



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM-UAENF**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO-TCC**

**SANDRA REGINA FERREIRA LEITE**

**MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2018**

**SANDRA REGINA FERREIRA LEITE**

**MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Enfermagem-UAENF do Centro de Formação de Professores-CFP da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Professora Msd. Nívea Mabel de Medeiros.

**CAJAZEIRAS – PB**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras – Paraíba

L533m Leite, Sandra Regina Ferreira.  
Mulher violentada: um fator predisponente para os transtornos mentais  
/ Sandra Regina Ferreira Leite. - Cajazeiras, 2018.  
69f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Nívea Mabel de Medeiros.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Violência contra a mulher. 2. Transtorno mental - mulheres. 3.  
Mulheres violentadas. I. Medeiros, Nívea Mabel de. II. Universidade  
Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.  
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 364.632-055.2

**SANDRA REGINA FERREIRA LEITE**

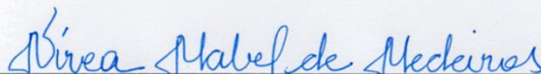
**MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Enfermagem-UAENF do Centro de Formação de Professores-CFP da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADORA:** Professora Msd. Nívea Mabel de Medeiros.

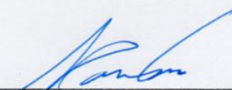
TCC Aprovado em 31/01/18

BANCA EXAMINADORA



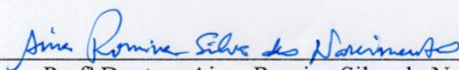
---

Prof<sup>a</sup>. Msd. Nívea Mabel de Medeiros  
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF  
(Orientadora)



---

Prof<sup>a</sup> Doutora Anúbes Pereira de Castro  
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF  
(1º Membro examinador)



---

Prof<sup>a</sup> Doutora Aissa Romina Silva do Nascimento  
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF  
(2º Membro examinador)

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, a quem devo a vitória de ter chegado até aqui, a meu esposo e as mulheres violentadas que tive contato para a elaboração deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer! Primeiramente a Deus, que cuida de mim e me encoraja a cada dia para alcançar minhas metas, por ter me permitido apesar de tantas dificuldades adentrar neste curso e chegar aonde cheguei, pois foi Ele que sempre me deu força, coragem e perseverança, para que eu nunca desistisse do meu sonho.

À minha querida Virgem Maria, pela sua intercessão e cuidado de mãe, durante as minhas aflições.

Aos meus pais Francisco e Severina, que sempre estiveram comigo em todos os momentos, me apoiando e acreditando que eu seria capaz, aos meus irmãos Fátima e Francisco, que sempre torceram pela realização das minhas conquistas.

Ao meu querido esposo Artur, que me deu todo apoio, confiança, esperança e amor em todos os momentos dessa graduação, por sempre estar ao meu lado me dando forças para que eu possa alcançar os meus objetivos. Ainda por ter tido muita paciência, e compreensão para suportar as minhas ausências durante estes árduos anos do curso.

À minha sogra Zenira, que sempre esteve disposta a me ajudar, me incentivando nesta difícil caminhada, colocando-me sempre para frente, quando eu estava muito cansada. A todos os meus familiares e amigos, que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Aos padres Nicodemos, Dalmir e Thiago que acreditaram na minha competência e foram muito compreensivos comigo durante esta trajetória, adequando os dias para que eu pudesse continuar trabalhando na secretaria da Paróquia São José.

À minha orientadora Mestranda Nívea Mabel, pela acolhida, paciência, dedicação, apoio e grande colaboração desde quando fiz o convite para ser minha orientadora. Sem os seus ensinamentos não seriam possíveis o desenvolvimento e o bom andamento deste trabalho. Às professoras da banca examinadora Dr. Anubes e Dr. Aissa pelas colaborações para a finalização deste estudo.

À minha companheira e amiga Ronielle, que sempre partilhou comigo todas as etapas desta jornada, pelas trocas de conhecimentos e amizade. As amigas Ana Carolina e Geovannya, vocês foram de fundamental importância para tornar essa jornada muito mais feliz.

Aos funcionários do CRAM, pela acolhida e colaboração durante o período de coleta de dados. Meus agradecimentos à todas as mulheres que participaram deste estudo, pela confiança que depositaram em mim.

Enfim, a todos os meus professores da UFCG, pois cada um deixou um pouco de si no decorrer deste curso, por todos os ensinamentos, dedicação e empenho. Deus derrame muitas bênçãos de amor, paz e sabedoria em cada um em particular e os conceda tudo de melhor em suas vidas. Muito obrigada!

*“Tudo posso naquele que me fortalece”.*

*Filipenses 4,13.*



LEITE, Sandra Regina Ferreira. **MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais.** 2017, 69 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Cajazeiras-PB, 2018.

## RESUMO

A violência contra a mulher constitui um problema mundial e de saúde pública a acometer mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, religiões e níveis de escolaridade. Caracteriza-se por danos à saúde física e mental da vítima, e não está ligada apenas ao uso da força física, mas também à ideia de submissão, culturalmente impregnada nas relações de gêneros. Como consequência da violência, as mulheres ficam prejudicadas em sua vida social, reprimidas e psicologicamente abaladas. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a predisposição para os transtornos mentais em mulheres violentadas. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, com abordagem quali-quantitativa, realizada no Centro de Referência e Atendimento à Mulher Suzane Alves da Silva. A amostragem foi composta por 20 mulheres violentadas. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário semiestruturado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. O resultado demonstra que as participantes são predominantemente, separadas, de faixa etária entre 19 a 39 anos, cor da pele parda, grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, moram em casa própria, com renda familiar de um salário mínimo. Com relação aos dados relevantes ao estudo, foi possível perceber que o tipo de violência sofrida pelas mulheres foi física, psicológica e moral, efetuada pelo agressor esposo/companheiro. Características apontam para o surgimento de transtornos mentais variados, partindo do tipo de agressão sofrida pelas vítimas. Pode ser observado que a violência tem afetado principalmente, o equilíbrio mental e emocional das mulheres.

**Palavras-chave:** Mulher. Transtorno Mental. Violência.

LEITE, Sandra Regina Ferreira. **VIOLENT WOMAN: a predisposing factor for mental disorders**. 2017, 69 leaves. Course Completion Work (Graduation). Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande-UFCG, Cajazeiras-PB, 2018.

## **ABSTRACT**

Violence against women is a global and public health problem affecting women of all ages, social classes, races, religions and levels of schooling. It is characterized by damage to the physical and mental health of the victim, and is not only linked to the use of physical force, but also to the idea of submission, culturally impregnated in gender relations. As a consequence of violence, women are impaired in their social life, repressed and psychologically shaken. In this sense, the present study aimed to evaluate the predisposition for mental disorders in raped women. This is a field research, exploratory in nature, with a qualitative and quantitative approach, carried out by the Suzane Alves da Silva Reference and Support Center for Women. The sample consisted of 20 raped women. The semistructured questionnaire was used as a data collection instrument. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Campina Grande. The results show that the participants are predominantly separated, ranging in age from 19 to 39 years old, brown skin color, incomplete elementary schooling, living in a family home with a minimum wage. Regarding the data relevant to the study, it was possible to perceive that the type of violence predominantly suffered by the women was physical, psychological and moral, carried out by the abusive husband / partner. Characteristics point to the appearance of varied mental disorders, starting from the type of aggression suffered by the victims. It can be observed that violence has mainly affected the mental and emotional balance of women.

**Keywords:** Woman. Mental Disorder. Violence.

## LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos dados sociodemográficos das mulheres violentadas.....	33
<b>Gráfico 2.</b> Dados relevantes a pesquisa quanto ao grau de parentesco do agressor.....	37
<b>Gráfico 3.</b> Dados relevantes a pesquisa quanto a denúncia sobre a ocorrência de agressão.....	40
<b>Gráfico 4.</b> Dados relevantes a pesquisa quanto aos transtornos mentais adquiridos após a agressão sofrida.....	44
<b>Gráfico 5.</b> Dados relevantes a pesquisa quanto ao estado emocional e psicológico após o desenvolvimento do transtorno mental.....	46

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFP** - Centro de Formação de Professores
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CRAM** - Centro de Referência de Atendimento à Mulher
- DEAM** - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- JECRIMs** - Juizados Especiais Cíveis e Criminais
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- PAVs** - Programas de Atenção à Violência
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TMC** - Os transtornos mentais comuns
- UFCG** - Universidade Federal de Campina Grande
- VPI** - Violência por Parceiro Íntimo

## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
3.1 A Violência: Uma abordagem geral .....	18
3.2 Violência Contra a Mulher.....	20
3.3 Predisposição Pós Violência para Transtornos Mentais .....	24
<b>4 METODOLOGIA PROPOSTA</b> .....	27
4.1 Tipo de Pesquisa .....	27
4.2 Local da Pesquisa.....	28
4.3 Amostragem.....	28
4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	28
4.4 Instrumento para Coleta de Dados .....	29
4.5 Procedimento para Coleta de Dados .....	29
4.6 Análise de Dados .....	30
4.7 Posicionamento Ético .....	31
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	32
5.1 Dados Sociodemográficos .....	32
5.2 Dados Relevantes a Pesquisa .....	36
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
<b>APÊNDICES</b> .....	55
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO</b> .....	56

APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE .....	58
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE .....	59
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	63
ANEXO A - FOLHA DE ROSTO .....	64
ANEXO B - OFÍCIO DA COORDENAÇÃO.....	65
ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA .....	66
ANEXO D - PARECER CONSUBSTÂNCIAL DE APROVAÇÃO .....	67

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência é considerada um grave problema de saúde pública, tendo em vista os diversos determinantes que a envolvem. Entende-se que o sofrimento decorrente da situação de violência e de vulnerabilidade faz com que esses indivíduos percam sua identidade social (PEREIRA; VIANNA, 2014).

Ao publicar o Relatório Mundial sobre Violência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca o problema como desafio universal e traz a discussão para a área da saúde que, tradicionalmente, lidava apenas com as consequências dos eventos (SOUZA et al, 2014). De acordo com Casique e Furegato (2006), a violência manifesta-se de diferentes formas, em distintas circunstâncias e com diversos tipos de atos violentos dirigidos às crianças, mulheres, idosos e outros indefesos.

A violência contra a mulher constitui um problema mundial a acometer mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, religiões e níveis de escolaridade, podendo-se relacionar ao domínio masculino, desigualdade econômica, problema mental e aspectos culturais. Essa violência pode se manifestar como doméstica e familiar, compreendendo violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, ou na forma de exploração sexual, assédio sexual no trabalho, assédio moral, tráfico de mulheres, ou ainda, no plano institucional (COSTA; SERAFIM; NASCIMENTO, 2015).

No Brasil, a violência contra as mulheres acarretou mudanças importantes nos processos legislativos, institucionais e jurídicos. A partir da década de 1970, no período da ditadura militar, essas mudanças se evidenciaram no cenário das demandas pela Anistia Política de vários homens e mulheres, vítimas da violência militar. Neste sentido, segmentos do movimento feminista brasileiro se empenharam em denunciar as violências cometidas contra as mulheres no âmbito doméstico (SILVA, 2016).

A violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher, tanto física como mental e reprodutiva, e tem se mostrado associada a pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior exposição a comportamentos de risco (sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas) e maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio (ANDRADE, VIANA; SILVEIRA, 2006).

Diante do exposto, a principal prerrogativa deste estudo será: Qual a predisposição que as mulheres apresentam para os transtornos mentais após serem violentadas? Tendo em vista que a violência acarretada danos na qualidade de vida das pessoas agredidas.

A motivação para este estudo, surgiu após a realização de um trabalho durante a disciplina de sociologia sobre violência contra mulher e as repercussões no meio social, o qual foi percebido que após a agressão acontece uma transformação na vida da mulher no aspecto social, quanto familiar e psicológico. Como também, por participar do Projeto de Pesquisa Violência e Saúde, me fez despertar para esta temática.

Nessa perspectiva, esta pesquisa justifica-se por propor uma abordagem interdisciplinar de grande relevância com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre esse problema e sua divulgação, visto que a capacidade de uma pessoa administrar seus pensamentos, emoções e interações sociais, vulnerabilidade para sofrer violência, baixa escolaridade, estrutura social, fatores culturais, econômicos, condições de trabalho e moradia são fatores que predispõe a mulher a adquirir transtornos mentais.

Considerando o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema multifatorial, complexo, de grande magnitude, e que exige a produção de pesquisas e estatísticas, que fundamentem políticas, estratégias, programas e ações eficazes com atendimento à mulher de maneira integral, a fim de prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência. Partindo desse pressuposto, percebe-se a importância de aprofundarmo-nos sobre o fulcro temático: a predisposição das mulheres violentadas para os transtornos mentais, pois, tal realidade interfere na qualidade biopsicossocial da mulher.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a predisposição para os transtornos mentais em mulheres violentadas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Traçar o perfil sócio-demográfico das mulheres violentadas;
- Distinguir os tipos de violências ocorridas;
- Identificar as queixas mais evidentes das mulheres violentadas;
- Caracterizar os tipos de transtornos mentais em mulheres violentadas.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A Violência: Uma abordagem geral

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde como sendo 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 (MACHADO et al, 2014).

O vocábulo violência vem da palavra latina vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. A violência é mutante, pois sofre a influência de épocas, locais, circunstâncias e realidades muito diferentes. Existem violências toleradas e violências condenadas, pois, desde que o homem vive sobre a Terra a violência existe, apresentando-se sob diferentes formas, cada vez mais complexas e ao mesmo tempo mais fragmentadas e articuladas (CASIQUE; FUREGATO; 2006).

De acordo com Filho et al., (2015), no Brasil, o tema começou a ser debatido pela área da saúde na década de 1980, entrando com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais. Os profissionais da saúde passaram a fazer denúncias sistemáticas acerca das diversas modalidades de violência contra as pessoas e sua influência negativa sobre a saúde física e mental das vítimas. O fenômeno passou a ser compreendido como um problema da área nas esferas individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços próprios do setor.

O setor de saúde tem protagonizado iniciativas ao longo dos últimos anos, com movimentos de avanços e, por vezes, retrocessos no atendimento a pessoas vítimas de violência. Neste período, reconheceu-se a violência como um fenômeno complexo, difuso e multicausal, que requer de todos os atores envolvidos uma visão biopsicossocial da saúde e uma abordagem interdisciplinar intra e intersetorial. Destaca-se o papel de escuta qualificada dos profissionais de saúde, primeiros a serem informados sobre episódios de violência (COELHO et al, 2014).

O custo humano de dor e sofrimento, naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. Embora a tecnologia tenha tornado certos tipos de violência

– terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis para as audiências televisivas, um número maior de atos violentos ocorre sem ser visto nos lares, locais de trabalho e mesmo em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado do público. Muitas das vítimas são muito jovens, fracas ou doentes para se protegerem. Outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar silêncio sobre suas experiências (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência no Brasil é um fenômeno amplo que, apesar de afetar a sociedade como um todo, atinge homens e mulheres de forma diferenciada. Os homens são os mais atingidos na esfera pública, geralmente por pessoas estranhas ou pouco conhecidas, em circunstâncias variadas. Enquanto isso, a violência contra a mulher ocorre, prioritariamente, no ambiente doméstico, onde o agressor é, na maioria dos casos, seu parceiro íntimo (HATZENBERGER et al, 2010).

Faleiros e Faleiros (2008) garantem que pouco se denuncia ou responsabiliza pais, parentes, professores, policiais, profissionais da saúde e da assistência, entre outros, que desqualificam ou humilham crianças e adolescentes. Essa violência não deixa traços visíveis no corpo, mas destrói a autoimagem do violentado, ensejando mudanças em seu comportamento. As vítimas podem tornar-se passivas ou agressivas, ansiosas, negligentes consigo e desatentas. Essa violência pode estar combinada com a violência sexual e com a física, e quando ela se torna insuportável, pode levar ao suicídio.

A violência pode ser incluída em três grandes categorias ou tipologias divididas segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a violência autodirigida; a violência interpessoal; e a violência coletiva. No que diz respeito à violência autodirigida, inserem-se todos os atos suicidas incluindo os comportamentos para suicídios e outros comportamentos auto lesivos como automutilações (PERDIGÃO et al, 2015).

Para Dahlberg e Krug (2007) a violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: violência de família e de parceiros íntimos – isto é, violência principalmente entre membros da família ou entre parceiros íntimos, que ocorre usualmente nos lares; violência na comunidade – violência entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecerem. Geralmente ocorre fora dos lares. O primeiro grupo inclui formas de violência tais como abuso infantil, violência entre parceiros íntimos e maus-tratos de idosos. O segundo grupo inclui violência da

juventude, atos variados de violência, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

A violência coletiva é realizada por grandes grupos de pessoas ou pelos Estados, sendo subdividida nas seguintes categorias: social (cometida por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões); política (guerras e violência do Estado); e econômica (ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico) (OMS, 2002).

Com relação aos dados mundiais sobre a violência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) publicaram recentemente o relatório *Global Status Report on Violence Prevention 2014*, no qual se apresenta, referente a 2012, um número estimado, de 475.000 mortes em resultado de homicídio, a nível mundial (PERDIGÃO et al, 2014).

Dados estatísticos sobre a taxa de homicídios de mulheres fornecidos pela Organização Mundial da Saúde elucidam que num grupo de 83 países, o Brasil ocupa a 5ª posição, com sua taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Evidenciando que os índices locais excedem, em muito, aos encontrados na maior parte dos países do mundo. Efetivamente, só El Salvador, Colômbia, Guatemala (três países latino-americanos) e a Federação Russa evidenciam taxas superiores às do Brasil (WAISELFISZ, 2015).

Em caso de violência, a razão da busca de atendimento geralmente é ocultada por outros problemas ou sintomas que não se conformam, isoladamente, em elementos para um diagnóstico. Por isso, existe a importância de o profissional estar capacitado a realizar uma escuta qualificada e atenta para desvendar as possíveis situações de violências (COELHO et al, 2014).

Diante do exposto, é de suma relevância que a luta contra a violência, além de ser um dever do Estado de proteger o cidadão, faça parte de um dever de cada habitante, em promover a paz e denunciar os casos de violência, pois muitos casos ainda ficam ocultos e tantos mais, ficam sendo protelados pelo medo da exposição ou da possível perseguição por parte do atuante da violência.

### **3.2 Violência Contra a Mulher**

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará - conceitua a expressão violência contra

a mulher como “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause ou passível de causar morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (CÔRTEZ; LUCIANO; DIAS, 2012).

A violência, um dos mais graves problemas enfrentados pelas mulheres, em diferentes momentos históricos e tipos de sociedade, ganhou visibilidade e estatuto de questão política nas últimas décadas do século XX, especialmente, em razão da atuação dos movimentos de mulheres e feministas (ROCHA, 2012).

A violência contra a mulher caracteriza-se por danos à saúde física e mental da vítima, e não está ligada apenas ao uso da força física, mas também à ideia de submissão, culturalmente impregnada nas relações de gêneros, na qual o homem comporta-se como ser dominante e a mulher um ser inferior. Como consequência da violência, as mulheres ficam prejudicadas em sua vida social, reprimidas e psicologicamente abaladas (SILVA et al, 2015).

Conforme Casique e Furegato (2006) a violência doméstica, violência de gênero e violência contra mulheres são termos utilizados para denominar este grave problema que degrada a integridade da mulher. A violência de gênero pode manifestar-se através de violência física, violência psicológica, violência sexual, violência econômica e violência no trabalho. A violência sofrida pela mulher por parte de seu companheiro íntimo pode ser analisada através do Modelo Ecológico, que explica a estreita relação entre o indivíduo e seu entorno.

Na perspectiva de Rocha (2012), em razão da complexidade do problema e da gravidade de suas repercussões, a prevenção e o combate à violência de gênero, especialmente, à violência doméstica e familiar, o respeito aos direitos humanos e a assistência às mulheres em situação de violência exigem uma atuação interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, envolvendo recursos de diversas áreas.

Dados do mapa da violência de 2012 indicam que o Brasil ocupa a sétima posição na incidência de homicídios de mulheres, num ranking mundial de 84 países. De 1980 a 2010, triplicou o número de mortes, e foram assassinadas acima de 92 mil mulheres no Brasil, 43,5 mil só na última década (CÔRTEZ; LUCIANO; DIAS, 2012).

Para tanto, Silva (2016), diz que em 1985, foi criada em São Paulo a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), cujos impactos repercutiram, positivamente, nos segmentos menos privilegiados da sociedade. Já a criação dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIMs), regidos pela Lei nº

9.099/95 se deu nos anos de 1990. A principal característica dos (JECRIMs) era tratar dos delitos gerais considerados de “menor potencial ofensivo”, estimulando mecanismos de conciliação entre as partes envolvidas.

Durante os trinta anos de atuação das DEAMs, no Brasil, foram identificadas algumas necessidades para o enfrentamento da violência contra as mulheres. O movimento feminista brasileiro teve uma participação efetiva através de incidências políticas nas convenções internacionais, conferências nacionais, estaduais e municipais. Assim, surgiram outras políticas públicas, visto que, foram criadas as Casas-Abrigo, Centros de Referência da Mulher, os Núcleos em Defesa da Mulher, e outros (BARBOSA; FERREIRA; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com Costa, Serafim e Nascimento (2015) a estas iniciativas, acrescenta-se a Lei nº 11.340, de 22 de setembro de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, um instrumento legal para proteção e prevenção da violência doméstica e familiar. Para Silva (2016), antes desta Lei a violência doméstica contra as mulheres era tida como um crime de menor poder ofensivo, estipulado pela Lei 9.099/95 o que contribuía para a impunidade. A Lei Maria da Penha (nº 11.340/2006) possibilitou que os agressores fossem presos em flagrante ou tivessem a sua prisão preventiva decretada. Além disso, aumentou o tempo máximo de detenção previsto para o crime de lesão corporal de um para três anos. A Lei ainda previu medidas que determinaram a saída do agressor do domicílio e uma medida protetiva que o afastou da mulher agredida e dos (as) filhos (as).

Os Programas de Atenção à Violência (PAVs) fazem parte desse conjunto de serviços de saúde pública e são uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, para o atendimento de casos de violência, em especial aqueles ocorridos no âmbito doméstico e intrafamiliar. A formação das equipes e sua manutenção têm sido um dos grandes desafios (BANDEIRA, 2014).

O Estado da Paraíba criou nove Delegacias da Mulher, casas-abrigo, Centro de Referência da Mulher, bem como, proporciona cursos de capacitações priorizando a rotina dos profissionais da saúde no seu aperfeiçoamento para lidar com a realidade das mulheres vitimadas e dessa maneira, qualificar os profissionais para o enfrentamento do fenômeno (SILVA et al, 2015).

A violência contra mulher pode ser manifestada de várias formas e com diferentes níveis de gravidade. Estas são atitudes realizadas uma única vez, ou podendo

ser episódios constantes. De acordo com Casique e Furegato (2006), a violência intrafamiliar é uma forma de violência a que muitas mulheres estão submetidas, tendo origem entre os membros da família, independentemente se o agressor esteja ou não compartilhando o mesmo domicílio. As agressões incluem violação, maltrato físico, psicológico, econômico e, algumas vezes, pode culminar com a morte da mulher maltratada.

Machado et al (2014) assevera que a violência doméstica refere-se a uma série de ações violentas que ocorrem no ambiente domiciliar, a violência por parceiro íntimo (VPI) descreve a violência no contexto das relações íntimas. É definida como a violência perpetrada por um parceiro ou ex-parceiro, a qual envolve agressões e ameaças físicas e sexuais, abuso psicológico/emocional, e/ou relações sexuais forçadas.

Segundo Borin (2014), a violência física consiste na ação de agredir provocando desde pequenas lesões até traumatismos graves, levando, às vezes até a morte. A violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência. Dessa forma, afeta as mulheres pelo simples fato de serem deste sexo, ou seja, é a violência perpetrada pelos homens, mantendo o controle e o domínio sobre as mulheres (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A violência sexual engloba qualquer ato sexual ou tentativa de ato sexual não desejados, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por parte de qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima e em qualquer contexto. A violência sexual não está limitada à penetração da vulva, do ânus ou de outra parte do corpo com pênis ou outro objeto e inclui estupro, agressão, molestamento, assédio e incesto, sendo que as definições para esses atos específicos diferem entre países (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015).

A partir do Art. 7º da Lei Maria da Penha que trata sobre as formas de violência contra a mulher, pode-se destacar que a violência psicológica, constitui toda ação ou omissão que causa ou busca causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. No entanto, devido a linha tênue que a distingue da violência moral, entendemos que a violência psicológica inclui a ameaça, humilhação, chantagem, isolamento de amigos e familiares entre outras, enquanto que a moral inclui os insultos, calúnia, desvalorização, ridicularização e rechaço (CUNHA, 2008).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2012), até o primeiro semestre de 2012, foram feitos 47.555 registros de atendimento na Central de atendimento à Mulher. Durante todo o ano de 2011, foram 74.984 registros, bem inferior aos 108.491 de 2010. O tipo de registro que aparece em maior número é para relatar violência física contra a mulher que pode variar de lesão corporal leve, grave ou gravíssima, tentativa de homicídio e homicídio consumado.

Contudo, a informação ocupa uma posição de centralidade para que as mulheres tenham acesso aos serviços disponíveis na rede de atendimento, conheçam os seus direitos e se fortaleçam para superar o medo, a vergonha, o isolamento e o preconceito, que permeiam a dinâmica da violência (CÔRTEZ; LUCIANO; DIAS, 2012).

### **3.3 Predisposição Pós Violência para Transtornos Mentais**

Transtorno mental pode ser definido como uma síndrome ou um padrão psicológico ou comportamental clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que está associado a angústia (p. ex., um sintoma doloroso) ou incapacidade (ou seja, problemas em um ou mais áreas importantes do funcionamento), ou no aumento significativo do risco de morte, de dor, de incapacidade, ou ainda a uma importante perda de liberdade (VIDEBECK, 2012).

Os Transtornos relacionados a traumas e a estressores são quadros psiquiátricos relacionados a exposição a um evento traumático ou estressante, resultando em sofrimento psicológico relevante, prejuízo social, profissional e em outras áreas importantes da vida do indivíduo (MARTINS; PADOVAN; JURUENA, 2017).

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as categorias diagnósticas incluídas nesse espectro são: Transtorno de Apego Reativo, Transtorno de Interação Social Desinibida, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), Transtorno de Estresse Agudo e os Transtornos de Adaptação.

O TEPT é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após uma pessoa ser exposta a um trauma severo, que ameaça a sua vida e/ou a de outras pessoas, com uma resposta que envolve intenso medo, impotência ou horror. É definido no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) como uma resposta sintomática envolvendo revivência (pesadelos, ideias intrusivas, sintomas somáticos relacionados ao momento



do trauma), esquiva de estímulos associados ao trauma e o entorpecimento da responsividade geral (evitar situações, pessoas ou comportamentos que relembrem o trauma e ter dificuldade para lidar com novas situações ou sentimentos) e excitabilidade aumentada (insônia, irritação, dificuldade de concentração e um estado permanente de alerta e sobressalto) a um evento estressor (HATZENBERGER et al, 2010).

Em conformidade com Mendonça e Ludermir (2017) a exposição à violência é uma característica comum de mulheres que vivem em países em desenvolvimento e está significativamente associada a problemas de saúde mental. Estudos relatam que quanto mais grave a agressão, maior o impacto sobre a saúde mental das mulheres.

Para Côrtes, Luciano e Dias (2012), são diversos os prejuízos causados pela violência física, sexual, patrimonial e psicológica na saúde física e emocional das mulheres. As pesquisas evidenciam distúrbios gastrointestinais, lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, sentimento de culpa, depressão, ansiedade e suicídios.

Independentemente de haver ou não algum tipo de relacionamento com o agressor, a violência sexual pode acarretar danos que vão desde a contração de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gestação não desejada até o desenvolvimento de fobias, pânico, transtornos de ansiedade, do sono ou alimentar, depressão e síndrome do estresse pós-traumático (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015).

A violência sexual pode trazer e desencadear diversas consequências por meio de transtornos, mas também nas relações cotidianas. Quando os sintomas se tornam frequentes e permanentes, passam a se expressar de forma patológica, como TEPT, transtornos alimentares, depressão, tentativa de suicídio, dificuldade nas relações afetivas e sexuais (SOUZA et al, 2013).

Os transtornos mentais comuns (TMC) durante a gravidez, como depressão e ansiedade, constituem um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência, o sofrimento causado às mulheres e seu potencial impacto nos resultados infantis. (LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014).

Silva et al (2015) pontuam que as mulheres que sofrem violência doméstica apresentaram transtornos e consequências psicológicas. Outras variáveis podem ser agregadas, como redução da qualidade de vida e comprometimento do sentimento de satisfação com a vida, o corpo, a vida sexual e os relacionamentos interpessoais. Há

outros estudos que relatam que existe significativa associação entre violência sexual e altos índices do TEPT, com sintomas que incluem dissociação, congelamento e hipervigilância e podem permanecer por muito tempo.

Já Mendonça e Ludermir (2017) assinalam que as Mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) no passado podem estar mais propensas a apresentar distúrbios psicológicos atuais, do que as mulheres que nunca sofreram VPI. Os efeitos da VPI na saúde mental podem ser imediatos e agudos, mas também ter consequências em longo prazo ou até mesmo se tornarem crônicos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a VPI é o tipo mais comum de violência contra as mulheres em todo o mundo, afetando 30% das mulheres. É um grave problema de saúde pública, porque pode provocar lesões imediatas, infecções e transtorno mental.

Uma recente investigação realizada com 2.475 pessoas com transtornos mentais no Brasil mostrou dados alarmantes: 18,6% dos entrevistados afirmaram já terem sido vítimas de violência sexual (BARBOSA; SOUZA; FREITAS; 2015).

Devido ao fato da violência física algumas vezes ocorrer simultaneamente à psicológica, os profissionais de saúde que estão tratando as vítimas de violência física por parceiro íntimo devem estar sensíveis para sintomas de potenciais problemas de saúde mental e encaminhá-las a serviços adequados de saúde mental. (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

É notório, que após um evento de violência a pessoa esteja ora muito ferida fisicamente, ora com marcas interiores. Por isso, é primordial que os profissionais de saúde e em geral os que atendem as vítimas de violência estejam atentos para identificar problemas de saúde não apenas físicos, mas mentais, olhando o indivíduo de forma multidimensional, e encaminhá-las para os serviços de saúde adequados, visto que o abalo biopsicossocial já dispõe à mulher a desencadear um transtorno mental.

## 4 METODOLOGIA PROPOSTA

### 4.1 Tipo de Pesquisa

O estudo caracterizou-se como pesquisa de campo de caráter exploratório, com abordagem qualiquantitativa. Esta foi desenvolvida no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) Suzane Alves da Silva, no município de Cajazeiras-PB, com o intuito de alcançar o objetivo esperado. De acordo com Gil (2010), pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação de resultados.

A pesquisa de campo consiste na observação de fatos e fenômenos, tal como ocorrem espontaneamente. O objetivo da pesquisa de campo é conseguir informações e/ou conhecimentos (dados) acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta. As fases da pesquisa de campo requerem a realização de uma pesquisa bibliográfica. Esta permitirá que se estabeleça um modelo teórico inicial de referência, que auxiliará na elaboração do plano geral da pesquisa (RIBAS; FONSECA; 2008). A pesquisa exploratória possui planejamento flexível, o que permite o estudo do tema sob diversos ângulos e aspectos. Em geral, envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão (PRODANOV, 2013).

Na abordagem qualitativa, o cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente ou contexto social –, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Assim sendo, temos os seguintes elementos fundamentais em um processo de investigação: a interação entre o objeto de estudo e pesquisador; o registro de dados ou informações coletadas; a interpretação/ explicação do pesquisador (GERRA, 2014).

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um

retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo Positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Na perspectiva de Lakatos e Marconi (2008), no método quantitativo, os pesquisadores valem-se de amostras amplas e de informações numéricas, enquanto que no qualitativo as amostras são reduzidas, os dados são analisados em seu conteúdo psicossocial e os instrumentos de coleta não são estruturados. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

## **4.2 Local da Pesquisa**

O estudo foi realizado no Sertão da Paraíba em Cajazeiras, no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) Suzane Alves da Silva, localizado à Rua Comandante Vital Rolim, nº 1.199, Jardim Adalgiza II. O CRAM é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde do município.

## **4.3 Amostragem**

O estudo foi composto por uma população de 30 mulheres usuárias do CRAM, que tenham sofrido qualquer tipo de violência, porém durante as entrevistas 10 mulheres não estavam dentro das normas de inclusão da pesquisa, permanecendo uma amostra de 20 mulheres para o desenvolvimento deste estudo.

### **4.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídas na pesquisa, usuárias que chegaram para o atendimento no CRAM do município de Cajazeiras – PB, durante o período da coleta de dados, ou que estavam em acompanhamento, com idade maior que 18 (dezoito) anos e que foram

violentadas. Sendo excluídas do estudo usuárias que não atendiam aos requisitos preestabelecidos aos critérios de inclusão da pesquisa.

#### **4.4 Instrumento para Coleta de Dados**

Para coleta foi utilizado apenas um instrumento, um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), a entrevista não foi gravada, foi constituída por um roteiro de perguntas elaboradas em função dos objetivos da pesquisa. Trata-se de uma ferramenta essencial para contextualizar o comportamento das participantes, pois fez emergir dos contextos seus sentimentos, atitudes, motivos, intenções e valores.

Durante o ato da entrevista foi permitido à presença de familiar/acompanhante de acordo com o desejo da usuária. As entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), podendo desistir em qualquer etapa da participação da pesquisa, contudo, não houve desistência de nenhuma participante.

Após aplicação do questionário semiestruturado, os resultados obtidos foram transcritos por meio de tabela e gráficos. Posteriormente, os dados foram contextualizados, de forma que abordassem o que se pretendia alcançar com o estudo.

#### **4.5 Procedimento para Coleta de Dados**

A coleta de dados aconteceu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Assim, após o resultado de aprovação do referido projeto no CEP/UFCG, foram coletados os dados a partir de visitas pré-agendadas ao CRAM.

Em conversa com a coordenadora do CRAM, a pesquisadora apresentou a pesquisa e o parecer consubstancial para a coleta de dados, sendo informada sobre o horário, dias de atendimento, procedimento de acolhida das vítimas de agressão. A partir disto, foi iniciado o contato com as usuárias por meio de ligações telefônicas para agendamento das entrevistas. A princípio, foram agendadas 3 visitas, porém, devido à ausência das mulheres aos encontros, foi necessário o agendamento de mais visitas, totalizando cerca de 20 encontros. Durante as visitas ao CRAM foi realizado entrevistas com as usuárias por meio de agendamento e que aceitaram participar da pesquisa. Foi

notório a dificuldade em se trabalhar com este público, pois ainda há muito medo em se revelar e relatar as experiências sofridas.

Para coleta foi utilizado um questionário semiestruturado com questões subjetivas e objetivas elaboradas pelas pesquisadoras (APÊNDICE A), composto por perguntas que abordaram sobre os perfis sociodemográficos e perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada para proteger a privacidade das mulheres entrevistadas, após a assinatura do TCLE, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para tal, foram fornecidos esclarecimentos sobre a pesquisa, acerca dos objetivos do estudo, da confidencialidade e postura ética defronte das informações e do direito de desistir da participação da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo no atendimento.

#### **4.6 Análise de Dados**

Os dados foram analisados através de uma abordagem quali-quantitativa, por meio de etapas bem definidas, em que primeiramente aconteceu a pré-análise, através da aplicação do questionário semiestruturado, avaliação e análise dos mesmos. A segunda etapa se deu pela quantificação dos dados obtidos, busca por autores que relatem a mesma abordagem do estudo, contextualização e transcrição para tabela e gráficos, através do programa Microsoft Excel 2016.

De acordo Gerhardt e Silveira (2009) a análise de dados é definida como a etapa que faz o tratamento das informações obtidas pela coleta de dados para apresentá-la de forma a poder comparar os resultados esperados pelas hipóteses.

As participantes da pesquisa foram informadas sobre os objetivos e as finalidades do estudo, sendo esclarecidas quando o surgimento de dúvidas. Foram orientadas sobre o anonimato absoluto. Como a metodologia do estudo envolve questionário, quando utilizado falas transcritas, foram identificadas com números de acordo com a ordem da coleta.

#### **4.7 Posicionamento Ético**

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as exigências formais definidas na resolução 466 de 2012, Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual tem por objetivo regulamentar a pesquisa envolvendo seres humanos, com base na autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros princípios. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sobre o CAAE: 79776817.8.0000.5575, com número do parecer 2.434.836.

Sendo assim, todas as informações foram sigilosas e o nome das entrevistadas não foram identificados. Por tratar de um estudo que usou na sua metodologia a entrevista, na pesquisa não envolve a realização de procedimentos invasivos, portanto, apresentou riscos mínimos. Para evitar ansiedade e constrangimento, buscamos preparar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa, visando não denegrir a integridade física e psicológica do indivíduo, respeitando assim, os princípios da pesquisa com seres humanos. Quanto aos benefícios, vale ressaltar que a pesquisa permitiu às participantes a conscientização dos agravos a saúde mental após as agressões o que fez com que elas buscassem o atendimento.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência é algo danoso e multifatorial, que acarreta uma instabilidade na vida de qualquer pessoa, inclusive da mulher. Nestes resultados, podemos constatar que a violência contra a mulher é um mal que transforma a sua vida no âmbito físico, social e principalmente, em seu estado emocional e psicológico.

A tabela e gráficos a seguir foram elaborados a partir dos dados encontrados durante a realização de todo este estudo. Estes abordam e discutem sobre os resultados referentes aos dados sociodemográficos das participantes, bem como, os dados relevantes a pesquisa, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, avaliando a predisposição para os transtornos mentais em mulheres violentadas usuárias do CRAM da cidade de Cajazeiras-PB.

### 5.1 Dados Sociodemográficos

A Tabela 1. aborda a caracterização dos dados sociodemográficos das mulheres violentadas participantes do estudo, nesta avaliamos as variáveis: idade, cor da pele, grau de escolaridade, tipo de moradia, número de residentes por moradia, renda familiar e estado civil. Os dados foram agrupados de acordo com a frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), favorecendo uma melhor análise das informações.

No que tange aos resultados do estudo das 20 mulheres participantes, a maior parte da população (35%) estavam na faixa etária entre 19 a 29 anos. Um dado também expressivo de mulheres foi a idade de 30 a 39 anos, equivalente a 30% da amostra e (55%) declararam como cor da pele parda.

Corroborando com Albuquerque et al (2013), que em sua pesquisa realizada na cidade de João Pessoa com 86 mulheres mostra que a variável idade apresentou semelhança em duas faixas etárias da vida, em grupos dos 20 aos 29 anos de idade e dos 30 aos 39, destas (62,9%) eram pardas. Esses resultados sugerem que a violência contra a mulher perpassa diferentes faixas etárias e momentos da vida da mulher.



**Tabela 1.** Caracterização dos dados sociodemográficos das mulheres violentadas (amostra = 20 entrevistadas).

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência absoluta (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Idade</b>		
Entre 19 e 29 anos	7	35%
Entre 30 e 39 anos	6	30%
Entre 40 e 49 anos	5	25%
50 anos ou mais	2	10%
<b>Cor da pele</b>		
Branca	7	35%
Parda	11	55%
Negra	2	10%
<b>Grau de escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	6	30%
Ensino fundamental	5	25%
Ensino médio incompleto	1	5%
Ensino médio	4	20%
Ensino superior incompleto	3	15%
Ensino superior	1	5%
<b>Tipo de moradia</b>		
Casa própria	10	50%
Casa alugada	7	35%
Outras	3	15%
<b>Número de residentes por moradia</b>		
Mora sozinha	2	10%
De 2 -3 pessoas	12	60%
De 4 – 5 pessoas	4	20%
De 6 ou mais pessoas	2	10%
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário	14	70%
De 1,5 – 2 salários	4	20%
De 3 ou mais salários	2	10%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	4	20%
Casada/união estável	3	15%
Separada/ divorciada	13	65%

*Fonte:* Dados da pesquisa, 2018.

Conforme outra pesquisa Pereira (2013), destaca que a faixa etária mais acometida foi aquela entre 20 e 29 anos para todas as capitais das regiões brasileiras, com 29%, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos (20%) que apresentou a segunda maior proporção na maioria das capitais das regiões.

Dados revelam quanto ao grau de escolaridade (30%) das participantes do estudo não concluíram o ensino fundamental, (25%) delas terminaram o ensino fundamental, (20%) tinham o ensino médio e apenas (5%) concluíram o ensino superior. Corroborando com a pesquisa de Zart e Scortegagna (2015), que após analisarem 71 boletins de ocorrência juntamente com a ficha cadastral, em uma Casa de Apoio à mulher vítima de violência doméstica, os resultados denotaram que as mulheres apresentaram baixa escolaridade, 40,84% tinham ensino fundamental incompleto e 33,80% ensino fundamental completo, perfazendo um total de 74,64% da amostra.

Dentre outros estudos Santos e Moré (2011) tiveram os resultados semelhantes a esta pesquisa, quanto ao grau de escolaridade, houve o predomínio de mulheres que possuíam o ensino fundamental incompleto e o ensino fundamental completo. Estes dados favorecem para estudos que alertam que a carência de um nível educacional gera falta de informações e de formação suficiente para que as mulheres possam lidar com situações adversas.

Na perspectiva de Leite et al (2017), em seu estudo com 991 mulheres em Vitória – ES, observou que é comum a ocorrência da violência em mulheres com menor escolaridade e que essas variáveis são importantes no estudo da violência cometida pelo parceiro íntimo. O menor suporte social representa maior risco, por uma tendência da mulher submeter-se mais frequentemente ao perpetrador pela falta de oportunidade de lutar e enfrentar a violência.

A partir dos resultados sociodemográficos, no tocante ao tipo de moradia depreende-se que (50%) moravam em casa própria. O estudo de Costa et al (2011) reforça nossos resultados, pois 50% moram em casa própria, seguido de 32,8% em casa alugada e outras 17,2%.

Em se tratando da renda familiar, (70%) tinham renda até 1 salário mínimo, (20%) renda de 1,5 - 2 salários e (10%) ganhavam de 3 a mais salários. Quanto à variável número de residentes por moradia, encontramos os resultados de 2 a 3 pessoas convivendo numa residência correspondente a (60%) dos casos. Estes resultados demarcam que a maior parte das mulheres do nosso estudo apresentam uma renda mensal muito baixa, relacionada ao número de moradores por residência.

Na pesquisa de Vale e suas companheiras (2013), chegaram aos resultados que a violência doméstica incide, sobretudo, naqueles níveis sociais de baixa renda, devido a uma maior dificuldade financeira e desestruturação familiar, favorecendo

comportamentos agressivos. Porém, é necessário analisar esta afirmação com prudência, pois, se há uma maior prevalência de violência nas classes menos favorecidas, isto pode estar relacionado ao fato de que as pessoas com rendas mais baixas tendem a denunciar mais e utilizem mais os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) ao contrário das pessoas com um nível econômico mais elevado que optam pelos serviços de saúde particulares dando menos visibilidade ao problema.

Nos achados com relação ao estado civil percebe-se que a maioria (65%) disseram ser separadas/divorciadas, (20%) serem solteiras e (15%) estarem casadas/união estável. Estes achados ocorreram devido as mulheres relatarem não conviverem mais com o seu agressor durante o período das entrevistas, mas que, as agressões ocorreram quando viviam com seus agressores.

Em estudo realizado na cidade de Brasília-DF, em 2007, constatou-se que a situação de conjugalidade das mulheres pesquisadas era predominantemente das casadas (83%), o que corrobora com os dados da presente pesquisa. Em Curitiba-PR, os maiores índices foram para as mulheres solteiras (48%), seguidos das casadas ou com relações estáveis (52%). Já no estudo de Menezes et al (2010) em que 51,1% das mulheres violentadas eram solteiras.

Conforme Oliveira et al (2015), por ser um fenômeno complexo, com causas culturais, econômicas e sociais, aliado à pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade, a violência doméstica contra mulheres é a tradução real do poder e da força física masculina e da história de desigualdades culturais entre homens e mulheres que, por meio dos papéis estereotipados, legitimam ou exacerbam a violência.

Portanto, se faz necessário que haja um olhar mais cuidadoso e redimensionado para a população da parte dos nossos governantes, para salvaguardar a segurança às vítimas da violência e justiça para aqueles que a cometeram. Consequentemente, a ajuda de todos os cidadãos contra a violência. Podemos notar que os fatores socioeconômicos estão associados à predisposição de transtornos mentais em mulheres em processo de violência.

## 5.2 Dados Relevantes a Pesquisa

A violência é uma realidade aterrorizante nos dias atuais, dificilmente alguém não saberia o que dizer sobre o tema. Portanto, ter o conhecimento sobre o que é violência, foi o primeiro questionamento da nossa pesquisa. Ao indagar as entrevistadas sobre o que elas entendem por violência, algumas respostas estão elencadas abaixo:

*“Qualquer coisa que lhe faça mal no aspecto físico e emocional.” (Entrevistada 16)*

*“A violência é uma agressão física, psicológica, é uma ferida que sara mais fica a cicatriz.” (Entrevistada 9)*

*“Todas as formas de sofrimento provocado por discriminação, por limitação e toda violação de direitos.” (Entrevistada 19)*

Conforme foi analisado, as respostas das entrevistadas sobre violência remetem às atitudes agressivas vivenciadas por elas, são relatos de quem sofreu e em alguns casos, de quem ainda sofre as repercussões dos efeitos dessa violência.

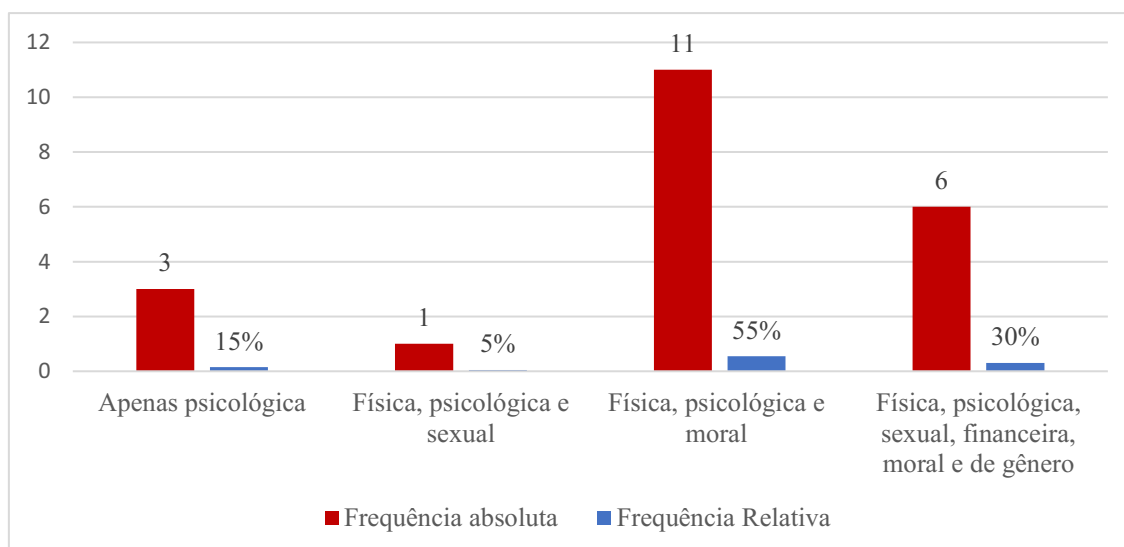
Na perspectiva de Oliveira et al (2015) a violência, em suas diversas formas, tem grande impacto na morbimortalidade. Contribui para a perda da qualidade de vida dos cidadãos, leva a um aumento dos custos com cuidados à saúde, com o absenteísmo na escola e no trabalho, sendo uma das mais significativas formas de desestruturação familiar e pessoal.

O gráfico 1. demonstra os resultados da pesquisa, de acordo com o tipo de violência sofrida pelas representantes da amostra. As entrevistadas poderiam escolher uma ou mais alternativas sobre os tipos de agressões sofridas. Destes resultados, podemos notar uma prevalência de mulheres que sofreram violência física, psicológica e moral representando (55%) da amostra, não muito obstante (30%) disseram ter sofrido todos os tipos de violência em questão, sendo elas violência psicológica, física, sexual, financeira, moral e de gênero.

Corroborando com Costa, Serafim e Nascimento (2015), em seus estudos com dados de 80 formulários, sobre informações de mulheres vítimas de violência entre julho de 2010 e outubro de 2012, quanto ao tipo de violência, chegaram à informação

que as mulheres sofreram mais de um tipo de agressão sendo 64 ocorrências de violência psicológica, 47 moral e 37 física.

**Gráfico 1.** Dados relevantes a pesquisa quanto ao tipo de violência sofrida (amostra=20 entrevistadas).



*Fonte:* Dados da pesquisa, 2018.

Nossos resultados assemelham-se aos evidenciados em outro estudo de Rangel e Oliveira (2010), em que as mulheres foram acometidas, simultaneamente, por mais de um tipo de violência, com prevalência das violências psicológica (62%), física (54%) e moral (50%).

Identifica-se que todas as entrevistadas (100%) em estudo referiram ter padecido à tortura psicológica, o que contribuí significativamente para um abalo emocional destas mulheres e (90%) também sofreram violência física. Enfatizando estes resultados, o estudo de Costa et al (2011) com 64 mulheres, sinaliza que 100% destas, sofreram violência psicológica.

O dia-a-dia da mulher que sofre abuso psicológico é de constante medo, onde ela nunca sabe qual será a reação do companheiro, se ele ao chegar à casa trará flores ou se irá, mais uma vez, afirmar sua condição de subordinada, ainda que satisfaça todos os seus desejos, ele nunca estará satisfeito e sempre encontrará uma maneira de atacá-la, quando chegar em casa (SOUZA; CASSAB, 2010).

Em estudo realizado com mulheres que registraram queixas de agressão nas delegacias, na cidade de João Pessoa -PB em 2010 Silva et al (2013), obteve resultados que corroboram com a nossa pesquisa sendo as causas de violência física, 19 (70%),

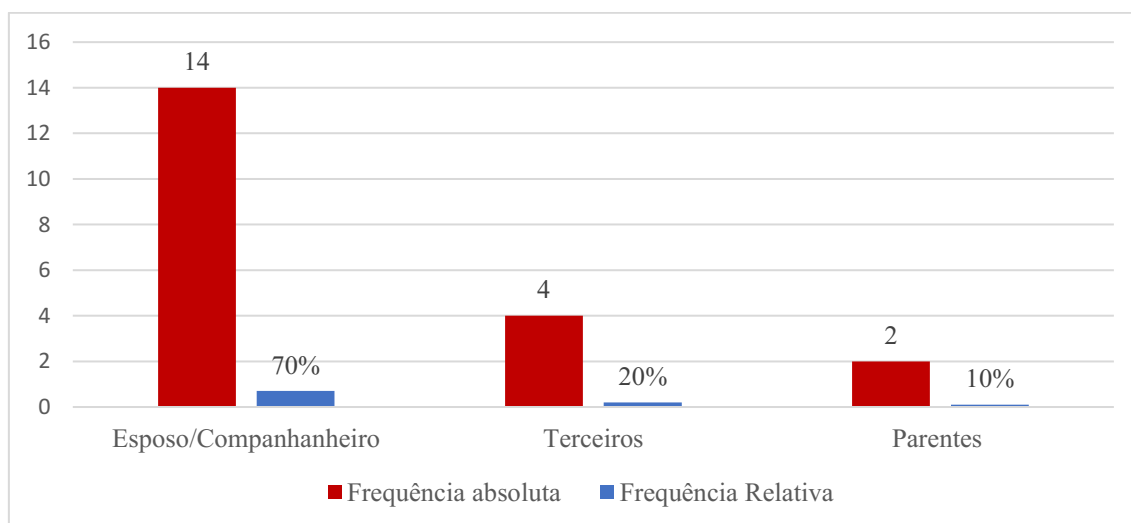
seguida de violência sexual e moral, ambas com 1 (4%). Na pesquisa de Pereira (2013), as mulheres que se consideraram da raça parda foram as mais acometidas pela violência física, apresentando proporção total de 51,8%.

Consoante a nossa pesquisa Moreira, Boris e Venâncio (2011) em seus resultados relatam que entre as diversas modalidades de violência psicológica, sexual e física, a violência física se sobrepõe às demais, e, em segundo lugar, se manifesta a violência psicológica, que se articula em torno de vários comportamentos ou atitudes, que constituem micro violências.

Para Souza e Cassab (2010), a violência psicológica pode ser considerada como a mais perversa, entre os outros tipos de violência, ocorrida no âmbito doméstico, em decorrência das marcas irremediáveis que deixa, perdurando por muito tempo ou, às vezes, por toda a vida, desta mulher que a sofre.

Em outros estudos foram enfatizados estes resultados como na pesquisa de Andrade e Lima (2016), conforme observado, a violência com maior incidência é a psicológica, atingindo um número de 732 usuárias. Quanto à violência física, os dados revelam que 659 mulheres atendidas no Centro de Referência da Mulher Ednalva Bezerra afirmaram ter sofrido esse tipo de violência; 537 sofreram violência patrimonial; 24 delas sofreram violência sexual e 109 usuárias informaram ter sofrido violência moral. Em relação às entrevistadas, todas afirmaram que sofreram violência psicológica e física.

**Gráfico 2.** Dados relevantes a pesquisa quanto ao grau de parentesco do agressor (amostra=20 entrevistadas).



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Os resultados do gráfico 2. revelam que o sofrimento cotidiano das agressões acontece por parte do esposo/companheiro, totalizando (70%), corroborando com nosso estudo, os resultados de Silva et al (2013) revelam que 70% de sua amostra foi agredida pelo companheiro. Ainda Costa et al (2011) ao analisar os dados referentes à violência sofrida, pôde-se evidenciar que o lócus da violência, na maioria dos casos (84,3%), foi a própria residência da mulher, cujas agressões eram perpetradas pelo companheiro que residia com esta (81,2%), tendo sido relatados como principais motivos o alcoolismo, machismo, ciúme e traição.

É possível inferir que, como essas mulheres foram agredidas dentro de casa, principalmente pelo esposo/ companheiro, eles demonstram uma relação de poder do agressor e de submissão da vítima. O agressor acredita ser mais forte que a mulher, fazendo com que ela se sinta desvalorizada, diminuindo sua autoestima e poder de decisão. Como citado anteriormente, o nível de escolaridade e renda baixa, fazem com que a mulher aceite a situação, buscando o silêncio por medo de ficar sozinha, em condição financeira precária e sem um pai para os filhos, ou, ainda, por se sentir culpada ou envergonhada por estar passando por tal situação.

Estas mulheres passam por um misto de sensações e sentimentos, como pode ser evidenciado nas falas abaixo, quando questionadas sobre como se sentiam após a agressão:

*“Me sentia um nada, um lixo, porque eu aceitava essa situação”. (Entrevistada 15)*

*“Fiquei muito triste, desapontada com ele, fiquei toda machucada no corpo e interiormente, pois não esperava isso acontecer.” (Entrevistada 05)*

*“Eu me senti um verme, impotente por não poder reagir, por ser mulher e ele ser homem, ele era mais forte que eu.” (Entrevistada 09)*

Nota-se, através destes relatos os sentimentos de desvalorização, tristeza, dor, decepção e impotência. Estes sentimentos provocam na mulher um sofrimento que vai além das dores no corpo, refletem as dores da alma, chegando a repercutir no seu psicológico. Deixando-as vulneráveis, propícias a desenvolverem algum transtorno mental, devido a este grande impacto e acúmulo de sentimentos dolorosos.

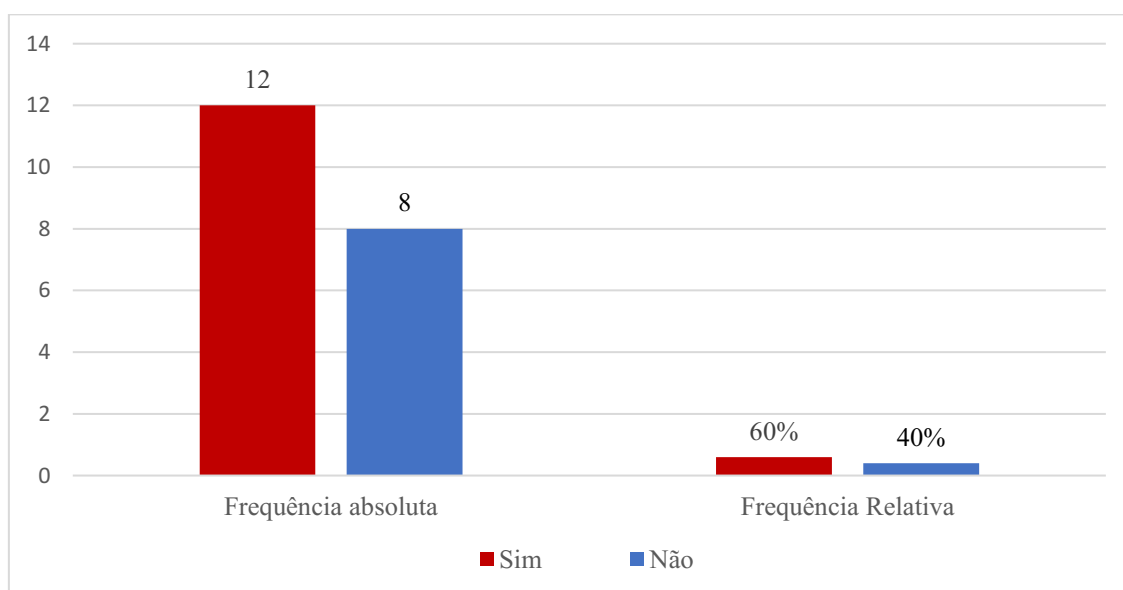
A mulher quando sofre violência é em geral uma vítima fragilizada e encurralada, seu sofrimento atinge toda sua família, seus filhos crescem em um meio de vulnerabilidade, em um ambiente perturbador, onde a tendência futuramente, é reproduzirem tais cenas vividas na infância, meninas se tornam potenciais vítimas, meninos potenciais agressores. Intervir de maneira educativa e segura é a busca de muitos profissionais, e acima de tudo dos cidadãos (SILVA; SOARES; MACÊDO; MEDEIROS, 2013).

Quando questionada se a entrevistada mantém contato com o agressor, (55%) responderam que não. No entanto, (45%) ainda tem algum tipo de contato com o agressor, destas (20%) explanaram ainda ter contato por conta dos filhos, (5%) por depender financeiramente do agressor, o restante não mencionou a causa.

O gráfico 3. indica os resultados, segundo a denúncia realizada após agressão sofrida pela mulher, (60%) da amostra em estudo denunciou a ocorrência, sendo que, deste resultado (50%) só denunciaram, após suportarem anos de agressões e (40%) das mulheres não denunciaram as agressões sofridas.

Ao exporem o motivo que as levaram a permanecer por tanto tempo com os agressores, as participantes da pesquisa elucidaram que se consideravam incapazes de enfrentar a situação por medo das constantes ameaças que sofriam.

**Gráfico 3.** Dados relevantes a pesquisa quanto a denúncia sobre a ocorrência de agressão (amostra=20 entrevistadas).



*Fonte:* Dados da pesquisa, 2018.



Os homens que abusam de suas mulheres conscientemente usam de inúmeros artifícios para atingir seus objetivos. Um dos alvos preferidos para o homem atingir a mulher, são os filhos. Desta forma, usa de agressão física e psicológica para com os mesmos, sabendo que, a mulher ficará angustiada vendo-os sofrer e, tudo fará, para minimizar e/ou superar tal situação aos filhos. Como é observado nas falas:

*“Só após 18 anos denunciei, porque meus filhos já eram grandes e aí tive coragem. Escondi porque tinha medo da minha família sofrer, dele matar alguém.” (Entrevistada 2).*

*“Passei 21 anos sendo violentada, mas não denunciei. Minha filha mais velha não aguentava mais o sofrimento, aí ela denunciou. Eu não denunciava porque ele ameaçava me matar e matar nossos filhos e minha família (...).” (Entrevistada 17)*

Constata-se que, o instinto materno presente na fala das mulheres é evidente. O medo de fazer os filhos ou a família sofrer interpelava a mulher a continuar no ciclo de violência, prorrogando o seu sofrimento.

Conforme Costa et al (2015), em seus resultados apontam que as vítimas que sofreram violência por longos períodos até decidirem realizar a denúncia compreendem (48,4%) da amostra. Os dados confirmam resultados já apresentados em diversos estudos. A demora em denunciar o parceiro após anos de agressões também foi relatada na literatura como uma das grandes questões na perpetração da violência, perpassando o complexo dilema das mulheres, entre defender-se e fazer valer sua autonomia e aceitar a situação de violência e manter os valores familiares.

Corroborando com Souto e Braga (2009), que identificaram em sua pesquisa a representação da violência doméstica, por meio de sentimentos de medo e aprisionamento. O medo é atribuído à sensação de ameaça sobre o perigo da agressão, sendo uma maneira de controle e intimidação, mantendo a violência em silêncio, sem reação. Nessa direção, Tavares e Pereira (2007) mencionam que as mulheres expressam o medo e a insegurança, pois não sabem o que poderá desencadear a fúria do agressor. O medo faz com que as testemunhas e a vítima fechem os olhos e se omitam de qualquer atitude de proteção, assim, não denunciam o agressor.

Além do medo provocado por promessas de ameaças por parte do agressor, fazendo com que as vítimas protelassem a denúncia, outras entrevistadas disseram não

denunciar por escolha de não levar o caso adiante, outras ainda porque não sofreram agressão física, o que é confirmado nas falas:

*“Não, porque não era agressão física aí eu não entendia como agressão, nunca pensei em denunciar.” (Entrevistada 16)*

*“Não denunciei, fui aconselhada, mas foi uma escolha minha, não quis levar a diante.” (Entrevistada 20)*

Não podemos julgar essas mulheres que não denunciaram, mas a figura feminina precisa revelar-se, pois somente assim, conheceremos suas reais necessidades e as apontaremos para criar ajustes funcionais na tentativa de solucionar tal situação. É preciso, que as mulheres em suas relações de violência não continuem encobertas, invisíveis, como foram durante muito tempo, a mídia tem cooperado para isso, o que é positivo, porque só conhecendo a história de vida, o cenário, os desejos e anseios dessas mulheres, que poderemos pensar em eficazes soluções e possíveis ajudas.

Quanto ao apoio, após o ocorrido das agressões e denúncia chegamos aos resultados de que o CRAM e a família foram os nomes mais citados pelas representantes da amostra. Em se tratando do CRAM, isto revela que o fortalecimento de vínculo contribuí para que a vítima não abandone o serviço, pois os sofrimentos que a mulher passa no percorrer de todo o processo de violência são aterrorizantes fazendo com que a saúde desta mulher se torne muito debilitada.

Foi observado durante o estudo que havia um acompanhamento destas mulheres com a psicóloga, para realização de terapias. Alguns casos eram encaminhados para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) devido apresentarem características para desenvolvimento de algum transtorno mental.

O apoio da família também é essencial para que a mulher se sinta amada, acolhida e que é capaz de sair do ciclo da violência, pois terá o amparo que necessita, como explicitam os discursos:

*“Antes de denunciar eu não tinha apoio porque nunca contei nada, mas depois de denunciar tive muito apoio do CRAM”. (Entrevistada 15)*

*“Depois que denunciei, tive apoio da minha família e do CRAM.” (Entrevistada 02)*

As mulheres procuram o Centro de Referência por uma ou mais necessidades informacionais. Anseios estes, que as ajudassem a compreender e resolver a situação de violência, que as fizessem cessar. Neste aspecto, cada mulher traz consigo experiências, medos, dúvidas e aspirações muito particulares, traz uma lacuna informacional, exigindo uma escuta qualificada, um atendimento especializado e humanizado das profissionais do Centro de Referência à Mulher (ANDRADE; LIMA, 2016).

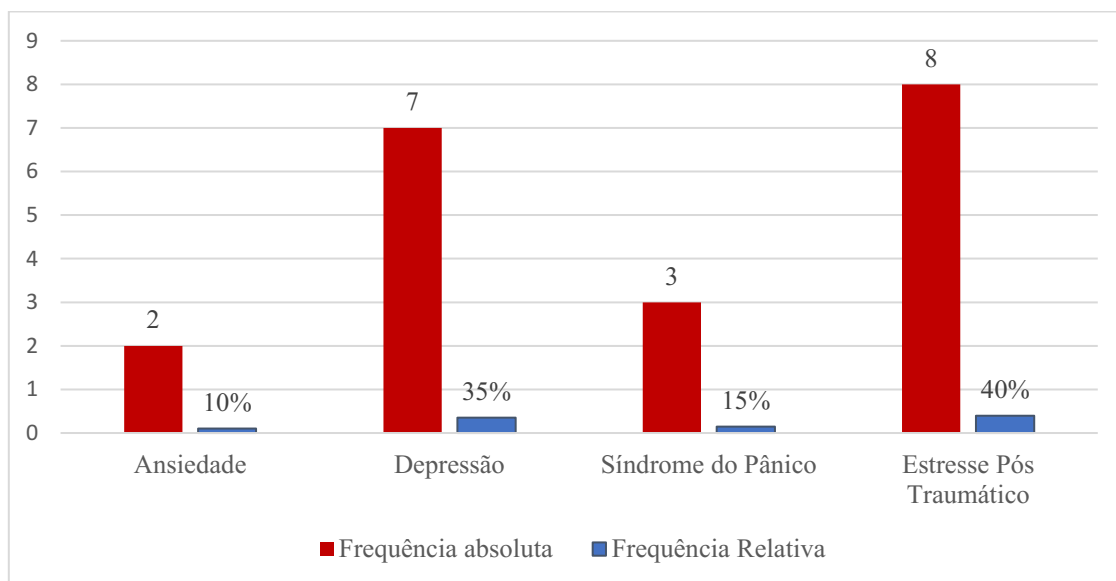
A mulher que foi agredida pode chegar ao CRAM de várias maneiras: por ela mesma, por encaminhamento da Delegacia de Atendimento à Mulher ou por referência de qualquer serviço da rede de atenção do município. No CRAM a mulher é acolhida, são explicados os seus direitos, ela passa a ser acompanhada e referenciada para outros serviços da rede de acordo com a sua necessidade, pois, cada caso é particular e singular. O que determina a tomada de decisões são o estado em que a mulher se encontra e o apoio que ela necessita.

Os serviços de saúde, bem como, seus profissionais tem a missão de identificar, controlar e prevenir a violência contra a mulher, proporcionando suporte para reabilitação da mesma, pois estes serviços são os primeiros locais procurados pela mulher agredida (SILVA et al, 2015). Desta maneira, cabe aos profissionais e gestores da saúde, rever suas ideias e responsabilidades diante do tratamento e prevenção da violência, objetivando um atendimento integral e de qualidade as usuárias.

No CRAM, se a vítima de violência não denunciou o agressor, são dadas orientações, o estímulo e encorajamento para que ela denuncie. Às vezes, a mulher não denuncia porque ela depende totalmente do agressor, financeiramente, afetivamente e a escolha por denunciar, faz com que ela fique vulnerável, a passar diversas necessidades. Todo caso de violência deve ser notificado, porém, os casos subnotificados são muitos, atrasando a divulgação da verdadeira realidade do número de vítimas violentadas.

As consequências na vida das mulheres que sofreram algum tipo de violência são caracterizadas de várias formas, trazendo um grande impacto no cotidiano das vítimas, como tristeza, medo, desvalorização pessoal, desespero, sensação de abandono, e vários distúrbios mentais, podendo chegar inclusive, a casos de homicídios. O gráfico 4. apresenta os resultados, quanto aos transtornos mentais adquiridos após as agressões.

**Gráfico 4.** Dados relevantes a pesquisa quanto aos transtornos mentais adquiridos após a agressão sofrida (amostra=20 entrevistadas).



*Fonte:* Dados da pesquisa, 2018.

A partir dos resultados encontrados, notamos que após a agressão sofrida, a mulher apresenta grande probabilidade para desenvolvimento de algum transtorno mental. Dentro da classificação acima, revela que (40%) da amostra apresentou características para o desenvolvimento do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), seguido de (35%) para depressão, (15%) para síndrome do pânico e (10%) para ansiedade.

O TEPT é um tipo de transtorno de ansiedade que é provocado pelo esforço de adaptação do ser humano ao seu meio. Quanto a isto, Sena, Tores e Lopes (2013) dizem que é um conjunto de sinais e sintomas que compreendem a reexperiência do trauma vivenciado, a recusa em lembrar o ocorrido e um estado de hipervigilância. É um estado de ansiedade intensa, acompanhado de reexperiências dolorosas dos eventos negativos vividos

Reforçando os achados da pesquisa, o mesmo também vai de encontro aos resultados de Hatzenberger et al (2010) identificando que de 76,5% dos sujeitos da amostra apresentarem sintomas compatíveis com o diagnóstico de TEPT, além de sintomas de ansiedade e depressão. Isto merece uma atenção dobrada dos profissionais, que atendem uma vítima desta, para que possam encaminhá-la para um atendimento psicológico.

Em concordância com Mozzambani et al (2011) em seus resultados ressalta que o ambiente estressante pode alterar a fisiologia do organismo, que responderá de maneira disfuncional. Em sua amostra, 76% das vítimas de violência doméstica apresentaram grande probabilidade de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático. Várias comorbidades estariam potencialmente associadas a esse quadro, quando não tratado, por exemplo, depressão e outros transtornos de ansiedade.

Os sintomas do TEPT podem interferir significativamente nos relacionamentos e nas atividades ocupacionais. O retraimento social, a irritabilidade e a agressividade, resultam em distanciamento da família e amigos; o entorpecimento prejudica a comunicação; a excitabilidade aumentada resulta em dificuldades de concentração, fadiga, entre outros (SCHAEFER; LOBO; KRISTENSEN, 2012).

A mulher que passou por traumas referente aos episódios de violências, comumente apresenta estes sintomas de TEPT. Como pode ser evidenciado nas falas das entrevistadas:

*“Tenho medo, não consigo tirar este trauma da minha vida.”  
(Entrevistada 2)*

*“Eu fiquei revoltada e com medo de me relacionar com outras pessoas e acontecer novamente; preferia ficar em casa a sair com os amigos”. (Entrevistada 20)*

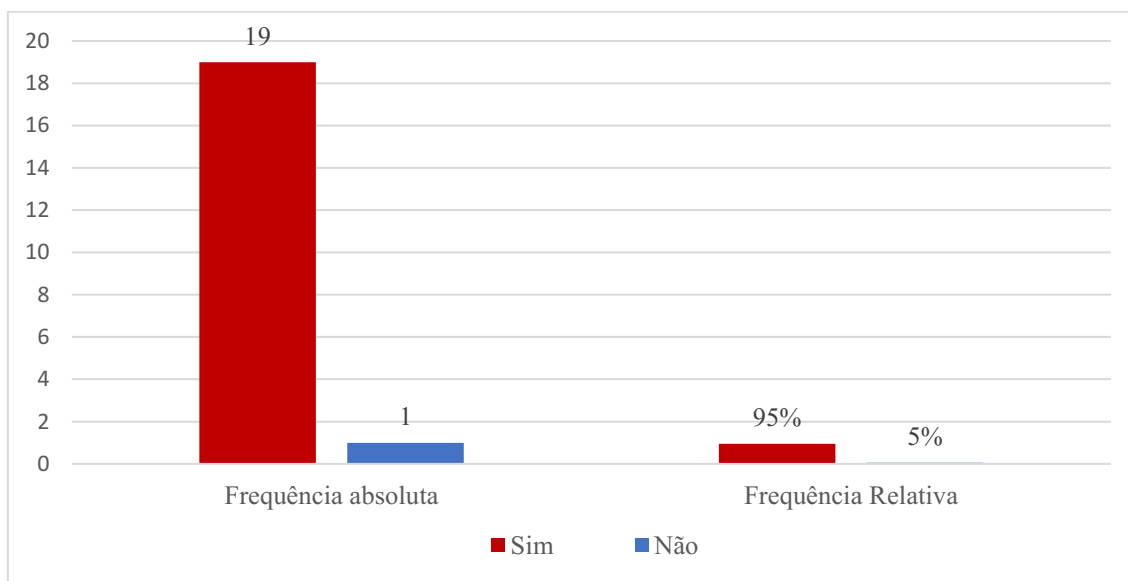
Durante as entrevistas, os relatos das experiências vivenciadas pelas mulheres são fortes, cheios de tristeza e decepção. A relação com a própria imagem, a autoestima e as relações afetivas também são afetadas negativamente e limitam a qualidade de vida dessas mulheres. Algumas mulheres estão buscando superar, por meio de acompanhamento psicológico, realizando terapia uma vez por semana. Outras, associado ao acompanhamento com a psicóloga estão em tratamento no CAPS, fazendo uso de medicação para ansiedade e depressão, por causa dos traumas da violência.

Os estudos de Matins-Monteverde, Padovan e Juruena (2017) apontam ainda que pacientes com TEPT apresentam probabilidade de 6 vezes maior, em tentar o suicídio do que a população geral. Deste modo, as consequências do TEPT se estendem para diferentes esferas da vida da pessoa, ocasionando incapacidades sociais, profissionais e físicas. Essa realidade é explícita, no relato de uma entrevistada sobre seu estado emocional:

*“(...) fiquei muito triste e pensativa. Com pensamentos de me matar. Algo muito ruim dentro de mim, fico lembrando de uma amiga minha que se enforcou e me dá vontade de fazer o mesmo.” (Entrevistada 5)*

O acompanhamento às mulheres em sofrimento mental após violência é sem dúvida, algo que deve ser urgente, pois atitudes erradas podem custar uma vida. Portanto, cabe ao profissional que atende vítimas de violência orientá-las e encaminhá-las para o CAPS. O atendimento dessas vítimas no CAPS é imprescindível, para que elas sejam acompanhadas, tratadas com auxílio de terapias, associado ao tratamento farmacológico quando necessário.

**Gráfico 5.** Dados relevantes a pesquisa quanto ao estado emocional e psicológico após o desenvolvimento do transtorno mental (amostra=20 entrevistadas).



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Os dados quantitativos desta pesquisa, pertinentes ao estado emocional e psicológico da mulher, após o desenvolvimento do transtorno mental podem ser averiguados no gráfico 5. De acordo com os resultados (95%) do total da amostra disseram sim, que tem medo ou alguma preocupação de voltar a sofrer algum tipo de agressão, apenas (5%) afirmaram que não. A mulher que disse não justificou ter aprendido a se defender por isso, não tinha mais medo de ser agredida.

Quando questionadas se o seu estado emocional e psicológico foi abalado após as agressões (95%) responderam que sim. As justificativas para esta questão podem ser perceptíveis em algumas falas:

*“Eu acho que eu nunca mais vou voltar a ser o que eu era antes, a violência psicológica é a pior. Eu sinto raiva por ter acontecido isso (...).” (Entrevistada 20)*

*“(...) Se eu vejo uma pessoa gorda, eu começo a me tremer com medo, porque ele é gordo. Até hoje pra eu dormir eu só me deito emborcada, porque muitas vezes eu acordava com ele me sufocando com travesseiro.” (Entrevistada 17)*

As sequelas da violência são profundas na vida de mulheres violentadas, sentimentos como medo de sair de casa e as pessoas verem as marcas e questionarem, medo de ficar sozinha e o agressor chegar, desorientação, insônia, nervosismo, medo de relacionar-se afetivamente, traumas, são relatos frequentes durante o questionamento a estas mulheres. Estes sofrimentos impedem a mulher de acreditar em dias melhores, ter autoconfiança, novas amizades, novos amores. Estes dados só reforçam nossos resultados, em relação ao grande prejuízo quanto ao sofrimento mental das mulheres agredidas afetando significativamente em sua saúde.

Vale salientar, que a mulher violentada passa por um processo de "psicologização" que acontece quando se trata de agravos que não deixam marcas físicas, ou seja, apenas as marcas físicas, que facilmente percebidas são tratadas, são as consequências entendidas como psicológicas, estas não podem ser desconsideradas (SILVA et al, 2015).

Mulheres vítimas de violência tendem a apresentar maior fragilidade, tendo potencial para sofrer efeitos permanentes em sua autoestima e autoimagem, tornar-se menos seguras do seu valor e ficar mais propensas à depressão (MOZZAMBANI et al, 2011).

Contudo, a partir do pressuposto, a violência infligida contra a mulher resulta em perdas significativas em sua saúde emocional e psicológica, se fazendo necessário o seu encaminhamento à serviços de saúde especializados para o enfrentamento desses problemas, visto que, as consequências dos traumas ocasionados pela violência são claramente percebidas nos depoimentos das entrevistadas.

## 6 CONCLUSÃO

A violência é uma realidade que afeta milhares de mulheres sem objeção de idade, raça, classe social, grau de escolaridade e religião em todo o mundo, violando os direitos humanos. O sofrimento causado pelas agressões destrói a autonomia, abala a autoestima e diminui a qualidade de vida, trazendo consequências como a instabilidade pessoal, familiar e social. Repercutindo especialmente na saúde mental das mulheres.

As mulheres são mais agredidas durante a sua adultez, fase esta que a mulher deve possuir autonomia, porém, a violência faz com que ela se reprima e se esconda. As agressões são causadas em sua maioria pelos companheiros, homens dos quais a mulher espera ser protegida e amada, um dos fatores cruciais para marcas psicológicas profundas. O nível de escolaridade e renda baixa predispõe a mulher a ter medo de denunciar, a maneira de como ela vai ser vista pela sociedade e a exposição para vulnerabilidades por não ter recursos financeiros para manter a si e aos filhos protelam o ciclo da violência.

Dentre os tipos de violência, a psicológica acarreta anos e anos de sofrimento mental nas mulheres agredidas. Originando os transtornos de estresse pós traumático, ansiedade, depressão e síndrome do pânico. Além do medo que acompanham essas mulheres, muitas vezes, por toda uma vida; medo de acontecer novamente, medo de se expor, medo da sociedade, culminando em sofrimento mental constante.

O sofrimento mental causado nas mulheres violentadas é imensurável, pois cada pessoa é singular. Portanto, a partir deste trabalho podemos concluir que as mulheres que são agredidas possuem uma predisposição para os transtornos mentais, assim como, um próprio transtorno instalado, visto que, a partir dos nossos estudos e consoante aos da literatura, a violência tem afetado principalmente o equilíbrio mental e emocional das mulheres.

Estes achados indicam para criação de novas abordagens, estudos e projetos de leis eficientes e eficazes em defesa da vida e contra a violência. Para que as mulheres sejam acolhidas e cuidadas por profissionais que ajudem a reduzir os traumas decorrentes das agressões. Tendo o apoio necessário para sair do ciclo da violência e reescrever a sua história.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J. C. et al. Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Eletrônica de Enfermagem [Internet]**. 2013 abr/jun;15(2):382-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18941>. doi: 10.5216/ree.v15i2.18941.
- ANDRADE, K. O; LIMA, I. F. Memórias de enfrentamento à violência doméstica e familiar: acesso e uso da informação como dispositivo de empoderamento. **In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**. Salvador: UFBA, 2016.
- ANDRADE, L. H. S. G; VIANA, M. C; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Rev. psiquiatr. Clin.** [conectados]. 2006, vol.33, n.2, pp.43-54. ISSN 0101-6083. Disponível em <[Http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003](http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003)>. Acesso em: 31 de agosto de 2017.
- APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Rev. Soc. estado**. Brasília , v. 29, n. 2, p. 449-469, Agosto. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922014000200008&script=sci_abstract)>. Acesso em: 26 de agosto 2017.
- BARBOSA, J. A. G; SOUZA, M. C. M. R; FREITAS, M. I. F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica [online]**. 2015, vol.37, n.4-5, pp.273-278. ISSN 1680-5348. <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000400013&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400013&lang=pt)>
- BARBOSA, L. C; FERREIRA, A. M. P; OLIVEIRA, T. G. (Orgs.). **Mulheres em Situação de Violência: olhares feministas sobre a rede de atendimento**. João Pessoa: Ideia, 2015.
- BORIN, T. B. **Violência doméstica contra mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas (dissertação)**. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-30092008-125835/pt-br.php>> Acesso em: 01 de setembro de 2017.
- CASIQUE, L. C. FUREGATO, A. R. F. Violência Contra Mulheres: reflexões teóricas. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2006 novembro-dezembro; 14(6). Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt\\_v14n6a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a18.pdf)> Acesso em: 26 de agosto de 2017.
- COELHO, E. B. S. et al (org.). **Políticas públicas no enfrentamento da violência** [recurso eletrônico] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 51 p. Disponível em <<http://violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/02/Políticas-Publicas.pdf>> Acesso em: 01 de setembro de 2017.
- CORDEIRO, L. G. Análise do Perfil Sociodemográfico das Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Familiar que alcançam a SEPS-MPDFT. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CÔRTEZ, G. R; LUCIANO, M. C. F; DIAS, K. C. O. **A Informação no Enfrentamento à Violência contra Mulheres**: Centro de Referência da Mulher “Ednalva Bezerra”: relato de experiência. *Biblionline*, João Pessoa, v. 8, n. esp. p.134-151, 2012. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/14199/8105>> Acessado em 26 de agosto de 2017.

COSTA, A. M; MOREIRA, K. A. P; HENRIQUES, A. C. P. T; MARQUES, J. F; FERNANDES, A. F. C. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. **Rev. Rene**. 2011;12(3):627-35.

COSTA, M. S; SERAFIM, M. L. F; NASCIMENTO, A. R. S. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2015, vol.24, n.3, pp.551-558. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300022>. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000300551&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000300551&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em 26 de agosto de 2017.

CUNHA, R. S; PINTO, R. B. **Violência Doméstica, Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) comentada artigo por artigo**. 2ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

FALEIROS, V. P; FALEIROS, E. S. A violência contra crianças e adolescentes e suas principais formas. In: \_\_\_\_\_. **Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes**. 2. ed. Brasília: MEC/ UNESCO, 2008. (Coleção Educação para Todos, 31. 101 p.). Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/media/areas/infancia/arquivos/mec.pdf>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

FILHO, José Gomes Bezerra. et al. **Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar**. 1. ed.- Fortaleza: EdUECE, 2015. Disponível em: <<http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Acidentes%20e%20Violencia.pdf>> Acesso em: 30 de agosto de 2017.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.) **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em 22/08/2017.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Educação a Distância: Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <[http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima\\_tcc/gerais/manuais/manual\\_quali.pdf](http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf)> Acesso em 22/08/2017.

HATZENBERGER, R; LIMA, A. P. V. R; LOBO, B; LEITE, L; KRISTENSEN, C. H. Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de

violência pelo parceiro íntimo. **Revista Ciências & Cognição**, 2010; Vol 15 (2): 094-110. Disponível em: <[http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15\\_2/09\\_094-110\\_m277.pdf](http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_2/09_094-110_m277.pdf)> Acesso em 01 de setembro de 2017.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2012. Disponível em <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/2822-violencia-contra-mulher>> Acesso em 30 de agosto de 2017.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. – 5. ed. – 2. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

LEITE, F. M. C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2017;51:33. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006815.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006815.pdf)> Acesso em 14/02/18.

LOUISE, Z; SCORTEGAGNA, S. A. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E CIRCUNSTÂNCIAS DO CRIME. **Revista PERSPECTIVA**, Erechim. v. 39, n.148, p. 85-93, dezembro/2015. Disponível em: <[http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148\\_536.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_536.pdf)> .

LUDERMIR, A. B; VALONGUEIRO, S; ARAUJO, T. V. B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 29-35, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100029&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Aug. 2017.

MACHADO, M. O. F. et al. Saúde mental das mulheres que sofrem violência de parceiro íntimo durante a gravidez. **Investir. Educ. Enferm** , Medellín, v. 32, n. 2, p. 291-305, julho de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 de agosto de 2017.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S; PADOVAN, T; JURUENA, M. F. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, Ribeirão Preto, v. 50, p. 37-50, feb. 2017. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127536>>. Acesso em: 01 sep. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p37-50>.

MENDONÇA, M. F. S; LUDERMIR, A. B. Violência do parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 51, 32, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100227&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100227&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 27 de agosto de 2017. Epub 10 de abril de 2017.

MENEZES, J. P. et al. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE MULHERES QUE SOFRERAM COM VIOLÊNCIA DE GÊNERO NO RIO DE JANEIRO: SUBSÍDIOS PARA A ENFERMAGEM. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [SI], nov. 2010. ISSN 2175-5361.

MOREIRA, V; BORIS, G. D. J; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Revista Psicologia & Sociedade**; 23 (2): 398-406, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a21v23n2.pdf>> .

MOZZAMBANI, A. C. F. et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul** 2011 Abr; 33(1):32-7

OLIVEIRA, P. P. et al. MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 196-203. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00196.pdf)>

OMS. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, Etienne. et al. (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>> Acesso em 30 de agosto de 2017.

PERDIGÃO, A. et al. **Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde**. Direção-Geral de Saúde Alameda D. Afonso Henriques. Lisboa- Portugal Dez.-2014. Disponível em: <[http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/dgs\\_manual\\_profissionais.pdf](http://www.fenacerci.pt/web/publicacoes/outras/dgs_manual_profissionais.pdf)> Acesso em: 30 de agosto de 2017.

PEREIRA, R. G. C. Violência física contra mulheres nas capitais das regiões brasileiras em 2010: caracterização e identificação de possíveis fatores associados. **Monografia**. Salvador: 2013. 48 p. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/11094/1/Ranny%20Greice%20Cardoso%20Pereira.pdf>>.

PEREIRA, S; VIANNA, L. A. C. Cursos de capacitação em prevenção da violência: o impacto sobre os profissionais do setor da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 315-320, abr. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200315&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200315&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000017>.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RANGEL ,C. M. F. R. B. A; OLIVEIRA, E. L. Violência contra as mulheres: fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores. In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos**; 2010 ago 23-26; Florianópolis. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. p. 1-11

**RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) >

RIBAS, C. C. C. FONSECA, R. C. V. **Manual De Metodologia Opet**. Curitiba, 2008. Acesso em 22/08/2017. Disponível em: <[http://www.opet.com.br/biblioteca/PDF%27s/MANUAL\\_DE\\_MET\\_Jun\\_2011.pdf](http://www.opet.com.br/biblioteca/PDF%27s/MANUAL_DE_MET_Jun_2011.pdf)>

ROCHA, L. M. L. N. "VIOLÊNCIA DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS: desafios à implementação da Rede Amiga da Mulher de São Luís – MA" **17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero (2012)**: n. pág. Web. 26 Ago. 2017. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/liti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/111>>

- SANTOS, A. C. W; MOREÍ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Revista Paidéia**, Vol. 21, No. 49, 227-235. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf>> .
- SENA, J. A. A; TORRES, K; LOPES, A. P. O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E A VIOLÊNCIA URBANA. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**. Maceió, maio – 2013. v. 1, n.2, p. 21-33.
- SILVA, A. C. et al. Violência contra mulher: uma realidade imprópria. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.11, n. 2, pp. 101-15, 2013.
- SILVA, G; SOARES, M. C. S; MACEDO, C. S; MEDEIROS, C. M. R. Sentimentos experienciados por mulheres vítimas de violência doméstica. **CBCenf 2013**. Maceió-Alagoas. Anais ISBN 978858923220. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/anais.php?evt=8>>
- SILVA, G. M. Disseminação da informação na fanpage da Secretaria Estadual da Mulher e da Diversidade Humana. **Monografia**. – João Pessoa, 2016. Disponível em: <<http://security.ufpb.br/biblio/contents/tcc/tcc-2016/disseminacao-da-informacao-na-fanpage-da-secretaria-estadual-da-mulher-e-da-diversidade-humana.pdf>> Acesso em 26 de agosto de 2017.
- SILVA, S. A. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 182-186, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>.
- SOUTO, C. M. R. M; BRAGA, V. A. B. Vivências da vida conjugal: Posicionamento das mulheres. **Ver. Bras. Enferm.**, 62(5), 670-674, 2009.
- SOUZA, C. S. et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.3, pp.773-784. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000300773](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300773)> Acesso em: 15/08/2017.
- SOUZA, F. B. C. et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. In: Reprodução & Climatério. **Elsevier Editora Ltda**, 2013;2 7(3):98–103.
- SOUZA, H. L; CASSAB, D. A. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. **Anais do I Simpósio sobre Estudo de Gênero e Políticas Públicas**, INSS 2177-B248. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010. Disponível em:<<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/5.HugoLeonardo.pdf>>.
- TAVARES, F. A; PEREIRA, G. C. Reflexos da dor: Contextualizando a situação das mulheres em situação de violência doméstica. **Revista Textos & Contextos**, 6(2), 410-424, 2007.
- VALE, S. L. L. et al. Repercussões Psicoemocionais da Violência Doméstica: Perfil de Mulheres da Atenção Básica. **Revista Rene**. 2013; 14(4):683-93. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1123/pdf>

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**; tradução: Denise Regina de Sales, Regina Machado Garcez; revisão técnica: Agnes Olschowsky. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

WASELFISZ, J. J. **MAPA DA VIOLÊNCIA 2015: HOMICÍDIO DE MULHERES NO BRASIL**. 1ª Ed. 83 pág. Brasília – DF, 2015.

ZANCAN, N. et al. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando fam. [online]**. 2013, vol.17, n.1 [citado 2018-02-17], pp. 63-76 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1679-494X.

## **APÊNDICES**



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

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

**1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

- ensino fundamental completo       ensino fundamental incompleto  
 ensino médio completo               ensino médio incompleto  
 ensino superior completo               ensino superior incompleto

Tipo de moradia que reside?

- casa própria       casa alugada       outras

Quantas pessoas residem com você?

Qual a sua renda?

- até 1 salário mínimo     de 1,5 – 02 salários     3 ou mais salários

Você se considera que cor?

- branca     amarela     parda     negra

Qual seu estado civil?

- solteira     casada     união estável     divorciada     viúva



## **2. DADOS RELEVANTES A PESQUISA**

1. O que a senhora entende por violência?
  
2. Qual o tipo de violência que você sofreu?  
( ) física ( ) psicológica ( ) sexual ( ) financeira ( ) moral ( ) de gênero
  
3. Qual o parentesco com o agressor?  
( ) esposo ( ) filho(a) ( ) parente ( ) terceiros
  
4. Como você se sentiu após a agressão?
  
5. A senhora mantém contato com o agressor?
  
6. Após ser agredida a senhora denunciou a ocorrência? Por quê?
  
7. Depois do ocorrido a senhora teve apoio de alguém? Quem?
  
8. Atualmente, como a senhora se sente após o episódio de agressão sofrido?
  
9. A senhora apresentou alguma alteração em seu comportamento familiar e/ou social, após a agressão?
  
10. A senhora tem medo ou alguma preocupação de voltar a sofrer algum tipo de agressão?
  
11. A senhora acha que o seu estado emocional e psicológico foi abalado após a agressão sofrida? Por quê?



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

**APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE  
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **Nívea Mabel de Medeiros**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de Graduação em Enfermagem, **Sandra Regina Ferreira Leite**, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais”**.

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares. Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientanda nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes à pesquisa, zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário, apresentarei, sempre que solicitado pelo CEP ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e sua conclusão. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, firmo o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, 13 de agosto de 2017.

A handwritten signature in blue ink that reads 'Nívea Mabel de Medeiros'.

Profa Msd. Nívea Mabel de Medeiros  
Siape 2277303



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

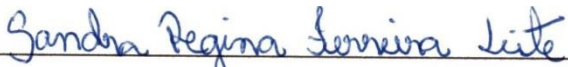
**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**  
**(Pesquisador Participante)**

Eu, **Sandra Regina Ferreira Leite** discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Nívea Mabel de Medeiros**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais”**.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras — PB, 13 de agosto de 2017

  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Participante

**Sandra Regina Ferreira Leite**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP**  
**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

A Sra. está sendo convidada como voluntária, à participar da pesquisa intitulada **“MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais”**, de responsabilidade dos pesquisadores do CFP/UFCG Sandra Regina Ferreira Leite discente do curso de graduação em enfermagem, sob orientação da docente mestranda Nívea Mabel de Medeiros.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** A pesquisa se justifica por propor uma abordagem interdisciplinar de grande relevância com o intuito de contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre esse problema e sua divulgação, visto que o reconhecimento da violência contra a mulher como um problema multifatorial, complexo, de grande magnitude, exige a produção de pesquisas e estatísticas, que fundamentem políticas, estratégias, programas e ações eficazes com atendimento à mulher de maneira integral. A fim de prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência. Partindo desse pressuposto, percebe-se a importância de aprofundar sobre a predisposição das mulheres violentadas para os transtornos mentais, pois, tal realidade interfere na qualidade biopsicossocial da mulher. Sendo assim o presente estudo tem por objetivo geral investigar a predisposição para os transtornos mentais em mulheres violentadas. Especificando: traçar o perfil sócio-demográfico das mulheres violentadas, distinguir o agressor e os tipos de violências ocorridas, apresentar as queixas mais evidentes das mulheres entrevistadas e caracterizar os tipos de transtornos mentais em mulheres violentadas. Caso decida aceitar o convite, você será submetida ao(s) seguinte(s) procedimentos: será utilizado formulário semiestruturado, composto por perguntas objetivas acerca do perfil sociodemográfico dos sujeitos pesquisados, qual o

parentesco com o agressor, tipo de violência sofrida, e subjetivas que abordam questões relacionadas aos objetivos propostos pelo estudo.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** A pesquisa respeitará os princípios e critérios éticos, dispostos na Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, levando em consideração a responsabilidade, respeito, e o compromisso em obedecer os preceitos desta Lei, sendo assim todas as informações serão sigilosas e seu nome não será identificado. Por tratar de um estudo que usa na sua metodologia a entrevista, a pesquisa não envolve a realização de procedimentos invasivos, sendo assim apresenta riscos mínimos tendo em vista que há a possibilidade do entrevistado sentir-se constrangido, caso isso ocorra e o participante não quiser mais responder, o pesquisador irá sugerir a suspensão da entrevista, deixando-a a vontade para decidir a continuidade da coleta. Para evitar ansiedade e constrangimento buscaremos preparar a entrevista de acordo com os objetivos da pesquisa, visando não denegrir a integridade física e psicológica do indivíduo, respeitando assim os princípios da pesquisa com seres humanos. Quanto aos benefícios, podemos relatar que a pesquisa trará para a Sra, a comunidade e sociedade em geral, a importância de trabalhar acerca da saúde mental das mulheres violentadas, visando a identificação dos riscos e facilitando o diagnóstico precoce e tratamento do sofrimento mental no público alvo.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Sua participação nessa pesquisa não necessariamente implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, levando em consideração que o método de coleta de dados nessa entrevista não acarretará danos maiores a sua saúde.

#### **GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E**

**GARANTIA DE SIGILO:** A Sra. será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A Sra. é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento

informado, assinada pela Sra. na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade da pesquisadora responsável e outra será fornecida a Sra.

### **DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO(A) RESPONSÁVEL PELO**

**PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_  
fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. As pesquisadoras certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação particular, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Estou ciente que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores responsáveis, através dos endereços eletrônico **sandraregina.jhs@hotmail.com** e **niveamabel@hotmail.com** ou pelos telefones **(83) 9 96605839** ou **(83) 9 96037108**. Fui informado(a) também que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58.900-000 ou pelo telefone **(83) 3532-2000**

Cajazeiras-PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Assinatura do  
participante ou  
dactiloscópica**

**Assinatura do  
Pesquisador responsável**

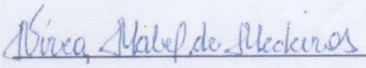

**ANEXOS**

## ANEXO A - FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: NIVEA MABEL DE MEDEIROS			
6. CPF: 008.803.074-12	7. Endereço (Rua, n.º): MAJOR INACIO MACHADO CENTRO CASA SANTA LUZIA PARAIBA 58600000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (83) 3461-2761	10. Outro Telefone:	11. Email: niveamabel@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>03 / 11 / 17</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande	13. CNPJ: 05.055.128/0003-38	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	
15. Telefone: (83) 3532-2000	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Antônio Fernandes Filho</u> Diretor CEF/UFCCG RIAPE N° 1514508		CPF: <u>98104898900</u>	
Cargo/Função: _____		 Assinatura	
Data: <u>05 / 11 / 2017</u>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			



## ANEXO B - OFÍCIO DA COORDENAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM

OFÍCIO No. 47/2017-CCGE/UAENF/CFP/UFCG

Cajazeiras, 18 de setembro de 2017.

**DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem/CFP/UFCG**  
Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

**À: Diretora do Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM)**  
Sra. Francisca Francilma Mendes Pereira

Sra. Diretora

Ao tempo em que cumprimento V. senhoria, solicito permissão para a aluna Sandra Regina Ferreira Leite, do nono período do Curso de Graduação em Enfermagem, realizar pesquisa visando à elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: MULHER VIOLENTADA: UM FATOR PREDISPONENTE PARA OS TRANSTORNOS MENTAIS, sob a orientação da professora Esp. Nívea Mabel de Medeiros.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

Coordenador do Curso de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG  
SIAPE nº 2055571

Coordenação de Enfermagem CFP/UFCG

Recebido em: 19/09/2017

Assinatura:

Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escolar/Programa Saúde na Escola

**Prof. Dr. Eder Almeida Freire**  
Coord. Adm. da UAENF/CFP/UFCG  
Mat. SIAPE: 1465239-9  
Cajazeiras-PB

## ANEXO C - TERMO DE ANUÊNCIA



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: **“Mulher violentada: Um fator predisponente para os transtornos mentais”**, a ser desenvolvida pela aluna **Sandra Regina Ferreira Leite**, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob orientação da Professora Esp. Nívea Mabel de Medeiros está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

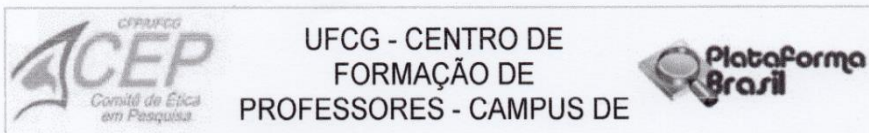
Sem mais,

Cajazeiras - PB, 19 de setembro de 2017.

  
**Renata Emanuela de Queiroz Rêgo**  
**Departamento de Educação em Saúde**

Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTÂNCIAL DE APROVAÇÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais

**Pesquisador:** NIVEA MABEL DE MEDEIROS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79776817.8.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.434.836

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais, 79776817.8.0000.5575 e sob responsabilidade de NIVEA MABEL DE MEDEIROS trata de um estudo de pesquisa de campo, com características exploratórias e abordagem quali-quantitativa, a ser desenvolvida no município de Cajazeiras, Paraíba, a fim de analisar a predisposição que as mulheres apresentam para os transtornos mentais após serem violentadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

O projeto MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais tem por objetivo principal avaliar a predisposição para os transtornos mentais em mulheres violentadas

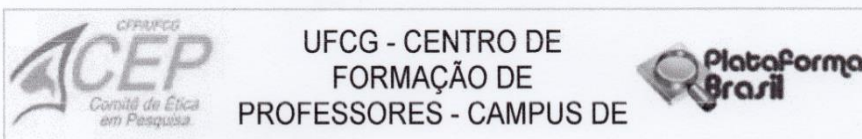
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais é importante por contribuir para identificar a predisposição das mulheres para os transtornos mentais após caso de violência que são atendidas no Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), resultando em intensificação das buscas dos casos de violência e acompanhamento integral a essas mulheres, e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

**Endereço:** Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
**Bairro:** Casas Populares **CEP:** 58.900-000  
**UF:** PB **Município:** CAJAZEIRAS  
**Telefone:** (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.434.836

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa NIVEA MABEL DE MEDEIROS redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

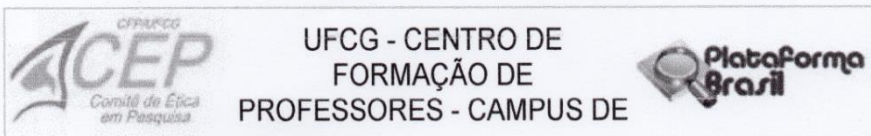
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto MULHER VIOLENTADA: um fator predisponente para os transtornos mentais, número 79776817.8.0000.5575 e sob responsabilidade de NIVEA MABEL DE MEDEIROS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1026083.pdf	09/11/2017 13:54:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termparticipante.pdf	09/11/2017 13:53:57	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termopesquisador.pdf	08/11/2017 22:24:28	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/11/2017 23:40:01	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/11/2017 19:06:53	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	03/11/2017 19:03:11	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	03/11/2017 19:02:05	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/11/2017 19:01:20	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio.pdf	03/11/2017 19:00:04	NIVEA MABEL DE MEDEIROS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/11/2017	NIVEA MABEL DE	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.434.836

Cronograma	Cronograma.pdf	18:59:34	MEDEIROS	Aceito
------------	----------------	----------	----------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br