modelo Ecológico. Este apresenta graus de causalidade ancorados no qual não existe um só determinante, mas uma

interação de fatores que atuam sobre o comportamento. Desse modo, mostra a interação entre quatro âmbitos distintos: individual, familiar, comunitário e sociocultural.

Os quatro níveis desse modelo também permitem analisar os fatores que aumentam ou diminuem a probabilidade das pessoas tornarem-se vítimas ou agressores. A sobreposição dos anéis ilustra como cada nível reforça ou modifica os outros. (Fig. 1) (WHO, 2002).

O primeiro nível busca identificar os fatores biológicos e pessoais contemplados pela idade, sexo, históricos de agressão, uso de drogas, impulsividade, transtornos psíquicos, entre outros. O segundo nível aborda as relações sociais próximas como as mantidas entre casais, amigos, colegas de trabalho, familiares. Acredita-se que o convívio diário com grupos violentos seja um facilitador para a vitimização e prática da violência. O terceiro explora os contextos comunitários, tais como a vizinhança, o local de trabalho, a escola, a fim de avaliar as características desses ambientes que porventura possam interferir no comportamento. Consideram-se como predisponentes aos atos violentos: a alta densidade populacional, o tráfico de drogas no bairro e os altos níveis de desemprego. O último nível refere-se à estrutura da sociedade, representada pelas questões culturais, normas sociais, políticas de saúde, educacionais e socioeconômicas; elementos que podem contribuir para incitar ou inibir atos violentos.



Modelo Ecológico para compreender a
violência - Fonte: OPS/OMS, 2002

Fig. 1

Em consonância com o Modelo Ecológico, discorre-se acerca dos principais fatores de risco associados à violência contra a mulher. Dentre eles citam-se: o sexo, a idade, a escolaridade, as condições socioeconômicas, o uso de drogas e a violência intergeracional.

No que se refere ao sexo, os homens além de serem as maiores vítimas da violência externa, são os principais perpetradores (TAQUETTE, 2009). Eles têm maior probabilidade de serem vítimas de pessoas estranhas, enquanto que as mulheres têm maiores chances de serem vítimas de membros de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos (DAY et al, 2003).

Estudo realizado pelo Instituto Patrícia Galvão (2011) demonstrou, com números contundentes, a percepção de homens e mulheres sobre a gravidade da violência contra a mulher. Dentre os fatores desencadeadores da violência foram citados o alcoolismo e o machismo com 31% e 45%, respectivamente. Além desses elementos o ciúme (SAGIM et al, 2005; SILVA et al, 2008; LEONICO et al, 2008; BONIFAZ, NAKANO, 2004; DEEKE et al, 2009) e a recusa em fazer sexo também foram referidos por quem já sofreu violência doméstica (SAGIM, 2005; SILVA et al, 2008).

O homem acredita que tem domínio sobre a mulher e que, se ela não for dele, não será de mais ninguém. Ainda crê em ter a liberdade de controlar a vida dela, privando-lhe ou impondo-lhe certas condutas. Além disso, interpreta a recusa da relação sexual como uma possível traição e como um contra poder, o que desencadeia discussões, agressões e a própria violência sexual (BERGER, GIFFIN, 2005).

Estudo traçando o perfil da mulher que sofre violência por parceiro íntimo demonstrou que a faixa etária não foi significativa para a vitimização (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011). Por outro lado, Silva (2003) revelou que as mulheres que mais sofreram violência física nos últimos 12 meses foram as mais jovens, com idade inferior a 30 anos. Prates (2007) evidenciou resultados semelhantes, sendo que a violência doméstica praticada pelo parceiro ocorreu entre mulheres de 17 a 46 anos de idade, com predominância na faixa etária de 30 a 34 anos (29,2%) seguida de 25 a 29 anos (23,6%). Ainda há autores que afirmam que essa prática tende a aumentar proporcionalmente conforme os anos de exposição da vítima (OLIVEIRA et al, 2009).

A escolaridade tem sido mencionada como um fator de proteção às mulheres. Diversos estudos apontam que a frequência de violência é maior entre mulheres com baixos níveis de ensino (KRONBAUER, MENEGHEL, 2005). Com o objetivo de determinar a prevalência de violência física sofrida por mulheres que tiveram parto

em uma maternidade da região Nordeste, bem como estudar os principais fatores de risco associados, Menezes et al (2003) detectaram que o risco foi quase 10 vezes maior entre aquelas com zero a três anos de estudo em relação às que tinham onze ou mais anos estudados.

Para Adeodato et al (2005) quanto maior a escolaridade, menor o tempo de vitimização feminina, pois mulheres mais instruídas são menos tolerantes à violência. Já as de baixa escolaridade, em geral, levam um tempo considerável para reagir, provavelmente pela dificuldade de compreensão e, por conseguinte, demoram mais para buscar recursos protetivos (BRANDÃO, 2007).

Porto (2004) e Paim (2006) argumentam que vários fatores estão associados à prática desse fenômeno. Para esses autores a dificuldade financeira e a falta de qualificação profissional são outros facilitadores, pois fazem com que a mulher aceite o companheiro de volta ao lar, retomando, então, o ciclo da violência. Estudos ainda destacam que, em decorrência da baixa instrução educacional, os casais podem apresentar dificuldade na resolução dos problemas (MENEZES et al, 2003).

Muitos homens persistem no velho sistema e não querem aceitar a evolução da mulher na vida pública, ou seja, a sua autonomia. Com a visão ainda patriarcal acreditam na divisão sexual do trabalho, por meio da qual, cabe ao homem a produção no espaço público e na chefia da casa e, à mulher a reprodução na esfera doméstica, eventualmente “ajudando” no trabalho remunerado (BERGER, GIFFIN, 2005; MONTEIRO, SOUZA, 2007).

Desse modo, a independência que a mulher vem conquistando no mercado de trabalho, infelizmente, também se torna um fator de risco para a violência (OLIVEIRA et al, 2009; VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011). O medo de perder o controle da família, de ser traído ou não ser mais o provedor econômico do lar são aspectos identificados em discursos masculinos (ALVES, DINIZ; 2005). Nesse sentido, “o fato da mulher trabalhar caracteriza-se como uma grande ameaça à ordem social, visto que possibilita à mulher uma relativa independência econômica e de se relacionar com outras pessoas fora do círculo familiar” (ALVES, DINIZ 2005, p. 390).

A Secretaria Especial de Políticas para Mulheres divulga alguns mitos inseridos na sociedade que acabam estigmatizando as vítimas, como acreditar que a violência só acontece nas classes baixas e com pouca instrução. Tal fato não é

verídico “basta abrir os jornais para ver a quantidade de mulheres mortas por maridos, ou ex-maridos: médicos, dentistas, jornalistas, empresários etc” (SOARES, 2005, p. 33). Segundo a autora, a situação vem ocorrendo com frequência, porém só chega ao conhecimento público quando a violência se exacerba ou leva a vítima à morte. Nesse sentido, Saffioti (1994) salienta que, devido às classes abastadas terem acesso aos recursos políticos e econômicos para ocultar a violência, ocorre a sua subrepresentação nos dados de violência denunciada.

Muitos são os mecanismos existentes na sociedade que dificultam a saída de uma relação violenta. Souza e Oliveira (2002) citam a crença de que a violência é temporária, que os maridos podem mudar; a vergonha por ser vista como uma mulher espancada; pena, por amarem seus companheiros. Já Adeodato et al, (2005); Oliveira et al (2009), Porto (2004) acrescentam o medo de criar os(as) filhos(as) sozinha, baixa autoestima, dependência emocional e financeira.

O álcool é outro fator situacional que pode precipitar a violência. Existem argumentos que o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, na maioria das vezes, está presente no contexto da violência contra a mulher (MARINHEIRO, VIEIRA, SOUZA; 2006).

Há autores que relacionam o uso do álcool antes dos atos violentos ou como uma consequência desse. O uso antes funciona como desencadeador dos conflitos, já o após confere uma característica de fuga para esquecer os problemas. Há o reconhecimento de que o seu uso, bem como o de outras drogas, enfraquece as inibições do indivíduo e pode potencializar as atitudes do agressor contribuindo para a manifestação de violência (SILVA, SILVA, MEDINA; 2005). Alguns homens utilizam esse artifício como desculpa para os comportamentos violentos (MONTEIRO et al, 2006; DEEKE et al, 2009).

Day et al (2003) revelam que as sequelas psicológicas da violência são extremamente prejudiciais a saúde da mulher, tendo como resultantes a baixa da autoestima, risco mais elevado de sofrer de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio bem como consumo abusivo de álcool e outras drogas. Zilberman e Blume (2005) também concordam que o álcool e outras drogas são geralmente utilizados por mulheres para automedicar a dor decorrente de situações de violência e trauma.

No que se refere ao histórico familiar de agressão, Gomes et al (2007) revelam que homens que violentam suas companheiras sofreram violência física na infância ou presenciaram conflitos entre os pais, o que caracteriza a violência intergeracional. O ambiente privado, que deveria ser de acolhimento e de conforto para todos(as), acaba tornando-se um lugar de refúgio para esse ato em que o homem aproveita a invisibilidade para exercer atos violentos.

Estudo realizado por Castro, Cunha e Souza (2011) ainda evidenciou a relação direta entre atitudes violentas de adolescentes e o fato de terem crescido em famílias, cujos pais tinham relacionamentos insatisfatórios. Tal relação sugere que o ambiente de convívio familiar interfere na formação do indivíduo. Quem vive em ambiente violento, futuramente pode considerar normal a agressão verbal e física para resolução dos conflitos.

Por conseguinte, evidenciam-se que não são apenas causas isoladas as responsáveis pela violência contra a mulher e sim uma associação de fatores de risco. Entender como se manifesta esse fenômeno é primordial para definir prioridades e fortalecer as iniciativas de prevenção fundamentadas na desconstrução e reconstrução das relações perante as famílias, comunidade e em todos os espaços sociais em que a violência é construída e, por vezes, legitimada.

3.3 Ciclo da violência contra a mulher

Sabe-se que a violência doméstica é a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres (SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003). Assim, muitas vezes, elas são expostas a atos violentos contínuos e repetidos devido ao contato, quase que diário, com o agressor. Nesse sentido, um ciclo composto por três fases demonstra a dimensão deste fenômeno (SOARES, 2005). São elas:

1ª FASE - A construção da tensão no relacionamento

A primeira fase é caracterizada por problemas menores que afetam a relação conjugal, nela ocorrem algumas agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças (SOARES, 2005). Qualquer situação que desaponte o homem surge como uma justificativa para reprimir a parceira (RECHTMAN, PHEBO; 2002). Em um ambiente

turbulento, em que tensões costumam se acumular, o risco para a mulher ser uma vítima torna-se iminente.

No âmbito das relações conjugais, atitudes consideradas fúteis podem ser a etiologia da violência. Dessa forma, é possível perceber nos discursos masculinos a intolerância a certos comportamentos e atitudes das mulheres: “Ela quer uma vida sempre correta, séria, disciplinada, não admite falhas de forma alguma...”; “Ela veio de uma família muito pobre e eu vim de uma família de classe média alta, em consenso diferente, educação diferente, forma de comer diferente...” (ALVIM, SOUZA; 2005, p.188). Geralmente, devido a essas pequenas diferenças entre idéias, modos de ser e agir do casal é que a violência tende a se instaurar.

Nessa fase, a mulher procura minimizar a tensão, agradando o marido, tentando lhe acalmar, a fim de manter o relacionamento. Muitas vezes, ainda, julga-se responsável pelos incidentes (SOARES, 2005). Podem surgir explicações como “eu não esperei com a comida pronta”, “ele está cansado”, “ele bebeu demais” (SOARES, 2005). Entretanto, o agressor é ciente do seu comportamento e teme ser abandonado pela mulher (PAIM, 2006).

Para Guerra (2006) o ritual das agressões pode ser iniciado, muitas vezes, no namoro ou na primeira gravidez. Nessa fase, raramente existem agressões físicas; entretanto, a violência psicológica ou um tom mais alto de voz surge como um passo para a segunda etapa.

2ª FASE – A explosão da violência, descontrole e destruição

Essa fase é marcada por tensões esporádicas que vão ganhando intensidade até chegar aos ataques mais graves (SOARES, 2005). Nesse momento há a intransigência do agressor que transforma a relação em um ato fora de controle. Trata de demonstrar a sua superioridade exercendo atos violentos.

A intensidade da violência física e psicológica é tão grande que pode trazer consequências severas às vítimas. Esses são os casos cotidianamente divulgados pela mídia, seja pela exposição da mulher, com a agressão praticada pelo companheiro, na rua, seja pela hospitalização ou morte derivada das agressões. É nesta fase que a mulher acaba provocando incidentes violentos contra o sexo oposto, por não suportar mais o medo, a raiva e a ansiedade (SOARES, 2005).

A fala de um agressor retrata a gravidade da situação: “Se eu agredia ela, um dia ela se colocou contra mim. Eram socos, eu já tirei o cinto para bater nela. Eu tomei a faca dela e depois não sei como ela pegou e quando puxou se machucou” (ALVIM, SOUZA; 2005, p. 189). Podem até cometer crimes contra seus parceiros, justificando os atos como uma solução para finalizar o seu sofrimento. (TEIXEIRA E RIBEIRO, 2005).

Percebe-se que nessa fase a mulher procura revidar a agressão sofrida, porém pela força física do homem fica, geralmente, em desvantagem. Trata-se de uma fase mais curta que perdura de duas a quarenta e oito horas. Nela a mulher tem lembranças do ocorrido, diferente do homem que não recorda os detalhes do fato (PAIM, 2006). Em relacionamentos abusivos o ciclo pode acontecer diversas vezes.

3ª FASE – A lua de mel, arrependimento do(da) agressor(a)

Nessa fase o agressor mostra-se arrependido, pede desculpas, age educadamente e demonstra medo em perder a companheira. Ainda, implora perdão e jura que nunca mais voltará a agir de forma violenta (SOARES, 2005). Assim, age com atos carinhosos e oferece presentes.

Também procura justificar suas ações a fim de que a vítima lhe entenda, relatando que não teve um bom dia, que ingeriu bebida alcoólica ou, ainda, culpabiliza a mulher pelo seu descontrole (BRANDÃO, 2008). A vítima vive em um dilema, pois teme que o companheiro não mude, mas ao mesmo tempo tem esperança, pois acredita no seu arrependimento e na promessa de que ele irá mudar.

Outras vezes, não há nenhum comportamento amoroso nessa fase, apenas a ausência de violência (PAIM, 2006). O agressor acredita que terá controle sob seus atos e que não agredirá mais a mulher. Para garantir sucesso na reconciliação convence amigos e familiares a conversarem com a parceira pedindo-lhe que não termine o relacionamento. As boas lembranças e a esperança de que o agressor esteja falando a verdade acabam fazendo com que a mulher aceite o companheiro de volta (PAIM, 2006).

Após essas três fases, o ciclo de violência recomeça com diferentes graus de intensidade, geralmente pior que o anterior e cada vez menor o intervalo entre os ciclos (RECHTMAN, PHEBO; 2002). Assim, percebe-se a vulnerabilidade das mulheres em uma relação conjugal conflituosa, tornando-se iminentes os riscos à saúde física e psicológica.

3.4 Da invisibilidade à Lei Maria da Penha (LMP)

Desde o final da década de 1970, a temática da violência contra a mulher destacou-se entre os movimentos feministas no Brasil. De acordo com Santos (2008), as demandas desses grupos podem ser representadas em três momentos institucionais. Teve início em meados dos anos 1980 com a criação das DEAMs; em meados dos anos 1990 houve o surgimento dos Juizados Especiais Criminais (JECRIM), e, finalmente em 7 de agosto de 2006 o advento da Lei 11.340, a chamada Lei Maria da Penha.

O JECRIM, previsto na lei 9.099/95, foi criado para tratar especificamente das infrações penais chamadas de “menor potencial ofensivo”, ou seja, aquelas consideradas de menor gravidade, entre elas as lesões corporais consideradas leves, as injúrias e ameaças, com pena não superior a um ano de detenção (BRASIL, 1995). Entretanto, a referida lei passou a ser empregada nas ocorrências de violência contra a mulher, embora não tivesse o intuito de tratar esses casos (PASINATO, SANTOS; 2008). Isso revoltou as mulheres que interpretaram o fato como uma forma de banalização da violência (PANDJIARJIAN, 2005).

Por conseguinte, passaram a protestar contra as penas alternativas, como pagamento de cesta básica e aplicação de multas previstas na lei, em busca da criminalização dos agressores (PASINATO, SANTOS, 2008). Ainda nessa época, o slogan “Quem Ama não Mata” foi adotado em passeatas e campanhas feministas, já que os assassinos de mulheres, geralmente companheiros ou ex-companheiros, eram absolvidos pelos tribunais tendo como justificativa “legítima defesa da honra” (MEDEIROS, 2011).

Além das DEAMs e do JECRIM, esse período também foi marcado por diversas conferências voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher e o

reconhecimento dos seus direitos. Dentre os principais marcos que antecederam a Lei Maria da Penha citam-se:

- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – (*Committee on the Elimination of Discrimination against Women – CEDAW*) - 1984)
- Convenção Americana dos Direitos Humanos -1992
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) - 1994
- Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo) - 1994
- Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social (Copenhague) - 1995
- Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz (1995).

Dentre tantos outros planos e políticas públicas, cabe destacar a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, que “recebeu o status de ministério, com orçamento próprio, poderes e autonomia administrativa para criar e executar políticas públicas voltadas para a ampliação e a garantia dos direitos das mulheres” (PASINATO, SANTOS, 2008, p. 16). Essa estrutura adotou um novo paradigma voltado ao trabalho em “rede” a fim de desempenhar uma assistência não somente jurídica e policial, mas articulado com outros serviços nas áreas da saúde, educação, assistente social e cultura. Para favorecer a integração do trabalho em rede e garantir os direitos das mulheres vítimas de violência, a SPM lançou em 2005 as NT para o funcionamento das DEAMs.

Tendo o JECRIM como precursor, em 2004 foi promulgada a Lei 10.886 que criminaliza a “violência doméstica” com detenção de seis meses a um ano para o agressor (Brasil, 2004a). Entretanto, cabe destacar que o Código Penal julgava esse tipo de violência apenas nos casos específicos de lesão corporal (PANDJIARJAM, 2005). A principal mudança na legislação ocorreu somente dois anos depois com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei “Maria da Penha” que visa:

criar mecanismos a fim de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece

medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2007a, p. 7)

Percebe-se que foi através dessa lei que se instituiu a retirada da competência dos JECRIM para julgar os crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo assim a criação de Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher para tratar desses crimes (PASINATO, SANTOS, 2008). A Lei Maria da Penha aumentou o rigor das punições. A partir dela, a pena passou a ser de três meses a três anos de detenção, além de determinar a participação do acusado em programas de reeducação e recuperação, quando solicitado pelo juiz (JESUS, 2010).

A LMP ampara apenas a mulher como vítima de violência doméstica e familiar. “Como agente/agressor, podem ser enquadrados o marido, companheiro, namorado, ex-namorado, a mãe, a filha, a irmã, o patrão ou a patroa da empregada doméstica e a mulher lésbica que agride sua companheira” (CFEMEA, 2007, p. 15).

Trata-se de uma lei que incluiu nos serviços de proteção à vítima as medidas protetivas de urgência. Quando solicitadas, na DEAM, cabe ao juiz, em 48 horas, decidir sobre as medidas e diferenciá-las à vítima. Tais medidas são determinadas de forma esclarecedora ao agressor através de uma notificação. Entre as medidas protetivas de urgência citam-se:

- I – suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente [...];
- II – afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;
- III – proibição de determinadas condutas, entre as quais:
 - a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas; fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;
 - b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;
 - c) freqüentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida.
- IV – restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;
- V – prestação de alimentos provisionais ou provisórios.

Ainda de acordo com a Lei 11.340/2006, as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher configuram-se em:

- **Violência Física:** entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal da mulher.
- **Violência Psicológica:** entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
- **Violência Sexual:** entendida como qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.
- **Violência Patrimonial:** entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
- **Violência Moral:** entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Tal legislação representa um marco no extenso processo histórico de reconhecimento da violência doméstica e familiar contra a mulher como um problema social no Brasil. Cabe lembrar que essa luta teve início com a situação vivida por Maria da Penha Maia Fernandes, considerada símbolo no combate a violência contra a mulher.

Maria da Penha Maia Fernandes lutou, por aproximadamente 20 anos, pela condenação de seu marido e agressor. Em contraste ao estigma social de que a

violência doméstica e familiar contra a mulher ocorre somente em ambientes economicamente empobrecidos, a situação vivenciada por Maria da Penha demonstrou que essa violência atinge, também, camadas sociais elevadas.

O relacionamento entre a bioquímica e o economista/professor universitário era marcado por constantes agressões do marido contra esposa e filhas. Em 1983, aos 38 anos, foi atingida por um tiro de arma de fogo, desferido pelo marido, o que a deixou paraplégica (CFEMEA, 2007).

Mesmo diante da situação de invalidez da esposa, o agressor protagonizou nova tentativa de homicídio por meio de uma descarga elétrica no momento em que ela tomava banho. A passividade de Maria deu lugar à denúncia do marido. Apesar de ser condenado por dupla tentativa de homicídio, ele conseguiu ficar em liberdade, em consequência de diversas apelações feitas por seus advogados (CFEMEA, 2007).

Passados vários anos de enfrentamento, em 2001, Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) apontou falhas cometidas pelo Brasil, responsabilizando-o por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Um documento, elaborado pela Comissão de Direitos Humanos, exigiu um rápido desfecho judicial e citou uma série de recomendações em relação à adoção de medidas de natureza preventiva e repressiva que beneficiariam a Maria da Penha (PARODI, GAMA, 2010). Mesmo assim, somente em 2002 o acusado foi preso, porém cumpriu apenas dois anos de pena. Após análise desse relatório, a OEA recomendou a elaboração de uma lei referente à violência contra a mulher que, no governo de Lula, em 2006, foi implementada com o nome da Maria da Penha.

Vitórias a celebrar e desafios a enfrentar visto que, por diversos motivos e significados sociais, culturais e psicológicos, poucas são as mulheres que têm coragem de denunciar o agressor. É nesse contexto que os profissionais de saúde precisam atuar, não impondo a denúncia às vítimas, mas sim reconhecendo quando uma mulher encontra-se em situação de violência e auxiliando-a no enfrentamento desse fenômeno.

3.5 Assistência interdisciplinar às mulheres em situação de violência com foco na área da saúde

Sabe-se que a violência praticada contra a mulher acarreta diversos problemas tanto em nível individual quanto social. Além de afetar a saúde física, psíquica, sexual e reprodutiva, causa desordem no âmbito familiar, gera gastos públicos com a assistência à vítima, absenteísmo no trabalho entre outros (ADEODATO et al, 2005). Desse modo, configura-se como um importante problema social, político, econômico e de saúde.

A complexidade desse fenômeno requer a integração de conhecimentos e serviços, ou seja, a atuação de uma rede intersetorial, caracterizada pela articulação de ações interinstitucionais (KISS et al, 2007). Tal menção vai ao encontro do que foi estabelecido pela Lei Maria da Penha quando se refere à rede de atendimento às vítimas. Essa deve ser composta por todos os serviços governamentais e não governamentais que prestam assistência às mulheres em situação de violência, entre eles: os centros de referência, as casas de abrigo, as unidades básicas de saúde e hospitais, Instituto Médico Legal, DEAMs, serviços de assistência social, jurídica e psicológica, Defensoria Pública e Poder Judiciário.

A parceria entre esses serviços contribui para a formação da rede e fluxo de atendimento contínuo, garantindo a qualidade dos serviços prestados. Por isso, é importante que todos os profissionais, que lidam direta ou indiretamente com mulheres em situação de violência, tenham conhecimento da gravidade e dimensão desse fenômeno, orientando suas ações à prevenção, promoção e suporte à vítima.

Os serviços de saúde são considerados a porta de entrada para essas mulheres (FERRANTE, VIEIRA; 2008). Assim, cabe às(aos) profissionais de saúde um importante papel na detecção de casos, na prática de ações preventivas, de tratamento e reabilitação das vítimas. Entretanto, diversos estudos apontam problemas diante dessa temática. Oliveira, Fonseca (2007) e Moreira et al (2008) enfocam a falta de capacitação da equipe de saúde para atender essas mulheres. Os referidos autores relatam que todos os sujeitos da pesquisa (enfermeiros(as), dentistas, médicos(as), assistentes sociais, psicólogos(as), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) apresentaram as mesmas dificuldades no que se refere à identificação, atendimento e encaminhamento para os serviços especializados. A falta de articulação entre os serviços contribui com a reincidência das cenas de violência, tornando as mulheres mais frágeis e vulneráveis.

A assistência fragmentada, baseada no modelo biomédico, infelizmente permeia o atendimento às vítimas, caracterizando uma prática voltada a medicalização da violência, consultas clínicas e encaminhamentos a especialidades (MONTEIRO et al, 2006; DINIZ et al, 2007). Algumas das justificativas giram em torno da alta demanda, o que impõe atendimento rápido; e falta de uma estrutura adequada para tratar os casos de violência (MOREIRA et al, 2008). Além disso, a falta de preparo no atendimento às vítimas pode estar relacionada com a formação acadêmica, na qual raramente são incluídos assuntos referentes a esse tema (SOUZA et al, 2009).

Além disso, muitas crenças e mitos ainda persistem e dificultam que os profissionais tenham iniciativa para falar de violência com as usuárias, como acreditar que elas merecem e que gostam de ser agredidas; que a violência doméstica é um problema social ou legal, mas não um problema de saúde pública; o medo de represálias por parte do agressor ou ainda os próprios profissionais podem estar sofrendo/cometendo atos de violência em sua família (SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003).

Há o reconhecimento de que a magnitude do fenômeno exige a atenção de uma equipe multidisciplinar, coesa e sensível ao problema. Dificilmente ações e disciplinas isoladas terão sucesso no enfrentamento da violência contra a mulher (SCHRAIBER, OLIVEIRA, COUTO; 2009).

Nesse sentido, destaca-se o papel do(da) enfermeiro(a) que tem como uma das atribuições gerenciar o cuidado e, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços (MENDONÇA, SOUZA, 2010). Trata-se de um(a) profissional que, como outros(as), deve estar capacitado(a) para atuar com eficiência e responsabilidade no enfrentamento do problema. Por estar em contato direto com a maioria das vítimas, deve aproveitar cada oportunidade para a criação de vínculo, facilitando assim a abordagem desse fenômeno, pois, na maioria das vezes, as mulheres omitem a violência sofrida, por medo ou vergonha da sociedade (PEREIRA, LIMA E MORAES, 2011).

O trabalho em equipe é relatado por enfermeiros(as) que trabalham na detecção e no atendimento às vítimas de violência. Entre as ações desenvolvidas por eles(as) incluem-se tratamento e prevenção dos casos, por meio das consultas de enfermagem, grupos de educação em saúde e acionamento da rede de apoio, na

comunidade e/ou fora dela (RÜCKERT et al, 2008). Contudo, há relatos de que a presença de várias especialidades profissionais não garante a articulação das ações nem a interação na equipe (HANADA, OLIVEIRA, SHCRAIBER, 2010).

Em vista desses fatos, é necessário que se façam investimentos na capacitação dos(as) profissionais para que entendam a importância do trabalho em grupo e saibam como agir frente à violência contra a mulher. A cultura organizacional das instituições de saúde precisa incorporar e recriar a linguagem pautada na doença e passar a agir de acordo com às necessidades iminentes. Enfatiza-se a adequação dos serviços de saúde incluindo a definição dos fluxos de atendimentos, implementação de instrumentos de registros, aquisição de recursos materiais que facilitem o atendimento. O acolhimento, o direito a privacidade e a humanização do cuidado devem ser o paradigma frente a essa problemática.

Cabe destacar que a magnitude da violência contra a mulher é muito maior do que o número de casos denunciados. Considerando-se que poucos são os(as) que fazem o diagnóstico de uma vítima de violência física, o que dizer da violência psicológica ou da negligência? São esses dados ocultos que abarcam a gravidade do fenômeno.

No Brasil, protocolos e normatizações servem como guia para a assistência e reconhecimento dos casos de violência. Alguns sinais e sintomas podem servir de critério para os(as) profissionais na tentativa de identificar tal fenômeno, entre eles: transtornos crônicos, vagos e repetitivos; infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada); dor pélvica crônica; transtornos na sexualidade; complicações em gestações anteriores, abortos de repetição; depressão; ansiedade; história de tentativa de suicídio; lesões físicas que não se explicam de forma adequada (SCHRAIBER, OLIVEIRA, 2003).

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento à Violência Sexual, publicada pelo Ministério da Saúde, prevê atenção integral às mulheres e adolescente vítimas de violência sexual. Nos casos de estupro é facultado ao(a) médico(a) realizar o aborto, sem necessidade de boletim de ocorrência, desde que haja o consentimento da gestante ou seu representante legal (BRASIL, 2005). O conhecimento dessa norma por toda a equipe possibilita tanto uma atuação segura e livre de julgamentos quanto a adequação de estratégias de intervenção diante dessa problemática,.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), implementada pelo Ministério da Saúde, em 2004, visa atender à mulher em sua integralidade. Entre seus objetivos encontram-se promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e articular a atenção à mulher com ações de prevenção de DST/Aids (BRASIL, 2004b).

Legalmente é dever dos(as) profissionais da saúde notificar os casos de violência contra a mulher, até mesmo nos casos considerados suspeitos. De acordo com a lei 10.778 fica estabelecida:

notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [...] A notificação dos casos de violência de que trata tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido [...] A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, com prejuízo das sanções penais cabíveis (BRASIL, 2003).

Cabe ressaltar que essa Lei cumpriu todos os conceitos e previsões estabelecidos na Convenção de Belém do Pará (PANDJIARJIAN, 2005). O Código de Ética de Enfermagem, em seu art. 34, também considera infração ética “provocar, cooperar, ser conivente ou omissa com qualquer forma de violência”, sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão (BRASIL, 2007b). É por meio da notificação que a violência contra a mulher ganha visibilidade, fator indispensável para o dimensionamento epidemiológico do problema bem como para o desenvolvimento de novas estratégias e ações específicas de combate e prevenção.

3.6 Enfoques dos estudos sobre a violência contra a mulher

A fim de conhecer os enfoques apresentados nos estudos sobre a violência contra a mulher, no Campo da Enfermagem, realizou-se uma busca na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos os estudos disponíveis online e gratuitos; publicados entre 2006 e 2011; nos idiomas português, espanhol ou inglês. Utilizando-se as palavras violência contra a mulher, encontraram-se 58 estudos, e com os termos violência doméstica e violência familiar, obtiveram-se 117 publicações. Excluindo-se as teses, dissertações, monografias, artigos referentes à

violência contra crianças e adolescentes, bem como os que se repetiam contabilizaram-se 37 artigos. Percebeu-se que em 2008 ocorreu o maior número de publicações, com dez estudos, seguido de 2007 e 2010 com oito artigos em cada ano. Os periódicos que mais publicaram textos sobre essa temática foram a Revista Latino-Americana de Enfermagem e a Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, ambas com seis publicações. Essas revistas, atualmente, estão classificadas pelo Qualis da Enfermagem como A1 e B1 respectivamente.

Entre as modalidades de trabalhos publicados encontraram-se dezoito pesquisas originais, oito estudos documentais, oito artigos de revisão, um de reflexão, um relato de experiência e um estudo de caso. Ao analisar as abordagens, verificou-se que havia 25 estudos qualitativos e nove quantitativos, além de um artigo de reflexão, um estudo de caso e um relato de experiência.

Após inúmeras leituras, identificaram-se que os enfoques mais utilizados pelos(as) autores(as) referiam-se ao perfil das vítimas, formas de violência, a violência contra a mulher sob a ótica de gênero, consequências da violência, motivos que levavam a vítima a permanecer em uma relação conflituosa, papel do(da) enfermeiro(a) frente a situações de violência, necessidade de ações interprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais, despreparo dos profissionais da saúde e importância da notificação e preenchimento dos registros.

Para a identificação dos estudos que abordaram cada um desses enfoques, adotou-se o número correspondente ao artigo analisado (APÊNDICE A), separando-os por vírgula.

- Perfil das vítimas de violência

Primeiramente foi feito o levantamento do perfil das vítimas naquelas pesquisas originais em que foram entrevistadas apenas mulheres que sofreram algum tipo de violência (2, 9, 10, 14, 16, 22, 37). Nessas pesquisas possibilitou-se identificar um perfil bastante diversificado, enquanto umas enfocavam a cor da pele, número de filhos, ocupação, estado marital e tempo de união conjugal, outra delineou características físicas das vítimas incluindo peso, estatura, cor da pele e comprimento dos cabelos. No que se refere à idade, oscilaram mulheres entre 20 e

59 anos, a maioria com trabalho remunerado, e a escolaridade limitou-se ao ensino fundamental e médio.

Os estudos documentais foram realizados em DEAMs (8, 12, 23, 31) e hospitais (31, 36). Nos primeiros, a idade das vítimas oscilou entre 15 e 60 anos, a maioria vivia com o companheiro e tinha trabalho remunerado. Entre as internadas por agressão, prevaleceu a faixa etária de 17 a 29 anos e ocupação registrada como do lar. Um autor encerrou referindo que a violência doméstica atinge, principalmente, mulheres na faixa etária produtiva e reprodutiva (36).

- Formas de violência contra a mulher

Entre as diferentes formas de violência contra a mulher, definidas pela Lei 11.340/2006, as mais citadas foram a violência sexual, física e psicológica (4, 6, 8-10, 12-19, 22, 23, 26, 27, 33) que foram perpetradas sob forma de privações, maus-tratos (14,19), violência econômica (4, 17, 31, 32, 33), além de lesão por arma de fogo (23, 32, 34-36).

Revestido de linguagens e símbolos, houve relatos de que certos tipos de violência ocorriam desde a infância (1, 2, 14, 19). Assim, o artigo 25 apresentou as implicações do incesto. Problematicou esse ato como uma passagem do natural ao cultural logo que se formou a estrutura da família (7, 25), pois, segundo o texto, a proibição do incesto não existia entre os povos primitivos (25). Assim, quando a família foi consolidada, houve esforço da humanidade para conseguir a ruptura do incesto (7). O artigo destacou ainda que quanto mais dominada for a esposa mais incapaz ela será de proteger as filhas do abuso paterno (7).

Inúmeros estudos descreveram o marido ou parceiro íntimo como principais agressores nos casos de violência sexual, psicológica e física (1, 3, 7, 12 17, 23, 30, 36). Chamou atenção para a violência simbólica, abordada nos artigos (4, 7, 14 e 26), definida como dominação oculta, sutil; retratada como uma violência invisível e insensível. Seria uma forma de violência moral que abarca o desrespeito aos direitos humanos na esfera reprodutiva e de cidadania social (7, 26).

Outros tipos de violência também foram citados, porém em pequena proporção, entre elas, a violência social, considerada como toda a ação prejudicial à mulher, estabelecidas pela sociedade (3 e 12). A violência moral foi descrita pelos artigos 13,

23, 31, 32. Também foi citada a violência no trabalho como uma questão de gênero (3 e 13) e violência patrimonial em dois estudos (23 e 31).

- Violência contra a mulher sob a ótica de gênero

Diversos estudos enfatizaram que a violência contra a mulher é percebida como uma questão de gênero (1, 3-7, 9, 12, 15, 17, 18, 22-24, 26, 28, 31, 33-36). Segundo os autores, as desigualdades de gênero, atribuídas às diferenças biológicas entre os sexos, são frutos da naturalização do que foi culturalmente aprendido. Dessa forma, foram legitimados os papéis que ambos desempenham, além da formação das relações hierárquicas, com fins de dominação e exploração do sexo masculino sobre o feminino (1-7, 9, 11-15, 17,18, 22-24, 26, 28, 31, 34, 35, 37). O poder do homem fundamentou-se na ordem patriarcal. Seu papel dominador, consolidado na sociedade através dos tempos, vem sendo reproduzido na família (3-5, 12 14, 25, 34). Nesse sentido, os artigos 7 e 14 descreveram a percepção das vítimas de violência física e sexual na infância que também enfatizaram que esse fenômeno transmite-se de geração em geração, como algo constante, que se repete no espaço doméstico.

Além de corroborar com essas afirmativas, os artigos 8,12, 23 e 35 citaram o ciúme e a recusa da separação como alguns dos motivos desencadeadores das agressões entre os casais. As autoras do último estudo, sustentaram que a prática da violência mantém-se porque existe um sentimento de posse do homem sobre a mulher. O estudo 32 mencionou que o controle da sexualidade feminina, costuma ser expresso por meio da dúvida da paternidade, a qual serve ainda como justificativa para a não responsabilização pelos(as) filhos(as).

- Consequências da violência

As consequências da violência contra a mulher foram analisadas tanto no contexto individual quanto coletivo. No individual, os(as) autores(as) referiram que a violência afeta tanto o bem-estar, a segurança e a autoestima (2, 6, 9, 11, 13, 22, 26, 33, 34) quanto as possibilidades de educação e desenvolvimento (26). Ainda foram citadas insônia, palpitações (1) ansiedade, depressão (4, 8, 9) e dor nos casos de

lesão corporal (4, 10, 34). As consequências da violência constituíram-se em uma gama de sinais e sintomas incluindo traumatismos, especialmente neurológicos, causados por pancadas na cabeça, quedas, empurrões, cicatrizes por queimaduras e mordidas, asma, hemorragias, entre outras (4). Para as que sofreram queimaduras, além da marca física, ocorreu uma mudança na autoimagem, havendo necessidade de nova adaptação ao corpo para si e para o mundo (9). O impacto da violência foi medido pelo tempo de vida saudável perdido. As autoras salientaram que as vítimas perdem um ano de vida saudável a cada cinco anos de violência (4)

Relatos de autoras e de vítimas ganharam unanimidade ao referirem que com o passar dos anos há cronificação das relações violentas (1, 14). Somado a isso, surge a vergonha, o medo de denunciar as agressões e o isolamento dos sistemas de apoio, o que torna a mulher prisioneira da própria violência (1, 6, 11).

No que se refere à violência sexual, houve ênfase nas infecções sexualmente transmissíveis e na gravidez indesejada decorrente de estupro (2, 13, 26, 33, 34). As autoras advertiram ainda que a mulher que sofre estupro ou outro tipo de violência apresenta maiores índices de suicídio, abuso de drogas, queixas de cefaléia, distúrbios gastrointestinais e psíquicos (2, 4, 9, 26). Além disso, ficam mais vulneráveis à violência, tendem ao uso excessivo de álcool e apresentam problemas comportamentais (2, 4, 9, 10) como o relacionamento sexual desprotegido e multiplicidade de parceiros (2).

Quanto aos sinais e sintomas psicológicos listaram sofrimento, irritação, tristeza, depressão, desânimo, tensão; com possíveis desordens mentais como fobia, estresse, medo, trauma, tendência suicida e consumo de álcool (9, 13, 14, 17, 34). O artigo 34 destacou ainda que as consequências da violência psicológica podem ser muito maiores que de outras formas de violência, devido às perturbações que desencadeiam.

A fuga por meio do uso do álcool, entre as mulheres que têm relações familiares e conjugais conturbadas, bem como problemas financeiros, ou jornada exaustiva de trabalho foi destacada nos artigos 19 e 32. Esse comportamento feminino gera um saldo cada vez mais negativo pela própria culpabilização, pela discriminação sofrida e pelas perdas materiais e afetivas (19). Os estudos 4 e 9 chamaram atenção para o uso de tranquilizantes com a finalidade de aliviar o estresse e o sofrimento. Por outro lado, houve críticas às prescrições de ansiolíticos e antidepressivos, pois, no

entender de muitos(as) profissionais, esses medicamentos contribuem para que a mulher se mantenha calma e não reaja (32).

Quando a mulher está grávida, a violência torna-se, ainda, mais séria, pois afeta a díade mãe e bebê desencadeando aborto, baixo peso, nascimento prematuro, morte fetal, entre outras consequências (18, 31, 32). Estudos apresentaram a gravidez como uma fase vulnerável e mencionaram que a violência nessa fase é uma complicação mais frequente que o diabetes e a hipertensão (31, 32).

No contexto coletivo, foram abordados temas referentes à extensão dos problemas aos(às) filhos(as) e à família em geral (1, 3, 4, 5, 11, 13, 16, 26, 34, 37). Referiram que crianças e adolescentes que presenciam a violência intrafamiliar tendem a sofrer depressão, ansiedade, transtornos de conduta, atraso no desenvolvimento cognitivo e até mesmo terem comportamentos agressivos futuramente (3). Além disso, evidenciou-se que a violência doméstica e conjugal afeta a produtividade, causando incapacidade e abstenção ao trabalho, bem como diminuição da sociabilidade (1, 26, 34, 36). Atingem grupos e a sociedade como um todo (3, 4) incluindo a produtividade do país (13).

- Motivos que levaram a vítima a permanecer em uma relação conflituosa

Os estudos analisados apresentaram, na maioria das vezes, o parceiro como o principal agressor e destacaram como possíveis justificativas para que as mulheres se mantivessem nessa relação conjugal a dependência emocional (2-4, 6, 8, 9, 16, 34, 35), econômica (2-4, 6, 8, 11, 16, 32,34, 35) e sobretudo o desejo de manter a união da família, considerada como a base (3,11, 16, 34,36).

A rotinização da violência foi enfocada em um estudo, o qual demonstrou que as reconciliações ocorriam diante de promessas do companheiro, bem como da falta de perspectivas e condições materiais para um recomeço de vida, vergonha e falta de apoio da família (32).

Foram descritas situações em que a autoimagem feminina reforçava-se pela simples existência de um companheiro, mesmo que agressor. Nessas situações a mulher justificava a violência sofrida, referindo que o parceiro era ciumento e preferia manter-se com ele a ficar sozinha (8,11). O ciúme era visto pela vítima como sinônimo de valorização (8).

Foi salientado, ainda, que as vítimas de violência psicológica muitas vezes pensavam que essa forma de violência não era suficientemente grave (3) e por isso mantinham a relação. Nos relatos, ficou explícita a esperança de serem felizes com o parceiro/agressor, que um dia ele não irá mais agredi-la (10, 34, 36) ou justificavam referindo “o que estraga ele é a bebida” (10). Houve ainda aquelas que os desculpavam, referindo fraqueza ou doença do companheiro (16).

Outras, mesmo querendo a separação, recorriam da decisão por pena do parceiro, pelo medo de trocar a segurança da estabilidade pelo imprevisível da liberdade ou temiam posteriores ameaças, e a culpabilização caso acontecesse algo com ele (10). Tais “justificativas” reforçavam o círculo vicioso da violência contra a mulher.

- Papel do(a) profissional enfermeiro(a) frente a situações de violência

Os estudos que abordaram o papel específico do enfermeiro(a) demonstraram a importância desse profissional da saúde na assistência à mulher que sofre violência doméstica. Descreveram como atribuição dele(a), promover e prevenir esse fenômeno na perspectiva social (14, 37). Além disso, em nível individual, enfocaram a necessidade de orientar e informar a vítima, principalmente, sobre os cuidados com a saúde e possíveis tratamentos, abrindo espaço para que se torne protagonista do próprio cuidado (16, 34, 37) e da sua vida.

Para alguns autores(as), a ação assistencial do(a) enfermeiro(a) deve estar voltada às necessidades da vítima, considerando a totalidade dos condicionantes envolvidos com a violência (37). As ações do(a) enfermeiro(a) em uma casa abrigo foram descritas no artigo (1). Nela o(a) profissional exercia a coordenação da casa e do grupo de auxiliares de enfermagem, o desenvolvimento de palestras, dinâmicas e oficinas de sensibilização promovendo a educação em saúde entre as vítimas. Tais estratégias envolviam diversas temáticas, servindo como apoio terapêutico no processo de rompimento das situações de violência (1). A função de gerenciar o cuidado e fazer articulação entre os(as) demais profissionais e serviços também foi descrita (34).

Houve destaque para a humanização do cuidado, que inclui o olhar atento, a escuta e o diálogo (6,16). Por fim, o artigo 25 focalizou a necessidade de reflexões

críticas, por parte do(a) enfermeiro(a), acerca da desnaturalização do incesto, contribuindo, então, para o alicerce da solidificação do conhecimento e empoderamento dessas mulheres.

- Necessidade de ações interprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais

A violência contra a mulher foi apresentada como um problema de saúde pública (1, 3, 4, 6, 9-16, 18, 21, 24, 26, 27, 30-36), tanto por sua característica multifacetada quanto por afetar inúmeros setores produtivos do país; com reflexo nos planos políticos, econômicos, sociofamiliar, jurídico e educacional. Desse modo, os(as) autores(as) ressaltaram a importância do trabalho interdisciplinar e intersetorial no enfrentamento desse fenômeno (2, 5, 7, 12, 17, 18, 22, 23, 27, 29, 30, 31,32). Frisaram que ações isoladas, pautadas na linearidade, não dão conta da complexidade do fenômeno (7, 17, 24). Assim, a ausência de uma rede de suporte, formada pelas instituições de referências, constituem uma dificuldade para a intervenção dos profissionais nas situações de violência doméstica. Destacam a necessidade de articulação dos serviços de saúde com os centros de referência, entre eles, as casas abrigo, delegacias especializadas (1,3,4, 5, 6, 7,17, 37), escolas (3,7,17, 37) e serviços comunitários do bairro (4,5,7,17), entre outros.

Alguns artigos enfatizaram que os(as) profissionais e serviços de saúde estão em posição estratégica para detectar os riscos e possíveis situações de violência, bem como dar assistência e encaminhar a serviços especializados (1, 6, 7, 15, 18, 22, 24, 26, 27, 34, 36,37). Ainda houve o destaque para a Estratégia Saúde da Família e o agente comunitário de saúde, devido à aproximação desses(as) profissionais com a comunidade (26).

Nos locais que fazem parte da rede de apoio à vítima de violência, foi enfatizado a necessidade de equipe multiprofissional (1, 17, 26, 27, 30, 31, 32, 34) com atendimento humanizado e integral. Além disso, o artigo 34 destacou a necessidade de materiais, equipamentos, exames, leitos para internação, visando o adequado atendimento às vítimas.

Por fim, foi mencionada, nos artigos estudados, a defasagem do tema violência nos currículos de enfermagem e de medicina; bem como nos dos cursos das áreas jurídicas e policiais (15, 20, 27, 30 24). Um estudo alertou que o foco de

uma só disciplina, nessa problemática, desencadearia a fragmentação e institucionalização da excessiva especialização técnica (24). Com isso, seria preciso mobilização dos(as) profissionais que atuam nas instituições acadêmicas para abordar essa temática (1, 12, 20, 27, 30, 35), assim como os serviços de saúde precisariam implementar as diretrizes específicas de atenção às vítimas de violência, associadas às políticas públicas de saúde, visando promover mudanças e qualidade na formação profissional e no trabalho em rede (1, 18, 20, 30, 35).

- Despreparo dos(as) profissionais da saúde

Diversos artigos expuseram a falta de capacitação e dificuldade dos(as) profissionais para lidar com a violência contra a mulher (1, 2, 4, 6, 7, 11, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 26, 27, 30, 34, 35, 37). Relataram que prevalece o enfoque positivista, tecnicista, biomédico, envolvendo a medicalização dos sintomas sem considerar os aspectos biopsicossociais.

A invisibilidade do problema, para os(as) profissionais, faz com que não desenvolvam um olhar qualificado no sentido de enxergar as usuárias além de suas queixas. Desconsideram aspectos importantes da saúde da mulher (1, 14, 24, 34) o que resulta em mau atendimento e não identificação de inúmeros casos o que contribui para a perpetuação da violência (1, 11, 34). A fala de uma vítima de estupro, demonstrou a percepção de sua assistência como outro “estupro”, pois foi mantida no corredor do hospital, em uma maca, chorando, machucada, com dor e afetada emocionalmente (2).

Houve também relatos evidenciando que, quando uma paciente chega ao hospital, apresentando lesões corporais por queimaduras, provocadas por tentativas de suicídio, elas são equivocadamente classificadas como pacientes psiquiátricas (9), sem que a violência doméstica seja investigada na história (16).

Existem muitas barreiras que desqualificam a atenção necessária às mulheres em situação de violência doméstica, seja pela falta de tempo, medo e frustração ou pela resposta negativa às recomendações (1, 7, 15, 27). Também foram citados os pré-julgamentos relacionados aos estereótipos culturais ou ainda a crença de que esse fenômeno não está relacionado com a saúde o que dificulta sua abordagem (4, 11, 14, 22, 26, 32, 36). O despreparo dos serviços de saúde pôde ser percebido

pela alegação de que a violência é um problema de ordem social ou psicológica e, assim fecham as portas para esse problema (1, 4, 11, 14, 17 24).

O despreparo dos(das) agentes comunitários de saúde foi evidenciado por meio de relatos de sentimentos de raiva do agressor e da mulher agredida; pena da vítima; escuta sem posicionamento na crença de que o não envolvimento era a atitude correta (26).

Houve unanimidade na percepção de que há necessidade de capacitação e treinamento dos(as) profissionais, pois lidar com essa temática envolve habilidades, conhecimentos, postura ética, entendimento da violência sobre a ótica de gênero e sua relação com os problemas desencadeados.

- Importância da notificação e preenchimento dos registros

Entre os textos analisados, alguns enfatizaram a importância de notificação, realizada por profissionais da saúde, a fim de coibir a prática da violência contra a mulher e conhecer a sua magnitude (23, 28, 34, 35, 36). Além disso, destacaram a necessidade do correto preenchimento dos registros relacionados à assistência das vítimas (1, 4, 23, 28, 34, 36). A notificação compulsória instituída em 2003 pela lei 10.778 é recente no Brasil e tem caráter obrigatório nos serviços de saúde públicos e privados (28, 34). No entanto, por vários motivos pouca atenção vem sendo dispensada a esse fenômeno, fato que se refletiu no sub-registro e subnotificação de casos (1,15, 17, 28, 32, 34,35, 36). Tal conduta dificulta o real dimensionamento do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Nesse sentido, o artigo 36 denunciou que a falta de preenchimento dos registros nos prontuários das pacientes impossibilitou saber se as vítimas foram encaminhadas aos serviços de referência ou se voltaram a morar com seus agressores. Os(as) autores(as) encerraram comentando que sem um adequado registro não há possibilidade de acompanhar a situação da vítima.

O estudo 28 enfocou a necessidade do registro no formulário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que deve ser preenchido em toda a internação pelo SUS. Esse documento permite fazer o levantamento da morbidade hospitalar. Destacou que foi preconizado pela portaria GM 142 de 1997 a obrigatoriedade dos registros do tipo causas externas que motivaram a internação, o que não vem

ocorrendo nos hospitais. O mesmo acontece com as fichas do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), que carecem de informações a respeito da doença e do motivo do atendimento.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Este estudo partiu de um projeto de pesquisa intitulado: “Violência de gênero registrada na Delegacia de Polícia Especializada de Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande/RS” que visa conhecer os aspectos epidemiológicos da violência contra a mulher no município.

Trata-se de um estudo documental de natureza exploratória, descritiva, abordagem quali-quantitativa e delineamento transversal. A pesquisa qualitativa visa compreender a lógica interna de um grupo ou processo em estudo. Pode revelar processos sociais promovendo a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007). Já a quantitativa, segundo Triola (2008), possibilita que a pesquisa seja realizada a partir de um plano estabelecido, com hipóteses e variáveis definidas. Busca, ainda, precisão para evitar distorções na quantificação dos dados.

4.2 Local da pesquisa

Os dados foram colhidos diretamente das ocorrências instauradas na Delegacia de Polícia Especializada de Atendimento às Mulheres, na cidade do Rio Grande/RS. A DEAM foi implantada no município em agosto de 2009, sendo que anteriormente o órgão funcionava como Posto Policial para mulheres desde 1991.

Atualmente, é a única DEAM da cidade, porém abrange somente a área geográfica entre o bairro Navegantes e Cidade de Águeda. O restante fica sob a responsabilidade das Delegacias de Polícia do Parque Marinha e do Cassino, sendo que essas não são DEAMs. Tais divisões têm por objetivo abranger todas as áreas geográficas, com delegacias localizadas em diferentes pólos da cidade.

Quanto aos recursos humanos e estrutura física da DEAM inclui-se: um gabinete, cinco cartórios, uma sala de investigação e uma secretaria. Quanto aos profissionais compreende-se: uma delegada, seis agentes policiais, uma secretária e uma pessoa envolvida nos serviços gerais.

4.3 População/Amostra

Desde a implantação da DEAM até dezembro de 2011 foram registradas, aproximadamente, 3900 ocorrências policiais envolvendo crianças, adolescentes e mulheres adultas, segundo o livro de registros internos. No presente estudo foram fonte de pesquisa todas as registradas entre agosto de 2009; quando foi implantado tal estabelecimento, a dezembro de 2011 cujas vítimas tinham idade igual ou superior a dezoito anos, contemplando 902 ocorrências analisadas.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados foi realizada uma entrevista com a delegada de polícia, responsável pela DEAM de Rio Grande, para conhecer o tipo de registro efetuado, as informações colhidas e a forma de armazenamento. Com essas informações, foi elaborado o instrumento de coleta de dados. Garantindo-se o anonimato da vítima e do agressor, preliminarmente, obteve-se da delegada autorização para testagem do instrumento em uma ocorrência policial. Nessa ocasião, o instrumento foi considerado adequado, pois possibilitava o registro de todas as informações necessárias e relevantes ao objeto deste estudo.

Os dados referentes à vítima e ao agressor foram: bairro onde mora, data de nascimento, sexo, cor da pele, escolaridade, ocupação, grau de parentesco, uso de álcool ou drogas ilícitas, número de filhos(as) e antecedentes criminais. Da agressão os dados essenciais foram: data da ocorrência, motivo da primeira agressão, forma de violência, parte do corpo afetada se agressão física, frequência, ou seja, primeiro episódio ou de reincidência, desejo de processar o agressor, desfecho e medidas protetivas (APÊNDICE B).

A fim de facilitar a identificação dos registros, no caso da necessidade de retornar ao mesmo para conferir informações, foi utilizado, no instrumento, as iniciais da vítima bem como o número da ocorrência. A forma de violência foi registrada, de acordo com a classificação adotada na delegacia, que com base no referencial da Lei Maria da Penha que a classifica como: violência física, moral, sexual, patrimonial e psicológica.

4.5 Coleta de dados

A coleta foi realizada pela pesquisadora e quatro bolsistas, previamente capacitadas para essa função. Assim, foram problematizados os aspectos éticos que envolvem as notificações de violência, registradas em prontuários policiais, bem como a necessidade de confidencialidade dos dados e manutenção do anonimato dos envolvidos na ocorrência. Utilizando-se computador portátil, os dados foram digitados diretamente em planilhas do tipo Excel e numerados de acordo com a ordem de preenchimento.

Foi elaborado um manual explicativo da forma da coleta a fim de evitar interpretações distintas entre as pesquisadoras.

4.6. Análise de dados

Para o alcance dos dois primeiros objetivos foi utilizada a abordagem quantitativa. Nessa etapa a análise dos dados foi realizada por testes provenientes da estatística descritiva, método que possibilita organizar e apresentar conjuntos de dados, com vistas a obter ou resumir um grupo de informações, possibilitando conhecer as características de uma determinada população (GRAY, 2012). Foi utilizado o software estatístico SPSS versão 17.0 (Statistical Package for Social Sciences), facilitando o processo de interpretação e organização dos dados obtidos em tabelas permitindo a melhor visualização dos resultados.

A análise dos dados foi assessorada por um professor, doutor em enfermagem, membro da Escola de Enfermagem da FURG, que tem experiência em trabalhos quantitativos.

Para alcançar os demais objetivos adotou-se a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados (BARDIN, 2009). Para tanto, primeiramente, realizou-se a leitura flutuante e preparação do material, seguido da categorização, descrição e interpretação, momento em que foram feitos recortes em unidades de contexto.

4.7. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (UFRG) foi efetuada sob parecer N° 137/2011 (ANEXO B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões desta dissertação estão descritos sob forma de dois artigos. O primeiro artigo intitulado “Violência contra a mulher: desvelando as características epidemiológicas dos casos notificados” será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP – REEUSP, com indexação A2 no Qualis Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O segundo artigo intitulado “Violência por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema” será submetido à Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery com indexação B1 no Qualis Periódicos da CAPES.

As duas produções seguem apresentadas conforme as normas solicitadas pelas revistas.

5.1 Artigo 1

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: DESVELANDO AS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DOS CASOS NOTIFICADOS

Daniele Ferreira Acosta¹, Vera Lucia de Oliveira Gomes², Edison Luiz Devos Barlem³

RESUMO: Neste estudo documental se objetivou conhecer o perfil das mulheres que realizaram denúncia na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande e identificar as formas de violência a que foram vitimadas. Foram pesquisadas 902 ocorrências abertas entre agosto de 2009 a dezembro de 2011. Os dados foram coletados em um instrumento elaborado no Excel e analisados através da estatística descritiva e do SPSS versão 17.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande sob Parecer nº 137/2011. Houve prevalência da violência entre mulheres brancas, jovens, com baixa escolaridade. Surpreendentemente o centro da cidade ocupou a segunda posição como local de moradia das vítimas. A violência física prevaleceu nos registros notificados, seguido do descumprimento de ordem judicial. Além disso, encontrou-se a reincidência de denúncias o que pode estar atrelado a morosidade judicial. Entende-se que para que a Lei Maria da Penha tenha eficácia é preciso a capacitação de todos os profissionais que lidam diretamente com essa temática.

Descritores: violência contra a mulher, violência doméstica, identidade de gênero, enfermagem

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, multifacetado, que tem sido abordado nos últimos anos como uma situação que requer ações interdisciplinares. Desse modo, necessita de profundas reflexões acerca da sua dinâmica, não somente pelo impacto que ocasiona na qualidade de vida da vítima, mas também dos filhos e da sociedade.

A violência praticada contra a mulher é fruto de uma construção socioeconômica, cultural, política e religiosa, pautada nas diferenças entre os sexos. Tal construção naturaliza e legitima a assimetria de poder, justificando o domínio do homem sobre a mulher⁽¹⁾. Como consequência, a forma mais comum de violência contra a mulher é a praticada por parceiro íntimo⁽²⁾, o que ocorre entre pessoas de diferentes raças, religiões, classe econômica e social.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. daniele_acosta@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. vlogomes@terra.com.br

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. ebarlem@gmail.com

Sabe-se que a violência resulta da interação de inúmeros fatores que atuam sobre o comportamento, aumentando ou diminuindo a probabilidade das pessoas tornarem-se vítimas ou agressores. A baixa escolaridade, as desigualdades sociais, o uso de drogas, a infraestrutura precária na comunidade parecem exacerbar a magnitude deste fenômeno, aumentando o risco das mulheres que vivenciam essa situação⁽²⁾.

Dados revelam a magnitude desta forma de violência em nível mundial. Mulheres com idade entre 15 e 44 anos têm maior risco de estupro e violência doméstica do que de sofrerem acidentes, contraírem câncer, malária ou, ainda, serem vitimadas na guerra⁽³⁾. No Brasil, a cada dois minutos, cinco mulheres são agredidas violentamente⁽⁴⁾. Os atos violentos resultam na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos de vitimização.

Nesse sentido, com o objetivo de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar, bem como punir os agressores, foi criada a lei nº 11.360/2006, conhecida por Lei Maria da Penha (LMP). Tal lei define violência familiar como sendo aquela praticada por pessoa com laço consanguíneo ou que se considere aparentada, e violência doméstica a praticada no espaço de convívio permanente de pessoas, independentemente de vínculo familiar⁽⁵⁾. A compreensão desse comportamento é primordial para dar visibilidade à dinâmica da violência contra a mulher e, assim, possibilitar o delineamento de estratégias e práticas específicas voltadas à promoção do vínculo familiar, à organização de grupos para problematizar questões de gênero, bem como fortalecer a autonomia feminina e encontrar alternativas para solução de conflitos.

Com essa lei houve um grande avanço no direito das mulheres, no entanto, foi pequena a redução do número de agredidas entre 2001 e 2010. Há dez anos, oito mulheres sofriam agressões a cada dois minutos, hoje, são cinco⁽⁴⁾, demonstrando que, embora o resultado seja positivo, ainda muito precisa ser feito para inibir a violência contra a mulher. Nesse sentido é possível fazer alguns questionamentos tais como, de que maneira a lei está sendo empregada? Os profissionais envolvidos com essa temática estão sendo capacitados para atuarem conforme a legislação? Como está organizada a rede de apoio às vítimas? A lei está inibindo os agressores?

Alguns autores discorrem sobre a fragilidade do sistema, morosidade institucional e dos trâmites legais⁽⁶⁻⁷⁾, aspectos também reconhecidos pelas vítimas. Como forma de desabafo, as mulheres referem que a lentidão dos processos as deixa inseguras diante da situação a que estão expostas⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse sentido, de forma não intencional, o sistema contribui

para a revitimização, ocasionando a desistência dos processos pela demora de aplicação da lei, pela minimização da gravidade dos fatos e pela pouca importância dispensada aos casos.

Sabe-se que não existe apenas uma ferramenta capaz de impedir a violência ou acelerar os processos judiciais, mas sim um conjunto de recursos, físicos, pessoais e econômicos aptos a inibi-la, a punir e a educar os agressores. Nesse sentido, como enfermeiras e enfermeiros comprometidos com a promoção à saúde, é ímpar a busca pelo aprimoramento das ações e intervenções junto às mulheres que sofrem violência. Para isso, é preciso entender a dinâmica da violência contra a mulher, o que requer o conhecimento dos aspectos epidemiológicos envolvidos. Assim, realizou-se este estudo objetivando conhecer o perfil das mulheres que realizaram denúncias na Delegacia da Mulher do município do Rio Grande e identificar as formas de violência a que foram vitimadas.

Método

Trata-se de um estudo documental, de natureza exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, desenvolvido na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM) no município do Rio Grande/RS.

Esse estabelecimento começou a funcionar em agosto de 2009, sendo a única DEAM do município do Rio Grande, cidade que fica situada no extremo sul do país, com quase 200.000 habitantes⁽⁹⁾. É a mais antiga do estado e está entre as mais ricas do Rio Grande do Sul; caracteriza-se como portuária, universitária e litorânea⁽⁹⁾, recebendo frequentemente pessoas de diversos lugares, culturas e origens.

Integraram a amostra deste estudo, todas as ocorrências, cujas vítimas fossem mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos, contidos nos arquivos da delegacia entre outubro de 2011 e março de 2012, período em que ocorreu a coleta de dados. Foram excluídas aquelas que tramitavam em outras instâncias do Judiciário da cidade.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento, elaborado pelas pesquisadoras, contendo informações referentes à vítima, ao agressor e ao tipo de violência praticada. Neste estudo, utilizaram-se os dados referentes à vítima e ao ato violento. Elaborou-se um manual de instruções visando uniformizar a coleta, garantindo-se, assim, sua homogeneidade. Um computador portátil foi utilizado para a digitação dos dados em planilhas do tipo Excel que foram numeradas de acordo com a ordem de preenchimento.

A análise foi realizada por elementos de estatística descritiva, apresentados posteriormente em tabelas, sendo utilizado o software estatístico SPSS versão 17.0 durante o

processo de análise. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob Parecer nº 137/2011.

Resultados

Para a apresentação dos resultados obtidos nas 902 ocorrências consultadas, inicialmente, descreveu-se o perfil das mulheres que sofreram violência no município do Rio Grande, incluindo-se a faixa etária, cor da pele e escolaridade. A seguir apresentou-se o bairro residencial das vítimas e as formas de violência a que foram submetidas.

Observou-se que a faixa etária prevalente situou-se entre 20 e 29 anos (39,0%) seguida da correspondente a 30 e 39 anos (26,0%). Quanto à cor da pele das vítimas, optou-se por categorizá-las em brancas e não brancas. Na categoria não brancas, incluíram-se as descritas como mulata, morena, sarara, preta, amarela e parda. Foi nítido o predomínio de mulheres brancas entre as agredidas (82,5%) (Tabela 1).

No que se refere à escolaridade, 63,2% das mulheres agredidas cursaram o ensino fundamental incompleto ou completo, caracterizando o predomínio de baixa escolaridade. Atingiram o nível superior 52 mulheres (5,8%), demonstrando que a violência ocorre entre pessoas de diferentes graus de instrução.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a faixa etária, cor da pele e escolaridade. Rio Grande/RS. 2012.

Variáveis	N	%
Faixa Etária (n = 902)		
< 20 anos	44	4,8
20 a 29 anos	352	39,0
30 a 39 anos	235	26,0
40 a 49 anos	167	18,7
50 – 59 anos	57	6,3
60 anos e mais	46	5,1
Cor da pele (n=901)		
Brancas	744	82,5
Não Brancas	157	17,4
Escolaridade (n = 892)		
Ensino Fundamental		
Ensino Médio	576	63,8
Ensino Superior	257	28,5
Analfabeto	52	5,8
	7	0,8

Ao analisar-se o local de moradia das vítimas, no momento da denúncia, constatou-se a prevalência dos bairros periféricos, representando 86,8% do total. No entanto, individualizando-se a análise, percebeu-se que o Centro da cidade ocupou o segundo lugar (9,2%), sendo superado apenas por um bairro periférico que concentrou 10,0% dos casos notificados (Tabela 2).

Tabela 2– Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo o local de moradia. Rio Grande – 2012.

Local	N	%
Periferia	783	86,8
Centro	83	9,2
Rural	23	2,5
Outras localidades	13	1,4

n = 902

Quanto às formas de violência praticadas contra as mulheres, houve predomínio da violência física com 431(47,8%) casos. Desses, 10(2,3%) corresponderam a tentativa de homicídio. Em segundo lugar, encontrou-se a violência psicológica com 400(44,4%) casos, entre eles 2,0% corresponderam ao cárcere privado e 20,2% ao descumprimento de ordem judicial. No que se refere à violência sexual dos 40(4,4%) casos registrados, 27(67,5%) referiam-se ao estupro consumado.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo o tipo de violência. Rio Grande – 2012.

Tipo de Violência	n	%
Violência Física	431	47,9
Violência Psicológica	400	44,4
Violência Sexual	40	4,4
Violência Patrimonial	23	2,5
Violência Moral	8	0,9

n = 902

Analisando-se o item correspondente a “agressões anteriores”, encontrou-se 568(63%) casos. Desses, a primeira denúncia foi verificada em 340 ocorrências; nas 228 (25,2%) restantes, o número de reincidência oscilou entre duas e onze denúncias (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das mulheres segundo o número de denúncias. Rio Grande – 2012.

Número de denúncias	1	2	3	4	5	7	11
Número de vítimas (425)	340	57	14	6	6	1	1
Total de denúncias (568)	340	114	42	24	30	7	11
% Sobre total de vítimas	80%	13,4%	3,3%	1,4%	1,4%	0,2%	0,2%

A tabela 4 demonstra que 80,0% das mulheres vinham sofrendo com a violência até tomarem coragem para denunciar o agressor. No entanto, as que romperam com o silêncio enfrentaram dificuldades legais, demonstradas pelas inúmeras denúncias feitas pelas mesmas vítimas.

Discussão

A dinâmica da violência contra a mulher tem sido pauta de diversos estudos nacionais e internacionais. Esses discorrem a respeito do perfil da vítima e do agressor, do tipo de violência⁽¹⁰⁻¹²⁾, das estratégias de enfrentamento^(11,13-14), das consequências para a vítima^(12,15) bem como da atuação dos profissionais de saúde frente a essa temática⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No presente estudo, alguns desses tópicos são abordados procurando dar visibilidade ao fenômeno tanto em nível local quanto nacional e mundial. No que se refere ao perfil das vítimas, os resultados assemelham-se ao publicado na literatura. A violência por parceiro íntimo é mais prevalente entre as mulheres em idade reprodutiva⁽¹⁶⁾ e produtiva⁽¹⁷⁾. Estudos documentais, realizados em DEAM de outros municípios, também revelaram que a maioria das vítimas que denunciaram a violência vivida encontravam-se entre os 20 e 40 anos de idade, eram brancas⁽¹⁸⁾ e possuíam baixa escolaridade^(10,12).

De acordo com os motivos citados por vítimas, como desencadeadores da violência, encontra-se, frequentemente, o ciúme pelo parceiro,^(12, 17-18) que pode ser decorrente do fato das mulheres serem jovens, bonitas e em busca da sua independência financeira. Nessa faixa etária também se têm uma vida social mais ativa o que as tornam vulneráveis a certos atos violentos por parte de desconhecidos⁽¹⁹⁾. Quanto às faixas etárias extremas, menores de 19 anos (4,8%) e maiores de 60 anos (5,1%), considera-se que o baixo índice de violência encontrado, neste estudo, seja por conta da subnotificação dos casos. Nessas idades pode ser comum a dependência financeira, fazendo-as silenciar a violência a que são submetidas. Por

outro lado, independentemente da idade, discute-se que a exposição aos atos violentos parece ter correlação direta com o tempo de moradia junto com o agressor⁽¹²⁾.

Sabe-se que a violência contra a mulher independe da classe social, raça, religião ou grau de instrução. Entretanto, existem fatores considerados catalisadores deste fenômeno, entre eles o uso de álcool, a violência intergeracional, o baixo nível de escolaridade e o extrato socioeconômico baixo⁽²⁾. O primeiro grau incompleto ou completo prevaleceu entre as vítimas deste estudo em 63,8% dos casos. Acredita-se que quanto menor a escolaridade, menor a qualificação profissional e, por tanto, menores os salários. Desse modo, as dificuldades financeiras podem surgir como pivô dos conflitos⁽²⁰⁾. Por outro lado, supõe-se que mulheres com maior escolaridade têm alternativas para fugir dos atos violentos, atribuído a melhor remuneração e consecutivamente mais chance de serem financeiramente independentes dos companheiros. Além disso, apresentam maior esclarecimento sobre os seus direitos, o que as tornam menos tolerantes à violência⁽¹²⁾.

No entanto, mulheres com maior grau de instrução não estão livres da violência. Este estudo revelou que 52(5,8%) vítimas possuíam o ensino superior completo ou incompleto, havendo entre elas professoras, advogadas, uma assistente social, uma enfermeira e uma médica. Pesquisa semelhante, realizada na capital de São Paulo evidenciou índice de 28,3% de violência doméstica em mulheres com ensino superior incompleto ou completo⁽¹⁸⁾. Esses dados desmistificam a crença de que a violência contra a mulher só ocorre entre aquelas com menos escolaridade.

Os contextos comunitários, tais como a qualidade de relacionamento da vizinhança, a presença de escolas e de redes de apoio, são referidos como fatores de proteção às famílias⁽²⁾. Por outro lado, a alta densidade populacional, a falta de infraestrutura e o pequeno investimento educacional podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres que vivem em ambientes com essas características. Neste estudo, 783 (86,8%) vítimas residiam na periferia. No entanto, ao individualizar-se os bairros, evidenciou-se que o Centro do município ocupou o segundo lugar no ranking dos locais com maior concentração de vítimas 83(9,2%), contradizendo o apresentado pela literatura.

Quanto às formas de violência praticadas contra as mulheres, diferentemente de outros estudos em que predominou a violência psicológica, seguida da física e sexual^(8,10,17), encontrou-se a violência física em quase metade das ocorrências analisadas 431(47,8%). Desses, 10(2,3%) corresponderam a tentativa de homicídio. Há relatos de que os homens utilizam-se da força para agredir a mulher por meio do espancamento⁽¹⁷⁾ e do

estrangulamento^(17, 21). Este último esteve presente em 47(11,3%) casos analisados. Tal resultado ratifica dados da pesquisa que descreve a distribuição e os padrões de estrangulamento homicidas entre as mulheres africanas. Nela foi detectada o predomínio de crimes ligados ao contexto doméstico, sugerindo a perpetração por um parceiro íntimo ou conhecido⁽²¹⁾.

Ao analisar as formas de violência psicológica, de um total de 44,4% dos casos; 2,0% corresponderam ao cárcere privado e 20,2% ao descumprimento de ordem judicial. A desigualdade entre homens e mulheres na sociedade, fruto da cultura patriarcal, leva o homem a acreditar que tem direitos, inclusive de infringir a legislação que protege a mulher, conforme evidenciado em 81(20, 2%) ocorrências. Nesses casos, além de serem vitimadas pelo parceiro, as mulheres sofrem com a ineficácia da lei, que não consegue fazer cumprir as medidas protetivas de urgência⁽⁵⁾ determinadas, originando uma nova forma de violência à mulher, o descumprimento de ordem judicial.

Em pleno século XXI as mulheres ainda são privadas do direito de ir e vir, de exercer a sua autonomia, além disso, são obrigadas a manter relação sexual forçada para satisfazer o marido ou por medo do parceiro⁽¹⁰⁾. Em 40 (4,4%) casos foi registrada a violência sexual, sendo que 28 (70%) referiam-se ao estupro consumado. Entre os acusados, treze eram homens desconhecidos, nove parceiros íntimos e o restante conhecidos das vítimas. A violência moral (0,9%) e patrimonial (2,5%) apresentou baixa porcentagem, sendo esse um fato que pode estar atrelado ao desconhecimento desses atos como crimes contra a mulher. No entanto, em uma pesquisa realizada com mulheres violentadas houve predomínio da violência psicológica e moral, entre as cinco formas estabelecidas pela LMP, sendo aquelas caracterizadas como ofensa verbal⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em uma Delegacia Policial da Defesa da Mulher evidenciou que geralmente as mulheres convivem anos com a violência dentro do lar⁽²²⁾. Outro divulga que em metade dos casos de violência não há denúncia pública. Essa ocorre somente nos considerados graves, que ameaçam à integridade física, seja pelo uso de armas de fogo, seja pelo espancamento ou ameaças de espancamento⁽⁴⁾. De igual forma, neste estudo 568 (63,%) vítimas haviam sofrido agressões anteriores, e apenas 228 (25,2%) do total da amostra notificou a DEAM em agressões anteriores. Destaca-se também o extremo de 11 denúncias efetuadas pela mesma mulher, o que possibilita questionar a resolutividade da lei.

Relatos expõem a descrença das mulheres na legislação durante a busca pela ruptura da sua condição de vítima⁽⁸⁾. A morosidade da lei implica em risco de vida, considerando o

retardo na punição do agressor e estabelecimento das medidas protetivas. Por outro lado, salienta-se o despreparo dos próprios operadores da lei que culpabilizam as vítimas pela lentidão do sistema, tal como ocorrido no enfrentamento da violência contra mulher, em São Leopoldo⁽⁶⁾.

A LMP muito tem contribuído para romper a cadeia de violência dentro de muitas famílias. Contudo, acredita-se que para ter êxito, significativo, no combate à violência de gênero convém terminar com a dicotomia existente entre o que é legalmente instituído e o que é vivido na prática. Para isso, é de extrema importância a capacitação eficaz de todos os profissionais que lidam com essa temática.

Conclusão

O estudo corroborou que a violência contra a mulher está presente em diferentes contextos sociais. No entanto, a maioria das mulheres que registraram queixa na DEAM do município de Rio Grande, no período estudado, eram brancas, jovens, com baixo nível de escolaridade e residiam em bairros periféricos. Todavia, ao realizar uma análise individual dos bairros, percebeu-se que o segundo local com maior incidência de vítimas referiu-se ao Centro da cidade.

Embora seja difícil tipificar os casos de violência, considerando que ela afeta de diferentes maneiras a vida da vítima, a violência física esteve presente em mais da metade dos casos, com destaque para a tentativa de estrangulamento. Quanto à violência sexual houve predomínio do estupro, praticado na maioria dos casos por desconhecidos e parceiros íntimos. Já a psicológica apresentou um dado relevante, o descumprimento de ordem judicial, que emerge como nova forma de violência contra a mulher. Somado a isso, a reincidência de denúncias induz a pensar acerca da resolutividade da lei, responsável pelo estabelecimento de proteção à vítima, mas que, por si só, não está sendo capaz de impedir que o agressor cometa novos atos contra a mulher.

Cabe destacar que a morosidade da lei ocorre por conta dos seus próprios operadores e do sistema, denotando a necessidade de investimento e capacitação de profissionais que atuam em locais que fazem parte da rede de proteção às mulheres. Julga-se importante compreender esse fenômeno necessitando, portanto, de preparo, esforços e conhecimentos adicionais, a fim de desencadear reflexões acerca de novas políticas públicas eficazes, seja em âmbito local ou nacional, no combate e prevenção à violência contra a mulher.

Sabe-se que este estudo apresenta dados epidemiológicos apenas de um contexto e tempo, porém de fundamental importância para que diversos profissionais reflitam acerca da gravidade deste problema e comecem a agir. Como enfermeiras, interessadas nas ações de prevenção e promoção à saúde, é ímpar a realização de pesquisas como esta que subsidiam diferentes áreas do conhecimento na busca pelo enfrentamento da violência contra a mulher.

Referências

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1995; 20(2): 71-99.
2. Who. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
3. United Nations Department of Public Information. Unite to end violence against women. Fact Sheet [internet]. 2008[acesso em 20 mar. 2012]. Disponível em:<http://www.un.org/en/women/endviolence/pdf/VAW.pdf>.
4. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. [internet]. ago.2010 [acesso em 3 abr. 2012]. Disponível em <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>.
5. Brasil. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações, 2007.
6. Presser AD, Meneghel SN, Hennington EA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. Saúde Soc. São Paulo. 2008; 7(3):126-37.
7. Tavares MS, Sardenberg CMB, Gomes MQC. Feminismo, estado e políticas de enfrentamento à violência contra mulheres: monitorando a lei Maria da Penha. Estudos feministas. jul/dez 2011-jun /jun 2012.
8. Lettiere A, Nakano AMS. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. nov.-dez. 2011 [acesso em 10 abr.2012]; 9(6):[08 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_20.pdf
9. Wikipédia. A enciclopédia livre – Município do Rio Grande “Noiva do Mar”. [internet]. 2011 [acesso em 2 jun. 2012]. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Rio_Grande
10. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6): 944-53.
11. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. RevEscEnferm USP. 2010; 44(1):126-33.

12. Adeodato VG, Carvalho RR, SiqueiraVR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev Saúde Pública. 2005; 39(1): 108-13.
13. Tandukar KP, Poudel KC, Yasuoka J, Eto T, Jimba M. Domestic violence against women in Nepal. The Lancet [internet]. May. 2008 [acesso em 18 jun.2012]; 371: 1664. Disponível em www.thelancet.com.
14. Gomes NP, Diniz NMF, Filho CCS, Santos JNB. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. 2009jan./mar; 17(2):14-7
15. Coker A, Smith PH, Fadden MK. Intimate Partner Violence and Disabilities among Women Attending Family Practice Clinics. Journal of women's health [internet]. Nov. 2005 [acesso em 23 jun. 2012]; 14(9): 829-38. Disponível em <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2005.14.829>
16. Devi S. World Report. US guidelines for domestic violence screening spark debate: New US guidelines recommending the routine screening of women for intimate partner violence could have a detrimental effect in some states, say campaigners.ObstetGynecol [internet]. Feb.2012 [acesso em 23 jun. 2012]; 379:412–17. Disponível em www.thelancet.com
17. Carvalho C, Destro JR, Faust SB, Coelho EBS, Boing AF. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis/SC. CogitareEnferm. 2010 out./dez; 15(4):603-8.
18. Ribeiro DKL; Duarte JM, Lino KC,Fonseca MRCC. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. Saúde Coletiva. 2009; 6(35): 264-268.
19. Menezes JP, Moura MAV, Netto LA, Silva GF. Perfil sócio-demográfico de mulheres que sofreram com a violência de gênero no Rio de Janeiro: subsídios para a enfermagem. R. pesq. cuid. fundam. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):418-422.
20. Couto MT, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Kiss LB. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 11(Sup): 1323-32.
21. Suffla S, Niekerk AV, Arendse N. Female homicidal strangulation in urban South Africa. BMC Public Health [internet]. Oct. 2008 [acesso em 25 jun. 2012]; 8:363. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/363>.
22. Jong LC, Sadala ML, Tanaka ACDA. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. RevEscEnferm USP. 2008; 42(4):744-51.

5.2 Artigo 2

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: (IN) VISIBILIDADE DO PROBLEMA

Daniele Ferreira Acosta⁴, Vera Lucia de Oliveira Gomes⁵, Edison Luiz Devos Barlem⁶

Resumo: Objetivou-se identificar os motivos que levam à prática da violência e descrever os atos de violência perpetrados por parceiro íntimo. Estudo documental realizado na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande, dentre os meses de outubro de 2011 a março de 2012, por meio da análise de ocorrências policiais cujas vítimas eram mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. Diante da análise de conteúdo, evidenciou-se que, independente do motivo que desencadeou a violência, todos os casos têm como pano de fundo questões associadas ao gênero. A gravidade desse fenômeno é observada diante das consequências, tanto para a vítima quanto para os filhos e sociedade. Necessita, portanto, da atuação de profissionais capacitados e coesos ao problema. Cabe, ainda, à enfermagem fortalecer a autonomia feminina por meio da educação em saúde. Para o seu enfrentamento é indispensável a inclusão dos homens nas ações de combate e prevenção à violência contra a mulher.

Palavras-chave: violência doméstica, violência contra a mulher, gênero e saúde, enfermagem, saúde pública.

⁴Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. daniele_acosta@hotmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. vlogomes@terra.com.br

⁶Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. ebarlem@gamil.com

Introdução

A violência contra a mulher tem sido abordada como um problema de saúde pública tanto pelo impacto negativo que provoca na qualidade de vida das vítimas quanto pelas implicações nos diferentes cenários, incluindo o jurídico, econômico, social, educacional e de saúde. Apesar disso, embora se reconheça sua dimensão multidisciplinar, estudiosos destacam a invisibilidade social desse fenômeno, muitas vezes atribuída ao silêncio de vítimas e aos impasses comunicacionais entre vítima-profissional¹.

A identificação dos aspectos epidemiológicos e das formas de violência praticadas contra a mulher permitiu constatar que o principal perpetrador dos atos violentos é o próprio parceiro íntimo². Esse cenário, cercado de iniquidades, é fruto de questões histórico-culturais advindas da organização da sociedade, responsável por justificar o domínio da mulher pelo homem³. Nesse sentido, de forma natural, percebe-se que a cultura, veiculada pela família, legitimou as relações de poder, de gênero e de sexualidade, tornando o âmbito doméstico um terreno fértil para a prática da violência⁴.

Compreende-se violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto na esfera pública como na esfera privada⁵. Foi no início da década de oitenta, em decorrência de campanhas e protestos feministas que esse fenômeno ganhou visibilidade. Inúmeras foram às reivindicações por políticas públicas de segurança e justiça, por meio das quais as mulheres se rebelavam contra a impunidade dos assassinatos praticados, geralmente, por companheiros ou ex-companheiros sob alegação de legítima defesa da honra⁶. Tal movimento repercutiu nacional e internacionalmente, desencadeando grandes avanços no que se refere à prevenção e ao combate dessa modalidade de violência.

A Lei nº 11.360/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, é a legislação brasileira que visa coibir e prevenir a violência doméstica e familiar⁷. Apesar desse amparo legal, o número

de mulheres vitimadas ainda é elevado. Registros demonstram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa, sendo o agressor, o próprio marido ou companheiro; mais de 40% das violências resultam em lesões corporais em consequência de socos, tapas, chutes, queimaduras e espancamentos⁸. No entanto, a magnitude do problema é bem maior, pois o silêncio de muitas vítimas faz com que inúmeros casos não sejam denunciados, mascarando os dados epidemiológicos.

Além disso, raros são os profissionais que notificam a violência⁹ consumada ou presumida, apesar de ocuparem posição estratégica tanto para sua detecção⁹⁻¹⁰ quanto para a prestação de assistência e encaminhamento das vítimas aos serviços especializados. Cabe enfatizar que a notificação da violência é obrigatória aos profissionais de saúde, em especial aos profissionais de enfermagem por sua atuação direta com as vítimas que sofrem agressão, sob pena de punição prevista em seus códigos de ética.

Não obstante, existem muitas barreiras que desqualificam a atenção necessária às mulheres em situação de violência, seja pela falta de tempo, despreparo, medo, pré-julgamentos relacionados aos estereótipos culturais ou por acreditar que esse não é um problema de saúde, o que dificulta sua abordagem¹⁰. Sabe-se, ainda, que, frente à complexidade do fenômeno, é necessária a atenção de uma equipe multidisciplinar, capacitada, coesa e sensível ao problema. Dificilmente ações e disciplinas isoladas terão sucesso no enfrentamento da violência contra a mulher¹¹.

Diante disso, visando melhorias na qualidade de vida da população, bem como contribuir com a equipe de enfermagem na identificação e no reconhecimento dos agravos ocasionados pela violência contra a mulher, o presente estudo teve como objetivos: identificar os motivos que levam à prática da violência; descrever os atos de violência perpetrados, por parceiro íntimo, às mulheres que efetuaram denúncias na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres no município do Rio Grande/RS.

Método

Tratou-se de um estudo documental de natureza qualitativa realizado na Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM) no município do Rio Grande/RS. Os dados foram coletados em ocorrências policiais, cujas vítimas eram mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos. O recorte temporal adotado estendeu-se de agosto de 2009, quando foi implantada essa DEAM, a dezembro de 2011, e a coleta efetuada entre outubro de 2011 e março de 2012. Antecedendo a essa etapa, realizou-se a capacitação de quatro acadêmicas que participaram da coleta, enfocando-se principalmente a necessidade de confidencialidade dos dados e da manutenção do anonimato dos envolvidos na ocorrência.

Um manual de instruções também foi elaborado, a fim de uniformizar a coleta, garantindo-se, assim, sua homogeneidade. Utilizando um computador portátil, os dados contidos nas ocorrências foram transcritos na íntegra, conforme relatos das vítimas, obtidos por livre espontaneidade. Tais transcrições foram identificadas pela letra “T”, seguida do número da ordem de preenchimento.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados¹². Primeiramente realizou-se a leitura flutuante e preparação do material, seguido da categorização, descrição e interpretação, momento em que foram feitos recortes em unidades de contexto. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob Parecer nº 137/2011.

Resultados e Discussão

Das 902 ocorrências policiais, 676 (75%) referiam-se à violência praticada por parceiro íntimo, o que demonstra, à semelhança de outros estudos, o predomínio da violência conjugal contra as mulheres^{2,10,13}. Cabe destacar que esse tipo de violência é extremamente degradante, considerando-se que é praticada por uma pessoa com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntimo-afetiva. Além disso, ocorre, em sua maioria, no âmbito privado,

ou seja, um local que deveria ser de acolhimento e conforto torna-se um cenário para a prática dos atos violentos.

Para apresentar os motivos desencadeadores dos atos violentos, inicialmente utilizaram-se dados numéricos, visto que “a quantidade se apresenta sempre como uma distinção no interior da qualidade; e a qualidade está sempre presente nas quantidades, sendo a quantidade em si uma qualidade do objeto ou da realidade”^{14:96}. A seguir, cada motivo desencadeador de violência foi ilustrado com a descrição dos atos praticados contra as denunciantes.

Analisando o relato das vítimas, percebeu-se que há diversos motivos desencadeadores da violência, os quais geraram as seguintes categorias: questões de gênero (379); problemas decorrentes do uso drogas (85); problemas relacionados aos filhos (50) e problemas com a divisão de bens (32).

Questões de gênero

A violência contra a mulher precisa ser analisada pela ótica de gênero, que procura desnaturalizar o homem como agente de poder, de superioridade e de domínio. É diante dos estereótipos culturais que lhe foi legitimado praticar a violência.

Nessa categoria foram incluídos todos os motivos que assinalam atitudes autoritárias do homem, tais como não aceitar a separação nem a denúncia policial, ciúme e abuso de poder. Discorrendo sobre a literatura, nota-se que a recusa da separação e o ciúme por parte do parceiro estão entre os principais motivos desencadeadores da violência⁹⁻¹⁵. No presente estudo, também se verificou o predomínio desses pretextos como pode ser evidenciado nos seguintes trechos de ocorrências.

Começou a perturbar a vítima desde que ela relatou querer a separação, há um mês. Rasga as roupas da vítima, o material da escola que ela trabalha. Vítima teme pela sua vida e a dos filhos. (I 425)

Perseguida desde a separação, há um ano. Foi agarrada pelo pescoço de surpresa, tentando lhe estrangular, enquanto esperava o ônibus e foi salva por populares [...] (I 393).

O acusado está inconformado com a separação e procura a vítima incisivamente. Manda email e mensagem, procura seus familiares e amigos para convencer que ela volte com ele[...] (I 197)

A rotinização da violência é um dos fatores que motiva a mulher a romper o relacionamento com o parceiro¹³. Todavia, como evidenciado, ao não aceitar a separação, ele parte para a violência como tentativa de amedrontar a vítima e fazer com que esta desista. Frente a essas situações, as mulheres sentem-se desprotegidas, humilhadas e desvalorizadas¹⁵ o que pode contribuir com a somatização de problemas de saúde. Cabe destacar que essa fragilização causa efeitos negativos na autoestima e autoimagem acarretando uma maior propensão a aceitar a vitimização⁸.

Nesse sentido, pode-se dizer que essa desigualdade entre os sexos, pautada na assimetria de poder, influencia no “modo de viver, adoecer e morrer das mulheres”^{10:626}, situações identificadas nas denúncias sob forma de desabafo. No entanto, a exacerbação do domínio masculino não causa impacto negativo somente à vítima. De acordo com o evidenciado, o problema estende-se aos filhos, familiares, amigos e sociedade com consequências de ordem psicológica, comportamental, interpessoal e profissional.

O mesmo ocorre quando a violência é desencadeada pelo ciúme, que constitui um sentimento de posse sobre a mulher⁹. Com base nesse sentimento o homem costuma afirmar que se ela não for dele, não será de mais ninguém.

Acusado vive lhe ameaçando dizendo que irá lhe matar com uma faca. Mostra-se ciumento e possessivo dizendo que se ela não ficar com ele, não ficará com ninguém [...] (I 474)

Quando ia para o trabalho, o marido começou a implicar com sua roupa dizendo que ela estava arrumada para se encontrar com outro. Quando voltou para a casa, viu suas roupas rasgadas, calçados destruídos, maquiagens e chapinha quebradas, rasgou a carteira de trabalho.(I 525)

Nesses relatos percebe-se a presença de atitudes patriarcais que realizam e reatualizam o controle sobre as mulheres. Casos de exacerbação dos sentimentos de posse, de moralismo e nas agressões por ciúme, geralmente tem seu ápice diante do homicídio¹⁶. É possível confrontar os resultados deste estudo com discursos masculinos que centralizam as decisões ao exercerem o poder sobre suas parceiras por meio da escolha das roupas, das amizades e do direito de trabalhar¹⁶⁻¹⁷.

A violência psicológica, embora invisível, causa medo e insegurança nas vítimas, ocasionando apatia e, assim, tornando-as vulneráveis a outros atos violentos isolados ou associados a outras formas de violência como a patrimonial⁷, descrita na destruição dos objetos, instrumentos de trabalho e documentos pessoais da vítima.

O abuso de poder pode ser identificado quando as mulheres são impedidas de desfrutar da própria liberdade de ir e vir. O cárcere privado constitui uma forma de violência psicológica decorrente da dominação masculina.

Manteve presa em casa acorrentada por cinco dias, sem alimentos; só com roupas íntimas para sentir frio. A mãe [da vítima] conseguiu lhe libertar ao receber a ligação da vítima no celular e depois foi ameaçada. Foi severamente espancada [vítima] ficando dez dias sem poder sair da cama pelas lesões. (I 469)

Tal relato denuncia a gravidade desse fenômeno que muitas vezes é silenciado dentro dos lares. A mulher torna-se inerte frente a essas situações, necessitando de ajuda para fugir das amarras dos atos violentos. Outros estudos também evidenciam a severidade do fenômeno ao comprovar que a violência doméstica e a conjugal afetam a sociabilidade da mulher bem como sua produtividade¹⁰. Nos conflitos conjugais, geralmente, o espancamento, o estrangulamento, tapas e bofetadas⁹ atingem a mulher gerando sérias consequências no processo de saúde-doença.

Desta forma, devido aos traumas imediatos ou pelos agravos secundários, é que os serviços de saúde surgem como os primeiros locais de acolhimento às vítimas, tendo na figura

dos profissionais de enfermagem os trabalhadores da saúde que mais proximamente vivenciam essas situações. Todavia, é preciso que todos passem a se preocupar com o fenômeno, procurando identificá-lo e compreendê-lo em profundidade, garantindo, assim, uma assistência diferente do modo hegemônico¹⁰ o qual acaba revitimando a mulher.

O poder do homem novamente é evidenciado, ao forçar as vítimas a manterem relação sexual independentemente da sua vontade, tratando-as como objeto sexual.

Ele lhe agride quando nega relação sexual[...]ele a puxou dos cabelos e deu dois tapas na cara quando ela disse que não estava bem para manter relação e ele dizia que tudo é invenção. (I 675)

A recusa da relação sexual pode ser entendida como uma possível traição e como um contra poder, o que desencadeia novas discussões, agressões e a própria violência sexual¹⁷. Embora se pense que os crimes sexuais são realizados em sua maioria por desconhecidos, há estudos evidenciando a prevalência do estupro conjugal¹⁰.

Ainda em decorrência de questões de gênero, sabe-se que nem todas as mulheres tomam a iniciativa para romper o ciclo da violência ou mesmo nem reconhecem sua situação de submissão. No entanto, quando se encorajam a denunciar o parceiro, correm o risco de serem revitimadas sob ameaça de morte ou agressão física, de acordo com os achados deste e de outros estudos¹⁵⁻¹⁶.

Vítima vem sendo ameaçada de morte fazendo com que ela desista das medidas protetivas. Forçou a porta para entrar na sua residência. Já foi acudida por familiares para não ser agredida. (I 403)

Passou a ameaçá-la dizendo: "já que bater em ti não adianta, por causa da Maria da Penha, eu vou preso igual, então é mais fácil te matar. (I 470)

Fez ameaças de morte, que não tem medo da polícia e nem do juiz, descumprindo medida judicial (I 496).

Os depoimentos também demonstram que, para os agressores, nem a polícia nem a legislação são capazes de detê-los. O fato de serem contrariados em uma “ordem”, a companheira é o principal motivo, indicado pelos homens, como desencadeador de

violência¹⁸. Com isso, questiona-se a resolutividade das medidas protetivas bem como das penas atribuídas. Nesse sentido, alerta-se para o risco iminente das mulheres que vêm sofrendo ameaças, pois elas podem ser cumpridas.

Problemas decorrentes do uso de drogas

Sabe-se que existe uma interação de elementos que atuam sobre o comportamento diminuindo ou aumentando as chances de uma pessoa tornar-se vítima ou agressor². Nesse sentido, fatores individuais, tal como o uso de drogas, têm sido referidos como capazes de precipitar a violência, de acordo com o mencionado pelas vítimas.

Quando o acusado saiu para beber e voltou bêbado começaram a discutir e ele disse que lhe mataria e desferiu um soco em seu rosto. As ameaças continuaram e ele a trancou no quarto [...](I 578)

Existem evidências de que o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, na maioria das vezes, está presente no contexto da violência contra a mulher^{2,18}. Estudos apontam que o álcool enfraquece as inibições do usuário contribuindo para a manifestação de violência². Acredita-se que o efeito desinibidor seja responsável por eclodir as agressões. Alguns homens utilizam esse argumento como desculpa para seus comportamentos violentos¹⁸. Outras vezes responsabilizam a mulher pela sua atitude violenta ao não aceitar que a parceira interfira nos seus hábitos¹⁸, assim como relatado.

Vítima chamou atenção por ele [agressor] estar bebendo, então ele a agrediu com socos e pontapés, arrastou pelos cabelos [...](I 240)

No que se refere às drogas ilícitas, o uso de crack tem sido apontado como um promotor dos atos violentos. Sabe-se que essa droga tem implicações tanto individuais quanto legais e sociais², associada à necessidade de sustentar a dependência química.

Em decorrência do uso de crack lhe agride fisicamente, o acusado costuma lhe trancar em casa com os filhos e vende as coisa. (I 192)

Acusado obriga vítima a lhe dar dinheiro e furta objetos da casa dela para vender e comprar drogas [...] (I 671)

Portanto, é nesse sentido que as mulheres que vivem com homens usuários de drogas, legal ou ilegal, apresentam maior risco de sofrerem turbulências no relacionamento desencadeando a violência.

Problemas relacionados aos filhos

Dentre os vários motivos desencadeadores da violência, aparecem a guarda e visitação dos filhos, problemas com a pensão e ainda a atitude materna de protegê-los da agressão efetuada pelo pai.

Acusado foi entregar o filho para a vítima e quando ela reclamou do horário levou um soco. (I 345)

Agressor foi à casa da vítima buscar a filha e ela não deixou, e assim lhe esmurrou na face deixando desmaiada. (I 355)

Ele [acusado] lhe persegue, invadiu o pátio e lhe ameaçou de morte querendo que retire o processo de pensão. Diz que comprará um revólver e matará a vítima [...]582

A prescrição dos papéis familiares, ao longo do tempo, foi responsável por ditar valores patriarcais, segundo uma divisão rígida e tradicional de afazeres⁸. Ao homem coube a função de provedor e chefe da família; à mulher cuidar do lar, dos filhos e educá-los. Nesse sentido, legitimou-se à mãe a responsabilidade pela guarda do filho diante da separação conjugal⁷.

Observa-se, no entanto, que não lhe cabe argumentar ou firmar seu posicionamento diante da supremacia masculina, que responde com a prática da violência. Questiona-se como fica o estado psicológico de uma criança que vê o pai agredindo a mãe brutalmente? Cabe destacar que presenciar a violência pode perpetuar comportamentos violentos, gerar situações de desajuste para crianças e adolescentes, além de prejudicar sua educação e formação⁷.

São expostos e vitimados, indiretamente, pelos conflitos conjugais com repercussão para vida toda. Para evitar esses transtornos, a mulher que sofre violência doméstica e representa contra o agressor tem entre as medidas protetivas restringi-lo ou suspendê-lo de visitas aos filhos menores, além da prestação de alimentos provisionais⁷.

A legitimação do seu papel de cuidadora reforça a atenção e proteção dispensada aos filhos, exemplificado no relato abaixo.

Xingou a vítima, quebrou objetos dentro da casa, ia bater no filho e acabou batendo na vítima porque ela se intrometeu. (I 373)

É por causa deles que muitas mulheres tomam iniciativa em romper com o ciclo da violência denunciando o agressor. Além disso, diante de tanto sofrimento, há aquelas que saem de casa visando uma vida feliz e em paz junto com seus filhos^{13,16}.

Problemas com a divisão de bens

Os problemas relacionados à divisão de bens também fazem parte deste contexto, desencadeando a violência contra a mulher.

Ao conversar sobre a divisão do imóvel começam a discutir, pois estão separados e morando no mesmo imóvel. Ele lhe ofendeu e deu um soco no seu rosto e disse que se tiver que sair da casa colocaria fogo no imóvel. (I 575)

Ele diz que não sairá de casa, que ela deve procurar outro lugar, embora o imóvel seja dos dois. Ele a puxou dos cabelos e a colocou para fora de casa chutou-a e deu socos restando escoriação no braço, pescoço e pernas.(I 656).

Observa-se que o poder do homem reverte-se em diversas formas de violência. Especificamente, nesses casos, a tentativa de afastar a mulher dos lugares e espaços que consideram seus domínios é executada através de agressão física e ameaças. Acreditando na sua superioridade, pensa que tem o direito de exercer o controle dos bens do casal ameaçando-a de expulsão da casa¹.

Autoras apregoam que as vítimas de violência, que estão isoladas da rede de parentesco e da comunidade, estão mais expostas ao controle do agressor⁸. Cabe destacar que

as mulheres que convivem com os parceiros e são violentadas têm respaldo pela Lei Maria da Penha que obriga o agressor a sair do lar e manter distância da vítima e sua família⁷. Portanto, para que a mulher tenha êxito na resolução dos seus problemas é preciso que cheguem até elas as informações acerca da existência e do acesso à rede de apoio, responsável por garantir os seus direitos.

Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo demonstram que, independentemente dos motivos que desencadeiam a violência contra a mulher e da categorização desses, todos têm como pano de fundo questões de gênero, atribuída ao sentimento de posse e dominação dos homens sob as suas parceiras. Além disso, notou-se que a gravidade desse fenômeno não está centrada somente na soma dos diversos tipos de violência, mas sim na sua repercussão tanto à vítima quanto à família e à sociedade.

As diferentes formas de violência ferem os princípios dos direitos humanos e ratificam a necessidade de uma rede de suporte coesa, com abordagem multidisciplinar e com profissionais capacitados para identificar a situação de violência, orientar e intervir efetivamente no processo de saúde-doença dessas mulheres. Para isso, primeiramente, é preciso romper as barreiras culturais e os pré-julgamentos frente o acolhimento e assistência às vítimas.

Diante da simultaneidade da violência, cabe a equipe de enfermeiras o reconhecimento dos agravos ocasionados, compreendendo a violência além do aspecto biológico, incluindo a atenção humanizada voltada às dimensões psicológica, social e espiritual da mulher. Ações preventivas e educativas, de valorização da mulher e da família, incentivo ao diálogo na resolução dos conflitos e a promoção ao vínculo familiar são ímpares no enfrentamento desse fenômeno. Somado a isso, o problema da violência perpetrada por parceiro íntimo continuará

irresoluto se o foco das intervenções mantiver-se sobre as mulheres. Também é preciso a inclusão dos homens nas ações de prevenção e combate à violência contra a mulher. Tais medidas primam pela conscientização masculina acerca da igualdade entre os sexos, da evolução da mulher no mercado de trabalho bem como do esclarecimento acerca dos rótulos impostos pela cultura patriarcal aos gêneros.

Espera-se com este estudo auxiliar a equipe de saúde e, em especial, os profissionais de enfermagem, na identificação das mulheres em situação de violência, além de instigar a intervenção da sociedade, de profissionais e dos governantes acerca da implementação de políticas públicas e de uma rede de apoio local necessárias ao enfrentamento e combate da violência contra a mulher.

Referências

- 1 Schraiber L, Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Comunic, Saúde, Educ.* 2003; 7(12): 41-54.
- 2 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, organizadores. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization; 2002.
- 3 Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade.* 1995; 20(2): 71-99.
- 4 Meyer DE. Corpo, violência e educação: uma abordagem de gênero. In: Junqueira RD, org. *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas.* Brasília: Ministério da Educação; 2009. p. 213 – 34.
- 5 Brasil. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará".* Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém do Pará, 1994
- 6 Pasinato W, Santos CMD. *Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil.* Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo; 2008.
- 7 Brasil. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações, 2007.
- 8 Narvaz MG, Koller, SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. *PSICO, Porto Alegre.* 2006 jan-abr; 37(1):7-13.

- 9 Carvalho C, Destro JR, Faust SB, Coelho EBS, Boing AF. Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis/SC. *Cogitare Enfer.* 2010 out/dez; 15(4): 603-8.
- 10 Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul-set; 13 (3): 625-31
- 11 Schraiber LB, Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25 (sup 2): 205-16.
- 12 Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
- 13 Vieira LB, Padoin SMM, Souza IEO. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. *Esc Anna Nery (impr.)* 2011 out-dez; 15(4): 678-685.
- 14 Minayo MCS, organizadora. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- 15 Ribeiro DKL; Duarte JM, Lino KC, Fonseca MRCC. Caracterização das mulheres que sofrem violência doméstica na cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva.* 2009; 6(35): 264-68.
- 16 Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(2): 595-604.
- 17 Gomes NP, Diniz NMF. Homens desvelando as formas da violência conjugal. *Acta Paul Enfer* 2008; 21(2): 262-7.
- 18 Deeke LP, Boing AF, Oliveira WF, Coelho EBS. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. *Saúde Soc. São Paulo.* 2009; 18(2): 248-58.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste e em outros estudos evidencia-se a magnitude da violência contra a mulher. É um problema universal e de saúde coletiva que atinge as mulheres, muitas vezes de forma silenciosa e dissimulada. Foi possível concluir que no município do Rio Grande a maioria dos casos denunciados foram praticados por parceiro íntimo. Tal achado corrobora que esse tipo de violência está atrelado às questões de gênero que legitimou ao homem o exercício do poder, da superioridade e assim, a prática da violência.

Cabe destacar, que esse fenômeno permeia diversos extratos econômicos, mulheres de várias idades, cor de pele e escolaridade. As diversas formas de violência mostraram-se isoladas ou associadas com predomínio da violência física seguida da psicológica. O estupro foi à forma predominante de violência sexual cometida principalmente por homens desconhecidos.

As consequências são percebidas mediante a incapacidade causada pelos atos violentos, pelos traumas, pelo cárcere privado e destruição de bens materiais das vítimas. A subordinação e ameaças sofridas geram medo, humilhação e sentimento de estarem desprotegidas perante a lei. A descrição dos atos violentos permitiu evidenciar que a gravidade do fenômeno se estende aos filhos e a família da vítima bem como à sociedade.

Frente a sua complexidade julga-se fundamental a atuação de equipe multidisciplinar capacitada, coesa e sensível ao problema, incluindo os profissionais da saúde. É preciso que esses(as) profissionais reconheçam os agravos acarretados compreendendo a violência além do aspecto biológico. O modelo biomédico e mecanizado precisa ser eliminado da assistência a mulher vítima de violência. Além disso, é preciso que essa problemática seja abordada sem pré-julgamentos o que denota a necessidade de preparo e esforços dos(as) profissionais que acolhem essas mulheres, sejam os da área da saúde sejam os operadores da lei, que precisam desburocratizar a atenção dispensada a essas mulheres.

Além disso, para o enfrentamento e combate da violência contra a mulher é preciso à realização de ações preventivas e educativas junto às famílias, comunidades, independente do local de atuação profissional. Não obstante, os

homens, marido-pai-companheiro-filho, também precisam ser incluídos nas discussões que visam romper o ciclo de violência contra a mulher. Tais medidas primam pela conscientização masculina acerca da igualdade entre os sexos, da evolução da mulher no mercado de trabalho bem como do esclarecimento acerca dos rótulos impostos pela cultura patriarcal aos gêneros.

Os achados deste estudo também permitiram evidenciar que a reincidência de denúncias e o descumprimento de ordem podem estar atrelada a morosidade judicial, em decorrência dos seus operadores. Para isso, é preciso que os governantes invistam na capacitação de todos(as) os(as) profissionais que atuam diretamente na rede de apoio as mulheres com o objetivo de promover e garantir os seus direitos e de seus filhos.

Portanto, conclui-se que a cidade do Rio Grande necessita com urgência de uma rede efetiva de apoio as vítimas de violência com profissionais aptos para enfrentar o problema. Acredita-se que a abordagem problematizadora dessa temática nos cursos de graduação de enfermagem, medicina, psicológica, direito entre outros, contribuirá com a formação de profissionais engajados e preparados para atuarem frente esse fenômeno, com a produção de conhecimento a fim de detectar precocemente e saber como atuar na prevenção de novos casos bem como no desenvolvimento de habilidades relacionadas a escuta, olhar atento e diálogo recíproco.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, 2005.

ALVES, S. L. B.; DINIZ, N. M. F. “Eu digo não, ela diz sim”: a violência conjugal no discurso masculino. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, mai./jun. 2005.

ALVIM, S. F.; SOUZA, L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens E MULHERES AGREDIDOS/AGRESSORES. **PSICOLOGIA: TEORIA E PRÁTICA**, V. 7, N. 2, 2005.

BARDIN L. ANÁLISE DE CONTEÚDO. LISBOA (PT): EDIÇÕES 70; 2009.

BERGER, S. M. D.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005

BRANDÃO, E. R. **Juventude, sexualidade e gênero**: mudanças e permanências. p. 49 – 54. In: TAQUETTE, S. R. org. Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro : EdUERJ, 2007.

BRANDÃO, M. F. F. G. G. **Violência contra a mulher**. Associação de ginecologista e obstetras de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "**Convenção de Belém do Pará**". Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Belém do Pará, 1994.

BRASIL, **Lei n. 9.099 de 26 de setembro de 1995**. Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9099.htm. Acesso em 31 de jan. 2012.

BRASIL, **Lei n. 5.452 de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília: Casa Civil, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm. Acesso em 1º de março de 2012.

BRASIL, **Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em 7 de fev. 2012.

BRASIL, **Lei n. 10.886 de 17 de junho de 2004**. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo

especial denominado "Violência Doméstica". Brasília: Casa Civil, 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/10.886.htm. Acesso em 25 de fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência**: perguntas e respostas para profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, **Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos deputados, Coordenação de Publicações, 2007 a. Disponível em: <http://www.cepal.org/oig/doc/Bra2006Leimariadapenha.pdf>. Acesso em 2 de set. 2011.

BRASIL, **Resolução COFEN nº 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007b.

BRASIL, SECRETARIA DE POLITICA PARA AS MULHERES. **Mulheres estão menos presentes no mercado de trabalho, apesar de serem maioria da população e terem mais qualificação**. Comunicação Social – SPM, 2008. Disponível em: http://www.sepm.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2008/09/not_mul_est_men_pre_me_r_tra_ape_ser_mai_pop_ter_mai_qua?searchterm=diferen%C3%A7as+entre+salar. Acesso em 5 de mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas no atendimento às mulheres** – DEAMS. Brasília: Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/normas-tecnicas/003.pdf>. Acesso em 3 de dez. 2011.

BONIFAZ, R. G. V.; NAKANO, A. M. S. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 12 (especial), mar./abr. 2004.

CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S.; SOUZA, D. P. O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, 2011.

CFEMEA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Lei Maria da Penha: do papel para a vida**. Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília, 2007.

DAY, V. P et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr. RS**, v. 25, supl. 1 abr. 2003.

DEEKE, L. P et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, 2009.

DINIZ, N. M. F. et al. Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, 2007.

FELIPE, J. **Proposta Pedagógica:** educação para a igualdade de gênero. In: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Salto para o Futuro. Educação para a igualdade de gênero. Ano XVIII, Boletim 26, p. 15 – 19, nov. 2008.

FERRANTE, F. G.; VIEIRA, E. M. **Violência contra a mulher:** a percepção dos médicos do serviço público de saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário Aurélio Eletrônico da Língua Portuguesa. 3º Ed. Editora Positivo, 2005.

GOMES, N. P. et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, 2007.

GOMES, V. L. O. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em creches. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2008.

GUERRA, C. **Violência conjugal e intrafamiliar:** alguns dados de mundo, Brasil, Minas Gerais e Uberlândia. Uberlândia, 2006.

HANADA, H.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, jan./abr. 2010.

INSTITUTO PATRICIA GALVÃO. **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil.** Pesquisa Instituto AVON/PSOS, 2011

JESUS, D. **Violência contra a mulher:** aspectos criminais da Lei nº 11340/2006. São Paulo: Saraiva, 2010.

KISS, L.B. et al. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, 2007.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2005.

LEONICO, K. L et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul/set. 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n 3, 2008.

LOPES, I. **Homens e mulheres num caminho de paz**. Jornal Folha de S.Paulo, seção "Tendências/Debates" (em 06/12/2011). In: Fundação Perseu Abramo. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/artigos-e-boletins/artigos/homens-e-mulheres-num-caminho-de-paz>. Acesso em 3 de set. 2011.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006.

MEDEIROS, L. A. **"Quem Ama Não Mata"**: a atuação do movimento feminista fluminense no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo, julho 2011.

MENDONÇA, E. T.; SOUZA, L. V. A violência doméstica contra a mulher como questão de saúde pública. **Rev Enferm UFPE On Line**, v. 4, n. 2, abr./jun. 2010.

MENEZES, T. C. et al. Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, 2003.

MEYER, D. E. **Gênero e educação**: teoria e política. p. 9 – 27. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MEYER, D. E. **Corpo, violência e educação**: uma abordagem de gênero. p. 213 – 234. In: JUNQUEIRA, R. D. org. Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas. Brasília: Ministério da Educação. UNESCO, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, C. F. S et al. A violência contra a mulher atendida em uma unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, ago. 2006.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 1, jan./mar. 2007.

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.6, 2008.

NARVAZ, M. G. **Submissão e resistência**: explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina. [dissertação de mestrado]. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, p 7-13, jan./abr. 2006a.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan/abr. 2006b

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, 2007.

OLIVEIRA, A. F. P. L et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, 2009.

PAIM, J. **Entendendo a violência doméstica**. p. 4-11. In: Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Seminário de capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. 3º Ed. São Paulo: Nova cultural, 2000.

PANDJIARJIAN, V. **Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil**. 2005. Disponível em: <http://www.observatoriodeseguranca.org/files/valeriapdf.pdf>. Acesso em 3 de fev. 2012.

PARODI, A. C.; GAMA, R.R. **Lei Maria da Penha**: comentários à Lei 11.340/2006. Campinas: Russell Editores, 2010.

PASINATO, W. **Delegacias de Defesa da Mulher e Juizados Especiais Criminais**: mulheres, violência e acesso à justiça. Preparado para apresentação no XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós Graduação em Ciências Sociais – ANPOCS. Caxambu, Minas Gerais, 26 a 28 de outubro de 2004.

PASINATO, W.; SANTOS, C. MD. **Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil**. Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2008.

PEREIRA, L. F. B.; LIMA, M. E. O.; MORAIS, F. K. R. O. Violência contra mulher: compreensão dos significados e atitudes junto às mulheres e aos profissionais de enfermagem. Catussaba. **Revista Científica da Escola de Saúde**, 2011.

PITANGUY, J. As mulheres e a Constituição de 1988. p. 119 – 124. In: BRASIL, Constituição 20 anos: estado, democracia e participação popular. Caderno de Textos. Brasília: Câmara dos Deputados, 2009.

PORTO, J. R. R. **Violência contra a mulher**: expectativas de um acolhimento humanizado. [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PRATES, P. L. **Violência doméstica e de gênero**: perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres abrigadas. [dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2007.

PROBST, E. R. **A evolução da mulher no mercado de trabalho**. Instituto Catarinense de Pós-Graduação, 2004. Disponível em: <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-05.pdf>. Acesso em 8 de out. 2011.

RECHTMAN, M.; PHEBO, L. **Pequena história da subordinação da mulher**: as raízes da violência de gênero. Rio de Janeiro, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento às Mulheres. Delegacia de Polícia para Mulher. RIO GRANDE/RS, 2009.

RÜCKERT, T. R. et al. Assistência em unidades básicas de saúde às vítimas de violência na concepção de enfermeiras. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 2, abr./jun. 2008

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil atual. **Estudos Feministas**, n. 443, 1994.

SAGIM, M. B et al. A mulher como vítima de violência doméstica. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, n.1, p.17-23, jan./abr. 2005.

SANTOS, C. MD. **Delegacias da Mulher em São Paulo**: percurso e percalços. 2001. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/relatorios/dh/br/iglobal/redesocial/redesocial_2001/ca p4_delegacia.htm. Acesso em: 12 de set. 2011.

SANTOS, C. MD. Da **Delegacia da Mulher à Lei Maria da Penha**: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil. CES – Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, oficina nº 301, mar. 2008.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais da saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. Projeto: Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, (supl. 2), 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, 1995 (edição revisada).

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA/RS. Departamento de Gestão de Estratégia Operacional. Estudo Técnico Nº 50. **Violência Doméstica - Lei 11.340**: homicídio consumado e tentado set/2006 a jun/2008. Porto Alegre: (literatura cinza, 2008).

SEFFNER, F. Gênero, sexualidade, violência e poder - **Homens = sexo, violência e poder**: dá para mudar esta equação? In: BRASIL. Ministério da Educação.

Secretaria de Educação a Distância. Salto para o Futuro. Educação para a igualdade de gênero. Ano XVIII, Boletim 26, p. 15 – 19, nov. 2008.

SENADO FEDERAL. **Portal de Notícias**. Anibal Diniz defende multa para empresas que pagam salários menores para mulheres. Redação do Senado, 2012. Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/03/12/anibal-diniz-defende-multa-para-empresas-que-pagam-salarios-menores-para-mulheres>. Acesso em 12 de mar. 2012.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup. 2, 2003.

SILVA, F. A.; SILVA, E. S.; MEDINA, J. Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicadores intervencionistas. Rio Grande: CENPRE, 2005.

SILVA, S. S et al. Violência doméstica contra a mulher. **VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 1, n. 1, jan./ jun. 2008.

SILVEIRA, L. P. **Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência**. 2003. Disponível em: http://www.mpdft.gov.br/pdf/unidades/nucleos/pro_mulher/lenira.pdf. Acesso em 20 de agosto de 2011.

SOARES, B. **Dez mitos sobre a violência doméstica**. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Política para mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

SOUZA, F. J. S.; OLIVEIRA, E. N. Mulheres vítimas de violência doméstica: sofrimento, adoecimento e sobrevivência. p. 113 – 120. In: Mulheres. Sanare. **Revista de Políticas Públicas**, n. 2, out./nov./dez. 2002.

SOUZA, E. R. et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

STEIN, M. L. T. **Gênero feminino no contexto do trabalho fabril**: setor eletroeletrônico em Curitiba e região metropolitana na década de 90. Dissertação (Mestrado em Tecnologia). Programa de Pós-graduação em Tecnologia, Centro de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2000.

TAQUETTE, S. R. Violência entre namorados na adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 6, n. 2, agos. 2009.

TEIXEIRA, A. B.; RIBEIRO, M. S. S. **Legítima defesa da honra**: argumentação ainda válida nos julgamentos dos casos dos crimes conjugais em Natal, 2005.

TRIOLA, M. F. Introdução à estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

United Nations Department of Public Information. **Unite to end violence against women**. Fact Sheet. 2008. Disponível em: <http://www.un.org/en/women/endviolence/pdf/VAW.pdf>. Acesso em agosto de 2011.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, 2011.

WHO. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, supl 2, 2005.

ANEXO A – CARTA DA MULHER BRASILEIRA AOS CONSTITUINTES

“O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em novembro de 1985, lançou a Campanha MULHER E CONSTITUINTE. Desde então, o CNDM percorreu o país, ouviu as mulheres brasileiras e ampliou os canais de comunicação entre o movimento social e os mecanismos de decisão política, buscando fontes de inspiração para a nova legalidade que se quer agora. Nessa campanha, uma certeza consolidou-se: CONSTITUINTE PRÁ VALER TEM QUE TER PALAVRA DE MULHER. Para nós, mulheres, o exercício pleno da cidadania significa, sim, o direito à representação, à voz, e à vez na vida pública, mas implica ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana, que a lei pode inspirar e deve assegurar; o direito à educação, à saúde, à vivência familiar sem traumas. O voto das mulheres traz consigo essa dupla exigência: um sistema político igualitário e uma vida civil não-autoritária. Nós, mulheres, estamos consciente que esse país só será verdadeiramente democrático e seus cidadãos e cidadãs verdadeiramente livres quando, sem prejuízo de sexo, raça, cor, classe, orientação sexual, credo político ou religioso, condição física ou idade, for garantido igual tratamento e igual oportunidade de acesso às ruas, palanques, oficinas, fábricas, escritórios, assembléias e palácios. Nesse importante momento, em que toda a sociedade se mobiliza para uma reconstituição de seus ordenamentos, gostaríamos de lembrar, para que não se repita o que mulheres já disseram no passado: “Se não for dada a devida atenção às mulheres, estamos decididas a fomentar uma rebelião, e não nos sentiremos obrigadas a cumprir as leis para as quais não tivemos voz nem representação”(Abigail Adams, 1776). Hoje, dois séculos após estas palavras, no momento em que a sociedade brasileira se volta para a elaboração de uma nova Constituição, nós mulheres, maioria ainda discriminada, exigimos tratamento especial à causa que defendemos. Confiamos que os constituintes brasileiros, mulheres e homens, sobre os quais pesa a grande responsabilidade de refletir as aspirações de um povo sofrido e ansioso por melhores condições de vida, incorporem as propostas desta histórica campanha do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Eis o que nós, mulheres, reunidas em Encontro Nacional, no dia 26 de agosto de 1986, queremos:

I - Princípios Gerais

Para a efetivação dos princípios de igualdade é fundamental que a futura Constituição Brasileira:

1. Estabeleça preceito que revogue automaticamente todas as disposições legais que impliquem em classificações discriminatórias;
2. Determine que a afronta ao princípio da igualdade constituirá crime inafiançável;
3. Acate, sem reservas, as convenções e tratados internacionais de que o país é signatário, no que diz respeito à eliminação de todas as formas de discriminação;
4. Reconheça a titularidade do direito de ação aos movimentos sociais organizados, sindicatos, associações e entidades da sociedade civil, na defesa dos interesses coletivos.

Leis complementares e demais normas deverão garantir a aplicabilidade desse princípio.

II - Reivindicações Específicas

Família

A nova Constituição deverá inspirar diversas mudanças na legislação civil, estabelecendo:

1. A plena igualdade entre os cônjuges no que diz respeito aos direitos e deveres quanto à direção da sociedade conjugal, à administração dos bens do casal, à responsabilidade em relação aos filhos, à fixação do domicílio da família, ao pátrio poder;
2. A plena igualdade entre o casal no que concerne ao registro de filhos;
3. A plena igualdade entre os filhos, não importando o vínculo matrimonial existente entre os pais
4. A proteção da família, seja ela instituída civil ou naturalmente;
5. Acesso da mulher rural à titularidade de terras em planos de Reforma Agrária, qualquer que seja seu estado civil;

6.A maternidade e a paternidade constituem valores sociais fundamentais, devendo o Estado assegurar os mecanismos do seu desempenho;

7.A lei coibirá a violência na constância das relações familiares, bem como o abandono dos filhos menores.

Trabalho

A legislação trabalhista, usando por base o princípio constitucional de isonomia, deve garantir:

- 1.Salário igual para trabalho igual;
- 2.Igualdade no acesso ao mercado de trabalho e na ascensão profissional;
- 3.Extensão dos direitos trabalhistas e previdenciários, de forma plena, às empregadas domésticas e às trabalhadoras rurais;
- 4.Igualdade de tratamento previdenciário entre homens e mulheres, devendo ser princípio orientador da legislação trabalhista a proteção à maternidade e ao aleitamento através de medidas como: à garantia do direito à mulher gestante; extensão do direito à creche no local do trabalho e moradia para as crianças de 0 a 6 anos, filhos de mulheres e homens trabalhadores;
- 5.Estabilidade para a mulher gestante;
- 6.Licença ao pai nos períodos natal e pós-natal;
- 7.Licença especial às pessoas no momento da adoção, sem prejuízo do emprego e do salário, independentemente da idade do adotado;
- 8.Proteção à velhice com integralidade salarial em casos de aposentadoria ou pensão por morte;
- 9.Eliminação do limite de idade para prestação de concursos públicos;
10. Direito do marido ou companheiro a usufruir dos benefícios previdenciários decorrentes da contribuição da esposa ou companheira;
11. Extensão dos direitos previdenciários dos trabalhadores urbanos aos trabalhadores rurais, homens e mulheres;
12. Direito de aposentadoria especial aos trabalhadores rurais: 50 anos de idade para as mulheres e 55 anos para os homens, bem como aposentadoria por tempo de serviço aos 25 anos para as mulheres e 30 anos para os homens, com salário integral;
13. Direito de sindicalização para os funcionários públicos;

14. Salário-família compatível com a realidade, extensivo aos menores de 18 anos.

Saúde

1.O princípio 'a saúde é um direito de todos e dever do Estado' na especificidade 'mulher', deve garantir que as ações de saúde prestadas à população sejam entendidas como atos de co-participação entre todos e o Estado, envolvendo direitos e deveres de ambos.

1.1 Criação de um Sistema Único de Saúde constituído a partir de uma nova política nacional de saúde e implementado por serviços públicos de saúde coletiva e assistência médica integrados; submetendo-se os serviços privados às diretrizes e controle do Estado.

1.2 O Sistema Único de Saúde deve ser gerido e fiscalizado pela população organizada que, através de Conselhos Comunitários, deverá participar das decisões sobre Programas e Financiamentos.

2.Garantia de assistência integral à Saúde da Mulher em todas as fases de sua vida, independentemente de sua condição biológica de procriadora, através de programas governamentais discutidos, implementados e controlados com a participação das mulheres.

3.Proibição de toda e qualquer experimentação com mulheres e homens, de substâncias, drogas, meios anticoncepcionais, que atentem contra a saúde e não sejam de pleno conhecimento dos usuários nem fiscalizados pelo poder público e a população.

3.1 Fiscalização da produção, venda, distribuição e comercialização de meios químicos e hormonais de contracepção, proibindo a comercialização de drogas em fase de experimentação, por empresas nacionais ou multinacionais.

4.Garantia a todos os cidadãos, homens e mulheres, contribuintes ou sujeitos de direito, da igualdade de tratamento em todas as ações da Previdência Social.

5.Será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras toda e qualquer ação impositiva que interfira no exercício da sexualidade. Da mesma forma, será vedado ao Estado e a entidades nacionais e estrangeiras, públicas ou privadas, promover o controle da natalidade.

6.Será garantido à mulher o direito de conhecer e decidir sobre o seu próprio corpo.

7.Será garantido à mulher o direito de amamentar seus filhos ao seio.

8.O Estado reconhecerá à maternidade e à paternidade relevante função social, garantindo aos pais os meios necessários à educação, creche, saúde, alimentação e segurança de seus filhos.

9.Garantia de livre opção pela maternidade, compreendendo-se tanto a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, como o direito de evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher.

10. É dever do Estado oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais, usando metodologia educativa para esclarecer os resultados, indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, alargando a possibilidade de escolha adequada à individualidade de cada mulher e ao momento específico de sua história de vida.

Educação e Cultura

1.A educação, direito de todos e dever do Estado, visa ao pleno desenvolvimento da pessoa, dentro dos ideais de defesa da democracia, do aprimoramento dos direitos humanos, da liberdade e da convivência solidária.

1.1 A educação dará ênfase à igualdade dos sexos, à luta contra o racismo e todas as formas de discriminação, afirmando as características multiculturais do povo brasileiro.

1.2 O ensino da história da África e da cultura afro-brasileira deverá ser obrigatório desde a educação básica.

2.A educação é prioridade nacional e cabe ao Estado responsabilizar-se para que seja universal, pública, gratuita, em todos os níveis e períodos, desde o primeiro ano da criança.

2.1 É dever do Estado combater o analfabetismo.

3.Os recursos públicos deverão destinar-se exclusivamente à escola pública objetivando a qualidade do ensino, sua expansão e manutenção.

3.1 Cabe ao Estado atenção especial à formação dos agentes da educação e às condições em que exercem o seu trabalho, visando a qualidade do ensino.

4.O Estado deverá dar atenção especial aos alunos portadores de deficiências físicas ou mentais.

5.Caberá ao Estado garantir o acesso da mulher, rural e urbana, a cursos de formação, reciclagem e atualização profissional.

6.É dever do Estado zelar para que a educação e os meios de comunicação estejam a serviço de uma cultura igualitária.

6.1 O Estado garantirá perante a sociedade a imagem social da mulher, como trabalhadora, mãe e cidadã responsável pelos destinos da nação, em igualdade de condições com o homem, independentemente da origem étnico-racial.

7.O Estado assegurará a liberdade de pensamento e expressão; a liberdade de produção, distribuição e divulgação do produto cultural pelos meios de comunicação social, desde que não veiculem preconceitos e estereótipos discriminatórios.

8.Deverão ser incorporados aos estudos e estatísticas oficiais dados relativos a sexo, raça e cor.

Violência

1.Criminalização de quaisquer atos que envolvam agressões físicas, psicológicas ou sexuais à mulher, fora e dentro do lar.

2.Consideração do crime sexual como “crime contra a pessoa” e não como “crime contra os costumes”, independentemente de sexo, orientação sexual, raça, idade, credo religioso, ocupação, condição física ou mental ou convicção política.

3.Considerar como estupro qualquer ato ou relação sexual forçada, independente do relacionamento do agressor com a vítima, de ser essa última virgem ou não, ou do local em que ocorra.

4.A lei não dará tratamento nem preverá penalidade diferenciados aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor.

5.Será eliminada da lei a expressão “mulher honesta”.

6.Será garantida pelo Estado a assistência médica, jurídica, social e psicológica a todas as vítimas de violência.

7.Será punido o explorador ou a exploradora sexual da mulher e todo aquele que a induzir à prostituição.

8.Será retirado da lei o crime de adultério.

9.Será responsabilidade do Estado a criação e manutenção de albergues para mulheres ameaçadas de morte, bem como o auxílio à sua subsistência e de seus filhos.

10. A comprovação de conjunção carnal em caso de estupro poderá se realizar mediante laudo emitido por qualquer médico da rede pública ou privada.

11. A mulher terá plena autonomia para registrar queixas, independentemente da autorização do marido.

12. Criação de delegacias especializadas no atendimento à mulher em todos os municípios do país, mesmo naqueles nos quais não se disponha de uma delegada mulher.

Questões nacionais e internacionais

1.Garantia de integração, ao texto constitucional, dos Tratados e Convenções internacionais dos quais o Brasil é subscritor, que consagrem os direitos fundamentais, humanos e sociais, entre os quais os que proíbem tratamento discriminatório, com exigibilidade do seu cumprimento.

2.Reforma agrária com a distribuição de terras aos que nela trabalham, com a garantia de assistência técnica e crédito necessários.

3.Soberania na negociação da dívida externa, resguardando os interesses nacionais e do povo brasileiro.

4.Reforma tributária de forma a beneficiar os municípios.

5.Liberdade e autonomia sindicais.

6.Direito de greve extensivo a todas as categorias profissionais.

7.Política responsável de proteção ao meio ambiente.

8.Política de desenvolvimento tecnológico com a preservação do meio ambiente e da soberania nacional

9.Definição de uma política que mantenha a integridade das populações indígenas, impedindo o genocídio a que vêm sendo submetidas.

10. Democratização do Estado e das instituições, mediante revogação da Lei de Segurança Nacional e de toda a legislação repressiva.

11. Acesso às fichas de informação individual mantidas pelos órgãos de informação do governo.

12. Paz nas relações internacionais, apoio às manifestações contra a corrida armamentista e impedimento à experimentação nuclear no Brasil.

13. Política externa baseada no princípio de auto-determinação dos povos e de não ingerência, vedada qualquer participação em agressões externas, salvo para a defesa do território nacional.

14. Respeito ao princípio de independência entre os três poderes: Legislativo, Executivo e Judiciário, buscando-se o princípio de que todo o poder emana do povo.

15. Política de não-relacionamento de qualquer espécie com países que praticam o preconceito racial”.

ANEXO B – PARECER DO COMITE DE ÉTICA



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 137 / 2011

PROCESSO Nº 23116.004017/2011-03

CEPAS 43/2011

TÍTULO DO PROJETO: "Violência de gênero registrada na delegacia de polícia especializada no atendimento às mulheres no município do Rio Grande/RS".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dra. Vera Lúcia de Oliveira Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 106/2010, emite o parecer de **APROVADO** para o projeto "Violência de gênero registrada na delegacia de polícia especializada no atendimento às mulheres no município do Rio Grande/RS".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 02/01/2012

Rio Grande, RS, 05 de setembro de 2011.

Profª. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

**APÊNDICE A – ENFOQUES DOS ESTUDOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER**

Código	Título do artigo	Período	Ano
1	O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência.	Rev Gaúcha Enferm	2006
2	Auto-estima de mulheres que sofreram violência	Rev Latino-am Enfermagem.	2006
3	Violência contra mulheres: reflexões teóricas	Rev Latino-am Enfermagem.	2006
4	Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental	Rev. RENE	2007
5	Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias de gênero e geração	Acta Paul Enferm	2007
6	Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano	Texto Contexto Enferm	2007
7	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	Rev Esc Enferm USP	2007
8	Violência doméstica: a percepção que as vítimas têm de seu parceiro, do relacionamento mantido e das causas da violência	Cogitare Enferm	2007
9	Mulheres queimadas pelos maridos ou companheiros	Acta Paul Enferm	2007
10	O resgate do processo do cuidado de si com mulheres inseridas no contexto da violência doméstica	Cogitare Enferm	2007
11	Representações Sociais da família e violência	Rev Latino-am Enfermagem	2007
12	O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores	Rev. enferm. UERJ	2008

13	Homens desvelando as formas da violência conjugal	Acta Paul Enferm	2008
14	Construyendo un lenguaje incomum em mujeres víctimas de violencia conjugal.	Esc Anna Nery Rev Enferm.	2008
15	Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde	Rev Esc Enferm USP	2008
16	Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência	Rev Esc Enferm USP	2008
17	Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família	Rev Esc Enferm USP	2008
18	Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005	Esc Anna Nery Rev Enferm.	2008
19	Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional de enfermagem.	Esc Anna Nery Rev Enferm.	2008
20	O tema violência intrafamiliar em currículos de graduação de enfermagem e medicina	R Enferm UERJ.	2008
21	Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso.	Rev Latino-am Enfermagem	2008
22	A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres	Esc Anna Nery Rev Enferm	2009
23	Perfil da violência doméstica contra a mulher em Guarapuava, Paraná	Cogitare Enferm	2009
24	Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade	Rev. enferm. UERJ	2009
25	O processo histórico do arquétipo familiar contemporâneo e a invenção do incesto	Rev. enferm. UERJ	2009
26	Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde	Rev Latino-am Enfermagem	2009
27	A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres	Rev Gaúcha Enferm	2009

28	Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação	Rev Esc Enferm USP	2009
29	Mulheres que denunciam o vivido da violência: perspectivas para a enfermagem a partir da fenomenologia social	Rev Enferm UFPE On Line	2010
30	Identificação e encaminhamentos dispensados por profissionais de uma equipe de saúde de um hospital de ensino às mulheres em situação de violência	Rev Enferm UFPE On Line	2010
31	Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina – PI	Rev RENE	2010
32	Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher	Esc Anna Nery Rev Enferm	2010
33	Consumo de álcool y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitárias de México	Rev Latino-am Enfermagem	2010
34	A violência doméstica contra a mulher como uma questão de saúde pública.	Rev Enferm UFPE On Line.	2010
35	Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade, Florianópolis/SC.	Cogitare Enferm.	2010
36	Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in) visibilidade da violência	Rev Gaúcha Enferm	2010
37	Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida	Esc Anna Nery Rev Enferm	2011

* Classificados de acordo com o ano de publicação.

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PROJETO
INTITULADO: VIOLÊNCIA DE GÊNERO REGISTRADA NA DELEGACIA DE
POLÍCIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES NO MUNICÍPIO
DO RIO GRANDE/RS**

Formulário Nº _____

Coleta ____/____/____

Pesquisador _____

PERFIL DA VÍTIMA

Nº da Ocorrência	Iniciais do nome da vítima
Idade:	Cor:
Nº filhos:	Filhos com o agressor:
Escolaridade:	Ocupação:
Parentesco com agressor:	Bairro:
Álcool:	Drogas ilícitas:

PERFIL DO AGRESSOR

Idade:	Cor:	
Escolaridade:	Ocupação:	Bairro:
Álcool:	Drogas ilícitas:	
Antecedentes criminais:		

OCORRÊNCIA

Data:
Tipo de Violência:
Descrição do Fato:
Motivo da agressão:
Violência anterior SIM () NÃO () Violência Física/ Violência Psicológica/ Violência Sexual/ Violência Moral/ Violência Patrimonial
Se violência física registrar: - área afetada:
Deseja processar: () Sim () Não
Medidas Protetivas:
Desfecho: