



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA

**PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA DE CAJAZEIRAS – PB**

CAJAZEIRAS – PB

2014

JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA

**PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA DE CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Mestra Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

P436p Pereira, Jessika Lopes Figueiredo
Perfil da violência contra mulheres atendidas em um centro de
referência de Cajazeiras - PB. / Jessika Lopes Figueiredo Pereira.
Cajazeiras, 2014.
55f. : il.
Bibliografia.

Orientador(a): Cecília Danielle Bezerra Oliveira.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Saúde da mulher. 2. Violência contra mulher. 3. Mulheres
maltratadas. I. Oliveira, Cecília Danielle Bezerra. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –613.99(813.3)

JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA

**PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA DE CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Mestra Cecília Danielle Bezerra Oliveira.

Aprovada em 10 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ma. Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Orientadora

Prof^a Dra. Anúbes Pereira de Castro

Membro da Banca Examinadora

Prof^a Ma. Mércia de França Nóbrega

Membro da Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia aos meus pais, Eliezer e Francisca, ao meu irmão Luís Henrique e ao meu noivo Del. Saibam que a vitória não é apenas minha, é nossa, e que tudo são por vocês e para vocês. Dedico também a todas as mulheres vítimas de violência, que mesmo de uma forma indireta, me ajudaram a realizar este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois é o alicerce da minha vida, e o guia dos meus dias, foi Ele quem me encheu de força durante essa caminhada e de coragem para enfrentar todos os momentos da minha vida.

A meus pais, Eliezer e Francisca, pessoas que sem as quais não conseguiria viver. Quantos momentos compartilhados, vivências, muitas alegrias juntos, e também momentos de tristeza, mas que nos fortalece cada vez mais e nos faz perceber que juntos, somos mais fortes e completos. Agradeço por tudo que já fizeram por mim durante toda minha vida, e nada mais natural que retribuir todo o amor que recebo. E retribuo da melhor forma, em busca de um futuro melhor não só para mim, mas para nós, pois me enche de orgulho a felicidade que estão sentindo nesse momento.

A meu irmão, Luis Henrique, que apesar da pouca idade, já fez tanto por mim, e que sou eternamente agradecida por tudo. Sua presença em minha vida torna tudo mais feliz. Lembro-me bem do tanto que rezou e pediu a Deus para que eu realizasse meu sonho de conseguir entrar na universidade e me realizar profissionalmente, só em lembrar me faz recordar com risos e emoções. Quero que saiba que você é o meu maior orgulho.

A meu avô Adé, quem eu amo demais, e quem nunca sairá dos meus pensamentos, infelizmente não está no mesmo plano que eu, mas em um lugar muito melhor e sei que estará sempre olhando por mim. Essa vitória também é sua, anjo da minha vida.

A meu noivo Del, por ser essa pessoa tão especial, poucos são assim como você. Obrigada por tudo, desde o momento que entrou na minha história, pois reconheço que sou muito melhor por causa de ti. Agradeço pelo apoio, pela ajuda, pelos momentos que vivemos e por me amar tanto. Você é uma das melhores coisas que aconteceu na minha vida.

A toda minha família, por acreditarem nos meus sonhos e me encorajarem a realizá-los, principalmente a minha vó Ivonete e minha tia Socorro, pois representam exemplos de vida a seguir. Amo-as de todo o meu coração, não tenho nem como agradecer tudo que já fizeram e fazem por mim, espero retribuir sempre.

A todos os meus amigos, que caminharam juntos comigo durante toda essa jornada, dividindo alegrias, tristezas, conquistas. Saibam que a turma Enfermagem 2010.1 sempre estará presente nas minhas lembranças. Mas quero agradecer principalmente as pessoas mais do que especiais em minha vida, Thaiany, Yuri, Layanne, Kamilla, Stephany, Erveny e Iara, pois representam mais do que amigos, são verdadeiros irmãos que a vida me proporcionou, muito do que vivi durante esses anos jamais será substituído, estará sempre presente em nós.

Agradeço por tudo, e por toda a amizade que nos fez nos tornar cada vez mais fortes, e caminharmos sempre juntos durante todo esse tempo.

A Sarah, minha amiga-irmã, minha confidente, pessoa que sabe o que estou sentindo mesmo que eu não tenha falado nada. Para você, todo o meu agradecimento, obrigada por todos os momentos que vivenciamos, o que não são poucos, já que sempre estivemos juntas nessa caminhada. Ao escrever isso, já me veja rindo, pois foram tantas alegrias, momentos engraçados, que daria um livro. Obrigada também por toda ajuda nos momentos difíceis, por todos os conselhos. Saiba que estarei com você sempre, mesmo que a distância nos separar.

A minha querida orientadora Cecília, por me acolher sem ao menos me conhecer, e me conquistou de cara pelo tamanho de sua simpatia e vontade de ajudar. Obrigada por todo apoio, ensinamentos, saiba que tem meu enorme carinho e que sou sua fã. Parabéns pela professora e pessoa que és.

A prof. Marcelo e prof. Fabiana pela atenção e compreensão nos momentos que precisei. Obrigada por toda a ajuda que fez com que eu enriquecesse ainda mais meu trabalho.

A todos que fazem a UFCG, campus Cajazeiras, com quem tive a oportunidade de conhecer, trabalhar. A todos os professores, que incansavelmente se dedicaram a nos agraciar com seus conhecimentos e lições de vida. Agradecer em especial também a Seu Antônio por todas as alegrias proporcionadas a todos, e pelo jeito especial de ser e nos receber quando chegávamos para assistir aula, ou quando precisávamos de sua ajuda.

E finalmente agradecer a todos que fazem o Centro de Referência de Atendimento à Mulher, por toda receptividade ofertada, pelo acolhimento, ajuda e confiança depositada em mim, o que tornou possível o desenvolvimento da pesquisa. Que Deus continue abençoando a cada um, saibam que muitas mulheres vítimas de violência devem ser eternamente gratas a vocês.

A todos o meu carinho e muito obrigada!

“Ir mais além, vencer um desafio, procurar a superação, escapar por um fio, e tornar-se campeão. Superar-se em cada gesto, conquistar o infinito, ir mais além do que o certo, ultrapassar o mais bonito. Ir além da superação, e conquistar o impossível, ir além da imaginação para vencer o invencível.”

(Rômulo Raulino)

PEREIRA, J. L. F. **Perfil da violência contra mulheres atendidas em um Centro de Referência de Cajazeiras, Pb.** 2014. 55 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras.

RESUMO

A violência contra a mulher consiste em um problema de ordem social e de saúde, corresponde a uma das principais formas de violação de seus direitos humanos. É um agravo que sempre esteve presente na sociedade e se desenvolve independente das características das mulheres, sendo estas sujeitas à ocorrência da violência em qualquer fase de sua vida, caracterizando-se assim, como um problema de difícil enfrentamento e denúncia. Neste sentido, o estudo foi desenvolvido com a finalidade de compreender o perfil da violência praticada contra mulheres atendidas em um Centro de Referência de Cajazeiras – PB durante os anos de 2010 a 2013. Trata-se de uma pesquisa documental, exploratória e retrospectiva com abordagem quantitativa. Foram analisadas 157 fichas de atendimento, onde o perfil encontrado foi de vítimas em idade reprodutiva, com ensino fundamental incompleto, brancas, casadas, domésticas e com filhos. A maioria não possui deficiência e nem outros transtornos. Em relação à violência sofrida o companheiro foi o agressor mais relatado, sendo a residência o principal local de ocorrência da violência psicológica seguida da física e moral. Portanto, o estudo possibilita a articulação de estratégias e meios que auxiliem no atendimento prestado a essas mulheres pelos profissionais envolvidos, como também influencia o desenvolvimento de novas pesquisas, a fim de tornar possível a mudança da realidade encontrada.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Saúde da Mulher; Mulheres Maltratadas.

PEREIRA, J. L. F. **Profile violence against women attending a reference center Cajazeiras, Pb.** 2014. 55 p. Completion of course work (Undergraduate Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras.

ABSTRACT

Violence against women is a problem from social and health order, represents the main form of their human rights violation. It is a grievance that has always been present in society and It develops separated from the women characteristics, which are subject to a violence act in any stage of their life, characterizing as a difficult problem of confrontation and complaint. In that sense, the study was developed to understand the violence profile used against women attended in a Reference Center from Cajazeiras - PB from 2010 to 2013. It is a documental, retrospective and exploratory research with a quantitative approaching. 157 forms were analyzed, which was founded a profile in victims at reproductive age, with elementary school incomplete, white, married, household and with children. Most of them don't have disabilities and other disorders. In relation to the violence suffered their companion was the most aggressor reported, the residence was the main place of moral, physical, psychological and violence occurrence. Therefore, the study enables the strategies articulation and resources to assist in the service provided to these women by professionals involved, and also influences in the development of new researches intending to make possible the changing of the current reality.

Keywords: Violence against women; Women's Health; Abused Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas de mulheres vítimas de violência.....	32
Tabela 2 – Distribuição dos dados de saúde de mulheres vítimas de violência.....	36
Tabela 3 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a situação conjugal e o tipo de agressor.....	38
Tabela 4 – Distribuição do local de ocorrência da violência de acordo com os anos de atendimento.....	39
Tabela 5 – Distribuição dos tipos de violência de acordo com os anos de atendimento.....	40
Tabela 6 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a situação conjugal e o motivo para conviver com a agressão.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CRAM – Centro de Referência de Atendimento à Mulher

DEAMs – Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher

DPU – Defensoria Pública da União

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IML – Instituto Médico Legal

SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SSP – Secretaria de Estado de Segurança Pública

SEPPM – Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos.....	14
1.1.1	Objetivo Geral	14
1.1.2	Objetivos específicos.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	O fenômeno da violência contra a mulher	15
2.2	A violência feminina em seu contexto histórico	16
2.3	A violência contra a mulher e suas faces	18
2.4	Rede de enfrentamento e proteção à mulher vítima de violência	22
2.5	Atendimento e atuação do enfermeiro frente à violência	24
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Tipo de estudo	27
3.2	Local da pesquisa.....	27
3.3	População e amostra.....	28
3.4	Instrumento para coleta de dados.....	29
3.5	Procedimentos para coleta de dados.....	29
3.6	Análise dos dados.....	29
3.7	Procedimento Ético da Pesquisa	30
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	52
	APÊNDICE B – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	53
	APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	54
	APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	55

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um fenômeno que se faz presente ao longo da história da humanidade, ocorre de acordo com os contextos sociais, econômicos e culturais presentes na sociedade. Apesar disso, só teve visibilidade como um problema de fato, recentemente, com o surgimento dos movimentos feministas e o reconhecimento dos direitos das mulheres na década de 1960 (RANGEL; OLIVEIRA, 2010).

Ressalta-se, que essa violência acomete suas vítimas independente de raça, idade, classe social, cultura ou nível de instrução (MARQUES; PACHECO, 2009). Consiste também em um acontecimento indelével que caminha na contramão da história em relação às conquistas das mulheres nas mais diversas áreas de atuação, inclusive em áreas antes dominadas pelos homens (CARVALHO *et al.*, 2012).

Esse agravo baseia-se em uma das principais formas de violação de seus direitos humanos, no qual os mais diversos problemas que surgem afetam sua vida como um todo. Vale ressaltar que a agressão pode vir de quem menos se espera, os agressores podem ser o cônjuge ou familiares, pois na maioria das vezes essa situação ocorre no ambiente doméstico, algo diferenciado se comparada à violência praticada contra os homens, que geralmente acontece em espaços públicos. A violência contra a mulher apresenta-se de diferentes formas como: psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, entre outras (BRASIL, 2011a). Segundo Lucena *et al.* (2012), várias são as consequências dessa brutalidade que repercutem em agravos de ordem biológica, psicológica, moral e social, acarretando na dificuldade de viver e de adquirir novas experiências de vida.

Diante do crescente número de mulheres expostas a esse mal, foram surgindo movimentos e reivindicações que buscam a erradicação desse abuso. Sendo assim, com a evolução desse cenário, desenvolveram-se políticas públicas e serviços especializados para atender às mulheres vitimadas e dar um maior enfoque e visibilidade ao problema, possuindo como uns dos principais objetivos a oferta de apoio e resolução da situação. Dentre esses serviços estão, as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Casas Abrigo e Centros de Referências multiprofissionais (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008). Neste mesmo íterim, surgiu também com o intuito de oferecer proteção e respaldo legal, em 07 de agosto de 2006, a Lei 11.340/06, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que se baseia na criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006a).

Contudo, para que as mesmas possam se sentir realmente seguras e livres de seus agressores, a intervenção estatal precisa acontecer colocando em prática a efetivação das leis, além de garantir que as políticas públicas de atendimento sejam desenvolvidas (LEITE, 2013).

Esse tipo de violência é monitorado no Brasil no setor saúde através dos sistemas de informação, que apenas revelam em parte os casos de violência, ou seja, subestimando a importância que necessita ser dada aos outros casos, isso acontece pelo fato de nem todas as agressões gerarem intervenções médicas e tampouco todas as situações que necessitam desse cuidado serem atendidas, o que seria necessário o conhecimento para compreender a verdadeira realidade e planejar ações que tornem possível o enfrentamento do problema. Portanto, a magnitude da agressão contra a mulher no Brasil ainda não pode ser bem dimensionada, pois poucas são as pesquisas no país de bases populacionais, sendo que os estudos desenvolvidos em sua grande parte são realizados de maneira isolada nos Serviços de Saúde e na Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), abordando o contexto da violência apenas com as usuárias dos serviços de atendimento, tornando-se impossível a generalização dos resultados para as mulheres da população em geral (OKABE; FONSECA, 2009).

Logo, como novos casos surgem cotidianamente e de forma persistente, percebe-se que cada vez mais precisam ser desenvolvidos estudos sobre o tema para que seja possível o entendimento de como esse cenário interfere no processo de viver, adoecer e morrer das mulheres vitimadas (LUCENA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o enfermeiro como coparticipante desse processo representa um profissional de grande importância na assistência à mulher, podendo realizar intervenções indispensáveis para melhorar suas condições, além de que o contato e atendimento prestado às mesmas possibilita o conhecimento de como determinada circunstância pode sinalizar um caso de violência, e a partir de então ter a confiança de agir de forma a tentar melhorar a situação da vítima (RICCI, 2008).

Assim, diante de toda a problemática exposta, este estudo buscou compreender o perfil da violência contra a mulher no município de Cajazeiras. A questão que fundamentou esta pesquisa foi: Como se dá a caracterização do perfil da violência praticada contra as mulheres atendidas em um Centro de Referência de Cajazeiras – PB?

Deste modo, devido a grande repercussão dos casos de violência no país ser algo que torna-se cada vez mais comum na sociedade e todos estarem de alguma forma sujeitos a esse tipo de situação, surgiu o interesse de investigar o que vem a ser esse tipo de violência, quais

suas características, seus dados mais prevalentes e poder proporcionar aos interessados no assunto, o conhecimento da realidade que se tem.

Aos poucos a violência contra a mulher recebe a devida importância que necessita, em muitas regiões do Brasil está se caracterizando o perfil desse agravo. Mas, para que as ações a serem desenvolvidas sejam eficientes e efetivas, é necessário conhecê-lo, e assim fornecer aos profissionais dos serviços de atendimento, meios que poderão melhorar o acolhimento às vítimas e possibilitar o desenvolvimento de ações de combate, tornando-se ainda mais específicas e voltadas às necessidades das mulheres dessa região.

Esse tipo de agravo quando detectado necessita de notificação, para que sejam desenvolvidas atitudes a fim de contribuir para a melhora do problema. Deste modo, de acordo com Moraes Vicente e Vieira (2009), a maioria dos profissionais de saúde não realiza a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres nos serviços de saúde por se sentirem limitados para reconhecer e lidar com esse tipo de situação e referem não terem sido capacitados durante a graduação acerca dessa temática. Portanto, a pesquisa contribui na ampliação do conhecimento dos profissionais e estudantes, principalmente os de enfermagem quanto ao reconhecimento, acolhimento, prevenção e intervenção frente a essa violência, podendo de tal modo refletir na melhoria da realidade encontrada no Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, PB.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil da violência praticada contra as mulheres atendidas em um Centro de Referência na cidade de Cajazeiras, Paraíba.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o número de mulheres atendidas pelo CRAM no período de 2010 a 2013;
- Analisar os dados sócio-demográficos e de saúde das vítimas de violência;
- Apontar as características da violência sofrida pelas mulheres.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O fenômeno da violência contra a mulher

A violência sempre foi algo presente em todo o mundo, fato este que ocorre de diversas maneiras, diferenciando-se apenas conforme a cultura de cada local na qual está inserida (RIBEIRO; COUTINHO, 2011). Consiste em qualquer ação que venha a causar danos físicos, psicológicos e morais contra uma pessoa ou coletividade. Portanto, caracteriza-se como uma questão de saúde pública, podendo desencadear consequências graves, desde uma lesão corporal até a morte, sendo necessária a intervenção do setor saúde a fim de tratar ou prevenir esses agravos (SOUZA JANUÁRIO *et al.*, 2010). No obituário feminino, apesar das causas externas não serem as principais causas de morte, as consequências geradas pela violência contra as mulheres são bastante graves e representam uma demanda considerável para esse setor devido ao quadro complexo que se manifesta além de conceber custos significativos (OKABE; FONSECA, 2009).

Esse tipo de violência possui diversas denominações, na metade do século XX teve como designação violência intrafamiliar, e com o passar dos anos foi referida como violência contra a mulher. Ainda nos anos 80 designou-se como violência doméstica, e então na década de 90, foi denominada como violência de gênero (BRASIL, 2011b).

Entende-se por esse agravo qualquer conduta ou ação fundamentada no gênero que chegue a causar morte, ou algum tipo de sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto no âmbito público como no privado (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994). A violência de gênero tomou proporções crescentes, devido a seu reconhecimento como um problema de saúde pública e tornou-se algo que vem sendo debatida pelas diversas áreas do conhecimento, como a Sociologia, Psicologia, Antropologia, Ciências da Saúde, entre outras (SOARES *et al.*, 2013).

Segundo Gomes (2012), o abuso que se desenvolve contra a mulher vem adquirindo ao longo do tempo uma perspectiva ameaçadora e sombria, onde se percebe que isso proporciona e facilita a ocorrência de condutas violentas. Leôncio *et al.* (2008), descreve que essa situação consiste em um problema de grande complexidade de ordem social, político, cultural, conjugal e emocional que influencia no processo saúde/doença podendo causar nas vítimas condições de sofrimento, adoecimento e morte. Constituindo-se um grave problema

que não afeta apenas a pessoa violentada, mas toda a sociedade, porém não é frequentemente reconhecido ou relatado (RICCI, 2008).

De acordo com Acosta, Gomes e Barlem (2013), várias pesquisas sobre o tema expõem a magnitude desse problema, revelando que mulheres com idade entre 15 e 44 anos possuem um maior risco de sofrerem estupro e serem vítimas de violência doméstica do que sofrerem acidentes, contraírem algumas doenças, como câncer, malária, ou ainda serem vitimadas na guerra. A proporção dessas mulheres aumenta cada vez mais, sendo o parceiro íntimo seu principal agressor (COSTA *et al.*, 2011). O que se torna bastante preocupante, pois é perceptível a dimensão que a violência contra a mulher está exercendo nos lares brasileiros (OLIVEIRA, 2012).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema do Ministério da Saúde, que é alimentado com dados, principalmente acerca da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que estão presentes na lista nacional de doenças de notificação compulsória, como por exemplo, a violência (BRASIL, 2004). Portanto, de acordo com Waiselfisz (2012) no SINAN foram registrados no ano de 2011, 70.270 atendimentos às mulheres decorrentes de violência doméstica, sexual e outras violências, no qual 70,8% aconteceram em suas residências, confirmando assim, o lugar onde mais se gera a violência contra as mulheres.

Conforme o exposto, é um fenômeno complexo e que está enraizado na desigualdade de gênero, acometendo a vida de quem a vivencia, logo, torna-se necessária a articulação dos serviços em rede com o intuito de estabelecer e viabilizar o processo de enfrentamento do problema (GOMES *et al.*, 2012).

Vieira *et al.* (2011), relata que ao se buscar sobre esse assunto que aflige tanto a sociedade acaba por entrar em um mundo que até então só dizia respeito ao homem e a mulher ou em outros casos as pessoas envolvidas, mas que agora é possível desvelar esse mundo e ter conhecimento do que essas vítimas vivenciam.

2.2 A violência feminina em seu contexto histórico

Carvalho *et al.* (2012) expõe que no Brasil, a violência contra a mulher merece destaque a partir da época do colonialismo, com a escravidão, onde as mulheres eram propriedades dos senhores dos engenhos, e por eles eram espancadas e violentadas. Consequente as mulheres continuavam a serem marginalizadas e tinham como obrigação

viverem às ordens do marido, sofrendo com as desigualdades e violências. Portanto, segundo esses costumes elas são retratadas como aquelas que têm por obrigação dedicar-se ao homem, tornando-se muitas vezes submissas a eles, sendo suas principais tarefas desempenhadas servir aos filhos, ao marido e cuidar do lar, ficando desprovida de qualquer desejo, dando margem ao surgimento da violência (SANTOS *et al.*, 2014).

A violência contra a mulher manifesta-se de diferentes formas, esse contexto faz parte da história da humanidade e ela varia de acordo com as situações (RANGEL; OLIVEIRA, 2010). Segundo Albuquerque *et al.* (2013), esse tipo de violência é designado como um problema social da civilização, onde sua origem se dá através das relações que se estabelecem a partir da origem da família patriarcal, envolvendo gênero, educação e sociedade.

No Brasil, as denúncias contra esse tipo de agravo começaram realmente a existir na segunda metade do século XX, onde ganhou destaque após ser denunciada pelo Movimento Feminista, o qual se configurou como importante impulsionador de lutas e discussões acerca do enfrentamento do problema (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Com o decorrer do tempo elas partiram em busca da independência, com o intuito de conquistar seu espaço e isso possibilitou mudanças em sua vida, mas, em contrapartida apesar das conquistas alcançadas, ainda assim continuam protagonistas da triste realidade, que é a violência, cenário que ocorre até os dias atuais (SANTOS; MORÉ, 2011).

Dessa forma, durante o percurso da história, a mulher e suas atribuições são restritas, tendo muitas vezes como barreira o preconceito. Diferente do homem, que sempre foi visto como superior em relação à mesma podendo executar muitas tarefas e funções (PELEGRINI; MARTINS, 2010).

Para Silva (2012), ser mulher nesse tipo de sociedade, é necessária uma luta diária, na tentativa de cada vez mais conquistar o que se almeja. Contudo, ao olhar para a sociedade minuciosamente é perceptível reconhecer que os papéis estabelecidos como atividades próprias dos sexos já foram designadas pelos próprios sujeitos, onde ao reproduzir mesmo inconscientemente ações e valores, as pessoas permanecem mantendo as condutas que o modelo patriarcal impõe (OLIVEIRA, 2012).

No Brasil, as denúncias contra esse tipo de agravo começaram realmente a existir na segunda metade do século XX, onde ganhou destaque após ser denunciada pelo Movimento Feminista, o qual se configurou como importante impulsionador de lutas e discussões acerca do enfrentamento do problema (VIEIRA; PADOIN; LANDERDAHL, 2009).

Moraes e Ribeiro (2012) retratam que desde o período dos anos 80 esse movimento foi ganhando força e estabelecendo o protagonismo, gerando mudanças que teve como uma das

consequências, a repercussão significativa nas lutas contra essa violência. Os movimentos feministas conseguiram atingir as esferas governamentais, as legislações, as formas de representação de governos e a sociedade civil. Com isso, a partir da adesão de governos a esse movimento, criaram-se conselhos, assessorias e coordenadorias tanto em níveis locais quanto em nível nacional, e aos poucos a situação da mulher vítima de violência começa a assumir novos rumos.

2.3 A violência contra a mulher e suas faces

A violência exercida contra as mulheres geralmente apresenta-se de diversas maneiras, podem ocorrer nas várias fases da vida, sendo marcada pelo silêncio e pela dor na maioria dos casos. Consiste em algo bastante amplo e inclui vários tipos de violência como, a doméstica (que abrange a violência psicológica, sexual, física, moral e patrimonial), o abuso, a exploração sexual de mulheres, o assédio moral, o tráfico de mulheres e a violência institucional (BRASIL, 2011a).

Segundo Carvalho *et al.* (2012), essa violência configura-se em qualquer forma de ação ou conduta que fira a mesma de alguma forma, como um constrangimento, sofrimento físico ou mental e morte. Esse tipo de violência diferencia-se de acordo com o grau de atrocidade, rigorosidade, e consiste em algo que não ocorre isoladamente. Existem vários tipos de atos violentos que o agressor pratica contra a vítima, e esses atos afetam essas mulheres tanto fisicamente como emocionalmente, trazendo consequências, tanto para si como para os que estão em seu convívio, como por exemplo, os filhos.

Para Oliveira (2012), a violência contra a mulher constitui um dos principais problemas presente na sociedade e que afetam os direitos humanos, sendo necessária uma maior atenção. É algo bastante corriqueiro, tolerado e não relatado pela vítima, já que a mesma procura esconder de todas as pessoas de seu convívio essa situação, devido seu desejo de manter sua família. Com isso, o assunto foi se inserindo no âmbito acadêmico e provocando uma grande mobilização social. Conforme Costa *et al.* (2011), é divulgado diariamente nos meios de comunicação a ocorrência de casos de diversos tipos, e constata-se que cada vez mais as mulheres integram os números de vítimas de violência doméstica, com a figura do cônjuge como principal agressor.

A violência física consiste na conduta que afronte de alguma maneira a integridade física ou saúde corporal do indivíduo (BRASIL, 2006a). Apresenta como os principais atos relatados tapas, socos, empurrões, opressão, como também o uso de armas brancas e de fogo

(SANTOS *et al.*, 2014). Assim, consiste em ações ou situações que afetem de alguma maneira a integridade ou saúde corporal da mulher (BRASIL, 2011a).

A violência psicológica se baseia em qualquer conduta que cause dano mental ou emocional, que seja capaz de diminuir a autoestima da vítima ou que acarrete em atraso ou perturbação no desenvolvimento da sua vida (BRASIL, 2006a). É um tipo de violência que mesmo quando denunciada, é preciso que haja testemunhas para comprová-la, já que não deixa marcas corporais. Então chega a ser mais um obstáculo para o enfrentamento do problema, constituindo-se em maus-tratos bastante comuns (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011).

A violência sexual, compreende qualquer ação que leve a pessoa ao constrangimento de presenciar, manter ou participar de uma relação sexual que não seja do seu interesse, praticando sob ameaça, intimidação ou atos violentos (BRASIL, 2006a). Esse tipo de violência quando acontece entre marido e mulher, se torna de difícil reconhecimento, já que vários fatores contribuem para isso, sendo complexa a delimitação do problema nos casos em que a cultura de determinados lugares considerem como dever da esposa aceitar esses atos. Geralmente o agressor faz questão de demonstrar sua força e coragem à vítima, instigando cada vez mais a violência (SOLA *et al.*, 2013). Portanto, a violência sexual mesmo exercida por um familiar é considerada crime (LABROCINI; FEGADOLI; CORREA, 2010).

Algumas das vítimas de abuso sexual, no caso o estupro, buscam o apoio, atendimento e tratamento nas emergências dos hospitais, mas as mesmas geralmente desistem de esperar devido à demora nas salas de espera, além do despreparo da equipe de saúde quanto ao enfrentamento de tais situações. Com isso, essas mulheres não recebem o tratamento necessário e nem há a possibilidade da coleta do material necessário para identificar e condenar os agressores, sendo esse um dos pontos negativos, que estimulam ainda mais as mulheres não denunciarem a situação vivida (RICCI, 2008).

A violência patrimonial são condutas que se baseia em extração, destruição, diminuição parcial ou total de objetos que a vítima possui, sejam eles desde documentos pessoais até bens ou recursos de valores altos. E a violência moral consiste na conduta de realizar calúnia, difamação ou injúria contra a vítima (BRASIL, 2006a).

De acordo com a pesquisa realizada sobre os diversos tipos de violência sofridas pelas mulheres informadas no SINAN em 2011, a violência física representava 44,2% dos casos, com destaque a partir dos 15 anos de idade, a psicológica e a moral estavam acima de 20%, enquanto a violência sexual correspondia a 12,2%, com destaque na faixa etária de 1 a 14 anos (WAISELFISZ, 2012).

A exploração sexual de mulheres consiste para a Secretaria de Políticas para as Mulheres uma forma de violação pelo qual um indivíduo se aproveita da sexualidade da vítima, através de uma relação desigual de poder, onde muitas vezes se faz uso da repressão física, psicológica e do engano. O assédio moral é toda e qualquer forma de conduta abusiva, como por exemplo, ações, gestos, palavras, escritos, comportamento, que é realizado de forma intencional e frequente e que fira a dignidade e a integridade física de uma pessoa, que chegue a ameaçar seu emprego ou degrade o clima de trabalho (BRASIL, 2011a).

O tráfico de pessoas corresponde à exploração, por meio de engano ou coerção (BRASIL, 2011a). Deste modo, o tráfico de mulheres para fins de exploração e comércio sexual consiste em algo que está estritamente ligado a prostituição e corresponde uma das formas mais explícitas de escravidão, e apesar de existir a muito tempo, ainda é um problema que cresce cada vez mais, e com isso vem tomando uma grande dimensão (CARVALHO, 2011).

A violência institucional é aquela resultante das discriminações e desigualdades que predominam em uma determinada sociedade, esse tipo de violência pode se desenvolver em diferentes setores, como em serviços públicos, na mídia e nas empresas privadas. Nos serviços de saúde, consistem em um exemplo de violência institucional, já que nos serviços muitas mulheres encaram um atendimento marcado pela violência, como, em casos de curetagem sem anestesia, em situações de aborto, preconceitos, falta de privacidade quando atendidas e examinadas, entre outros (SÃO PAULO, 2007). Segundo o Ministério da Saúde (2011a) a violência sofrida pelas mulheres em situação de prisão, também representa um desses casos, pois as mesmas são privadas de seus direitos, principalmente dos sexuais e reprodutivos.

Todas essas formas de violência decorrem de vários fatores, e nesse contexto existe a posição de vítima e agressor, que irá depender do momento, ou seja, de todo o contexto em que a violência ocorre (SANTOS; MOREÍ, 2011). Para Leite (2013), o agressor utiliza de sua força física e de meios, como a pressão psicológica para que a mulher o obedeça, e através do constrangimento, incômodo e falta de liberdade, a vítima torna-se vulnerável, e o agressor a domina, com ameaças ou espancamento. Os parceiros geralmente consistem nos agressores mais comuns, mas também podem ser os familiares, bem como qualquer outra pessoa (SÃO PAULO, 2007).

O agressor pode utilizar todas as suas armadilhas para praticar a violência, estabelecendo o controle da situação. Muitas vítimas aceitam esse tipo de situação e permanecem no relacionamento por acreditarem que aquele abuso é merecido. Para os

companheiros é difícil dividir o poder no espaço, e por isso utilizam da violência para exigir o controle da vítima. Apresentam geralmente comportamento antissocial e grande agressividade, podem-se aproveitar da condição para utilizar meios viciosos, como substâncias psicoativas, e apresentar doenças mentais, problemas de caráter tanto individual como social e comportamentos alterados (RICCI, 2008).

Conforme o autor supracitado, as vítimas geralmente não admitem a violência sofrida e não conseguem reconhecer-se como tal designação. Em outros casos, segundo Moreira, Boris e Venâncio (2011), algumas mulheres têm a consciência da violência que vivenciam, então é perceptível que as mesmas não se sentem vítimas em todos os momentos, e procuram uma forma de sair dessa realidade. Contudo, muitas interpretam essas situações como se fossem culpadas, acreditam que o acontecido ocorreu porque não souberam lidar com a situação, e a maioria das mulheres sempre esperam que seus parceiros consigam se corrigir e mudar.

As mulheres vitimadas geralmente reagem à violência de diversas maneiras, as que são agredidas recorrentemente utilizam de estratégias de enfrentamento que as mesmas desenvolvem, tanto para conseguirem sobreviver à violência que existe no contexto familiar ou para conseguirem superar tal situação (SANTOS; MOREÍ, 2011).

Sendo que diante do cenário em que se encontram, podem surgir diversas consequências para suas vidas como, doenças venéreas, problemas ginecológicos, gravidez indesejada, aborto espontâneo, transtornos mentais, distúrbios alimentares, entre outros (CARVALHO; FERREIRA; SANTOS, 2010).

Portanto, a violência contra a mulher pode afetar desde sua integridade física até a emocional, podendo assim abalar seu nível de segurança, e apresentar como decorrências do agravo sofrido, o comprometimento em seu desenvolvimento e comportamento físico, social, emocional e moral. Desenvolvem-se diversas manifestações que podem ser tanto agudas como crônicas, sintomas psicológicos até o surgimento de condições mais graves, como depressão, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, além de muitas virem a desenvolver comportamentos que irão afetar sua vida de uma forma devastadora, como por exemplo, com o uso de álcool e droga, chegando até mesmo à tentativa de suicídio. Pode ainda, afetar o bem-estar de seus filhos e até mesmo a questão econômica e social (CARVALHO *et al.*, 2012).

2.4 Rede de enfrentamento e proteção à mulher vítima de violência

Os movimentos feministas correspondem a um importante marco na história da violência contra a mulher, e nesse contexto ocuparam um espaço importante na composição do governo federal, onde de propostas e orientações passaram para ações e políticas públicas definidas em que se baseia na melhora do atendimento às mulheres vítimas de violência (PORTO; BUCHER-MALUSCHKE, 2012). Esse movimento desenvolveu um grande papel no que diz respeito às lutas pelo reconhecimento da igualdade entre homens e mulheres. A partir da Constituição de 1988 as mesmas lutaram reivindicando seus direitos, colocando a questão gênero frente às suas lutas (OLIVEIRA; DIAS; BARBOSA, 2012).

Para que fossem reconhecidas as perdas e desvantagens que recaem sobre as mulheres pelas mais diversas condições, como a questão de gênero, condição de pobreza, quando são portadoras de deficiência, por condição de raça e etnia e pelas pressões de exploração econômica, migratória e sexual foi necessário o desenvolvimento de uma forte estratégia de políticas públicas (BRASIL, 2003).

As Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs) consistem em um marco na luta feminista, e a partir dela é materializado o reconhecimento da violência contra as mulheres como um crime (SOUZA; CORTEZ, 2014). A criação dessas delegacias foi a primeira implementação de uma política pública de combate a esse tipo de violência. A primeira DEAMs foi implantada em 1985, na cidade de São Paulo, sua importância cresce a cada dia nesse cenário e ainda serve como modelo para países da América Latina e África. E com a criação das delegacias ampliou-se a discussão política sobre a violência. (BRASIL, 2010).

Durante esse período houve outra conquista como, a criação de coordenadorias da mulher em vários governos municipais e estaduais, na qual levaram a realização de campanhas publicitárias e a ideia da criação da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM) . Ao decorrer do tempo, esse tema foi tomando rumos significativos e as lutas contra a violência foi ganhando mais força, e a partir disso, foram realizados diversos eventos, como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994) e IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (1995), que tinham como princípio tratar sobre a violência sexual, violência de gênero e todas as formas de discriminação (GROSSI; TAVARES; OLIVEIRA, 2008).

Segundo os autores supracitados, vários serviços para ajudar no combate dessa situação foram implantados nos últimos 20 anos, além das DEAMs, têm-se as Casas Abrigo,

os Centros de Referências Multiprofissionais, e como complemento a esse atendimento, os postos de saúde, a Defensoria Pública (DPU), o Instituto Médico Legal (IML), dentre outros, constituem-se como acessos significativos para essa atenção. Dentre outras inovações implantadas estão os serviços de atenção à violência sexual, com o intuito de prevenir e realizar a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando necessário.

As Casas Abrigo correspondem a locais que possui como papel principal ofertar um abrigo seguro, que proteja as mulheres e as atenda integralmente. Consiste em um serviço de caráter confidencial e temporário, no qual as usuárias permanecem por um tempo até conseguirem reestabelecer suas vidas com segurança (BRASIL, 2011c).

Os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) são estruturas que buscam prevenir e enfrentar à violência contra a mulher, com o intuito de interromper os casos de violência, quando do seu conhecimento, e ofertá-las, meios para melhorar sua condição de vida, através de ações globais e de atendimento interdisciplinar, como psicológico, social, jurídico, de orientação e informação. Trata-se de algo de grande importância nesse cenário, já que deve exercer o papel de articuladora dos serviços que integram a rede de atendimento à mulher em situação de violência (BRASIL, 2006b).

Anteriormente, as ações relacionadas ao enfrentamento do problema baseavam-se em condutas isoladas, remetendo-se somente à capacitação dos profissionais da rede de atendimento a essas mulheres. Então, devido a grande problemática que esse tipo de situação causa na sociedade, em 2003, foi criada a SPM, a fim de auxiliar o que já existia e melhorar a condição encontrada, expandindo as ações ao longo do tempo, estando retratada em diversos documentos e leis, a exemplo dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, Política e o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra às Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em situação de Violência, a Lei Maria da Penha, entre outros (BRASIL, 2011a).

Entre as leis estabelecidas para enfrentamento desse agravo está a lei nº 10.778, que foi sancionada em 24 de novembro de 2003 e estabelece que os casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, no território nacional, sejam realizados a notificação compulsória. E, por conseguinte, surge a lei nº 10.886 de junho de 2004 que modifica o artigo 129 do Código Penal, onde cria-se o tipo especial denominado “Violência Doméstica”, tendo como pena de detenção para os agressores de 6 meses a um ano (SOUZA JANUÁRIO *et al.*, 2010).

Os maus tratos contra as mulheres não é algo recente, mas sim um problema que ocorre há muito tempo, e antigamente os mesmos eram vistos e tolerados tanto pela vítima quanto pela sociedade. Dessa forma, com o intuito de proporcionar meios para o enfrentamento de tais situações que afetam grande parte das mulheres no mundo, foi sancionada a Lei 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei “Maria da Penha” (SANTOS *et al.*, 2014). A Lei recebeu esse nome devido a uma homenagem do governo federal brasileiro à Maria da Penha Maia Fernandes, reconhecendo sua coragem. Ela foi vítima de duas tentativas de homicídio praticadas pelo seu ex-marido, e após muito tempo do ocorrido e o agressor continuar sem julgamento, Maria da Penha resolve lutar para a conclusão do processo penal do agressor, obtendo êxito (BRASIL, 2011d). A lei possui como principal objetivo a criação de mecanismos com o intuito de coibir a violência contra mulher, assegurando-as nas condições de seus devidos direitos independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião (BRASIL, 2006a).

Com a vigência de tal Lei, pode-se observar no Brasil, uma considerável evolução no que se refere à implantação de políticas públicas, o que torna a violência praticada por parceiros íntimos algo mais visível e de conhecimento de todos. Esse tipo de violência antes considerado um problema de direitos humanos, tornou-se uma questão internacional, encarado como um importante problema de saúde pública (MOREIRA; BORIS; VENÂNCIO, 2011). Ela proporcionou um grande avanço no que diz respeito aos direitos das mulheres, mas a redução do número de agredidas entre 2001 e 2010 foi pequeno, há dez anos oito mulheres eram vítimas de agressão a cada dois minutos, hoje cinco são vitimadas. Contudo, apesar do resultado ser positivo, há muito que ser melhorado (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Portanto, para que a violência seja algo de possível resolução, é necessário que haja a atuação articulada dos órgãos competentes, instituições governamentais, não-governamentais e a comunidade, a fim de desenvolver estratégias significativas para garantir a autonomia das mulheres, os seus direitos, a responsabilização dos agressores e um atendimento de qualidade às vítimas de violência (BRASIL, 2011c).

2.5 Atendimento e atuação do enfermeiro frente à violência

A violência contra a mulher consiste em um problema complexo, possuindo como base do surgimento, a desigualdade de gênero, que afeta a vida em todos os aspectos de quem

a vivência. Portanto, diante dessa problemática, se torna necessária a articulação dos serviços existentes para que o enfrentamento desse fenômeno seja satisfatório (GOMES *et al.*, 2012).

Os primeiros serviços procurados pelas mulheres em situação de violência são as unidades de saúde, as mesmas procuram não só para o tratamento de lesões, mas também porque esperam ser acolhidas e atendidas sem julgamento prévio. Assim, os serviços de saúde devem oferecer o subsídio necessário para a reabilitação física e psicológica da mulher vitimada (SOUZA JANUÁRIO *et al.* 2010). Entretanto, existem aspectos que se inter-relacionam no contexto da realidade social e produzem na maioria das vezes a invisibilidade da devastação que a violência causa sobre a saúde da mulher, como, o fato de a mulher não conseguir denunciar a violência sofrida, apresentando apenas queixas vagas quando procura os serviços de saúde, a influência que ainda o modelo patriarcal exerce, e ainda o fato do atendimento nos serviços serem baseados em uma assistência realizada de acordo com as programações de saúde e formação profissional fragmentada e biologicista (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

A maioria das mulheres em situação de violência que são atendidas nos serviços de urgência e emergência, não são identificadas como tal, restringindo o tratamento apenas à lesão, sem a oferta de outro tipo de apoio. Considera-se que geralmente isso acontece devido aos sistemas de defesa utilizados pelos profissionais por conta da rotina de trabalho de uma emergência, mas percebe-se que mesmo na atenção básica, onde o reconhecimento dessa violência se torna mais facilitada, essas estratégias também estão presentes (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

São perceptíveis as consequências que a violência traz para saúde-doença das mulheres, por isso torna-se necessário o preparo dos profissionais da saúde para lidar com esse tipo de situação. Desse modo, as condutas dos profissionais frente a esse problema devem atentar a todas as necessidades das vítimas, sem restringir-se apenas a ações de encaminhamentos, o que nem sempre consiste em uma resposta adequada (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2008). Portanto, segundo Gomes *et al.* (2012), os profissionais precisam tornar-se mais sensíveis em relação à identificação da violência como agravo à saúde, a fim de promover uma ação articulada, passando a olhar a mulher de uma maneira mais subjetiva, procurando desenvolver a escuta, sem julgamentos.

Estimular a reflexão sobre o atendimento prestado às vítimas de violência doméstica consiste em algo de grande importância, já que não existe um modelo estruturado que dê suporte aos profissionais para realizá-lo. Devido a isso, é bastante comum encontrar

profissionais com dificuldades em prestar esse cuidado, pois não foram preparados para tais situações (FERRAZ *et al.* 2009).

De acordo com o autor supracitado, existem ações primordiais que o enfermeiro pode realizar na contribuição para a proteção das vítimas e na prevenção de agravos. Mas, esse cuidado precisa ser planejado para que a vítima se sinta segura, acolhida, respeitada e satisfeita em relação as suas necessidades individuais. Portanto, para que tudo isso aconteça, é preciso que esses profissionais reflitam e planejem seus atendimentos pautados nos instrumentos da enfermagem, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente. Dessa forma, compreender a violência que aflige as mulheres, tornando-as sujeitos de suas histórias, é possível entender o significado de suas ações, e vivências, levando a prática do desenvolvimento de um cuidado de enfermagem voltado para as especificidades de cada cliente (VIEIRA, 2011).

Na dimensão técnica do cuidado, as ações de enfermagem estarão compreendidas no âmbito da habilidade que o profissional possui nos cuidados proporcionados à mulher vítima de violência, como, no tratamento das lesões, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, da hepatite B e na prevenção de uma gravidez indesejada. Já na dimensão da existência humana, a questão colocada em discussão é que o cuidado predominante prestado pelo profissional é apenas o cuidado técnico, o que na maioria das vezes, remete a um distanciamento da cliente, deixando a desejar, por isso é necessário uma interação com a mulher vitimada, já que a mesma passa por momentos difíceis, e necessitam de um cuidar mais holístico, sendo de extrema importância o resgate deste cuidar (MORAES *et al.*, 2010).

O elo do cuidado entre mulher-enfermagem deve-se dá pela comunicação, em que a mulher possa depositar confiança no profissional, na qual todas suas expectativas em relação à assistência sejam alcançadas. Esse cuidado prestado deve compreender a violência além das queixas físicas, para não agirem como meros intervencionistas. A enfermagem deve ter a preocupação em orientar e conduzir a mulher para que a sua necessidade seja atendida (VIEIRA, 2011).

3 METODOLOGIA

Serão apresentadas as etapas referidas à pesquisa desenvolvida, na qual serão descritas o tipo de estudo, o local da pesquisa, a população e amostra utilizada, o instrumento para coleta de dados, os procedimentos para a coleta, a análise dos dados e o procedimento ético da pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa desenvolvida trata-se de um estudo documental, exploratório e retrospectivo com abordagem quantitativa. Na pesquisa documental, os passos seguidos correspondem à utilização de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser trabalhados de acordo com a pesquisa em questão. Esses materiais utilizados são fontes documentais, e devem ser em grande proporção (GIL, 2008). Portanto, os documentos utilizados podem ser escritos ou não, sendo designados como fontes primárias. As fontes podem ser estudadas e trabalhadas no momento em que o fato acontece, ou posteriormente (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O estudo exploratório segundo Gil (2008) apresenta como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, objetivando proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Geralmente, esse tipo de pesquisa envolve levantamento bibliográfico e análise de modelos que estimulem a compreensão.

A pesquisa ainda utilizou-se do estudo retrospectivo, que segundo Hochman *et al.* (2005), classifica-se como uma análise longitudinal, ou seja, um estudo histórico, sequencial, no qual existe um seguimento.

Assim, para análise do estudo desenvolvido foi utilizada a abordagem quantitativa, que descreve dados correspondentes a amostras amplas e de informações numéricas e apresenta descrições bem definidas em seu conteúdo, como: objetividade, sistematização e quantificação dos conceitos, que são estabelecidos na comunicação. Portanto, o enfoque desse estudo dá-se pelo levantamento de dados para comprovar hipóteses baseadas na medida numérica e da análise estatística para constituir padrões de comportamento (MARCONI; LAKATOS, 2008).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência de Atendimento à Mulher Susane Alves da Silva (CRAM), que se encontra na Rua Barão do Rio Branco, nº 309, bairro Centro localizado na cidade de Cajazeiras, situada no oeste paraibano, há uma distância de aproximadamente 477 km da capital, João Pessoa. Possui uma população de 60.612 habitantes e consiste em um poderoso núcleo de civilização (IBGE, 2014).

O CRAM está inserido na Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM), criada em agosto de 2010, juntamente com o CRAM. O centro possui uma equipe multiprofissional, composta por psicólogo, assistente social, advogado e educadores. As ações desenvolvidas baseiam-se no acolhimento à mulher, na promoção de cursos de aperfeiçoamento profissional, campanhas, disseminação de informações, entre outras.

Os Centros de Referências representam estruturas que ofertam a promoção da ruptura da situação de violência e a construção da cidadania através de ações globais e de atendimento interdisciplinar (BRASIL, 2006b). Com isso, a escolha do CRAM como local de pesquisa surgiu de forma intencional, já que o centro representa um espaço de acolhimento e atendimento a essas mulheres e seria de fato, o lugar mais propício para o desenvolvimento da pesquisa. Além da facilidade de acesso e disponibilização dos dados.

3.3 População e amostra

Segundo Gil (2008), população consiste em um conjunto composto por elementos que apresentam determinadas características. Contudo, em termos estatísticos, pode-se entender como a amostra de uma porção ou parcela, sendo essa amostra do universo ou da população, na qual são estabelecidas ou estimadas as características dos mesmos. Portanto, para o estudo das características da violência contra a mulher, a população foi composta por todas as mulheres vítimas de violência atendidas no CRAM e a amostra foi delimitada a partir dos seguintes critérios de inclusão: mulher vítima de violência que tenha sido atendida no CRAM, no período entre 2010 e 2013, e que tenham registros na ficha de atendimento do centro. E como critério de exclusão foi adotado para as mulheres atendidas no CRAM no mesmo período referente a outros casos.

De acordo com os dados encontrados, durante o período de 2010 a 2013 foi obtido um total de 219 fichas padronizadas pelo serviço de atendimento que foram preenchidas por meio

da equipe que trabalha no local, que versavam sobre a violência contra a mulher, bem como outros casos de naturezas diversas, sendo estas, excluídas do estudo por não contemplarem os objetivos do mesmo. Deste modo, na pesquisa desenvolvida foram utilizadas 157 fichas referentes à violência.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Para a obtenção dos dados foi utilizado um instrumento do tipo formulário (Apêndice A), previamente construído para o preenchimento dos registros encontrados na Ficha de Atendimento do CRAM. O formulário contemplou as seguintes variáveis: Dados sociodemográficos, dados da saúde e dados da violência sofrida pelas mulheres. E através desse instrumento obteve-se a quantidade de atendimentos realizados pelo serviço.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Para a realização da coleta de dados, foi solicitada a autorização ao CRAM do município de Cajazeiras/PB, para desenvolvimento da pesquisa na referida unidade, através do Termo de Fiel Depositário (Apêndice B), no qual, é explicitado o objetivo principal do estudo. Também foi disponibilizado ao local os Termos de Compromisso e Responsabilidade dos pesquisadores responsável (Apêndice C) e participante (Apêndice D), com a finalidade de que a equipe tivesse conhecimento de que seriam respeitados todos os preceitos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, como também o comprometimento de que os resultados seriam divulgados. Os dados foram coletados após envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados e tabulados pelo Programa Microsoft Office Excel 2010, com base num enfoque do método quantitativo, utilizando à estatística descritiva, fazendo uso de tabelas, sendo os dados resultantes das variáveis quantitativas apresentadas sob a forma de percentuais, na qual, a análise foi realizada a partir do embasamento teórico sobre a temática.

3.7 Procedimento Ético da Pesquisa

Para a realização da pesquisa em estudo, tornou-se necessário a reflexão sobre o respeito pela dignidade humana, pois mesmo que a pesquisa tenha envolvido de uma maneira indireta os seres humanos, esse foi o foco maior do estudo.

O estudo em questão buscou proporcionar uma maior visibilidade ao tema e a oferta de conhecimento sobre o assunto a todos os interessados, propiciando também a capacitação e melhor atendimento dos profissionais a essas mulheres vítimas de violência com o intuito de contribuir para melhores condições de vida das mesmas.

Quanto à preservação do anonimato, foi garantida a confidencialidade dos fatos e sujeitos envolvidos. Como princípio básico, levaram-se em consideração os critérios éticos preconizados pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, do Ministério da Saúde no que se referem aos estudos envolvendo seres humanos, no qual foram garantidas a preservação do anonimato, respeito e confidencialidade das informações de acordo com a resolução em todo o estudo. Por não se tratar de uma pesquisa direta com nenhuma mulher, sendo documental, não foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi enviado ao CEP após cadastrado na Plataforma Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na pesquisa desenvolvida no CRAM, foram utilizadas 157 fichas de atendimento de mulheres vítimas de violência no período compreendido entre 2010 a 2013. Dentre este total, o ano de 2010 apresentou o menor número de atendimentos com 24 (15,29%), já o ano de 2011 obteve o maior quantitativo de mulheres atendidas com 71 (45,22%), o que representou um aumento de 29,93% em relação ao ano anterior, logo, os anos de 2012 e 2013 obtiveram respectivamente 29 (18,47%) e 33 (21,02%) atendimentos. Assim, foi possível estabelecer o perfil da violência, devido o conhecimento dos aspectos envolvidos no abuso praticado contra as mulheres.

A proporção dos casos encontrados no estudo pode ser atribuída ao fato do funcionamento do serviço ser recente, e ainda existir uma barreira quanto ao enfrentamento da situação por parte das mulheres, o que leva a não procurarem o atendimento prestado, o que conseqüentemente acaba por distorcer a realidade, levando a subnotificação dos casos, mas, conforme Kind *et al.* (2013) é possível desenvolver ações para essa situação, mesmo que com uma parcela dos casos, pois isso já consiste na revelação de um problema extremamente complexo e por isso necessita de intervenção imediata, não sendo necessário aguardar por mais ocorrências. E através de estudos que procuram investigar o porquê da (in)visibilidade característica que essa situação possui, é possível por meio de subcategorias delineadas durante a pesquisa, conhecer as particularidades de um cenário que aflige a vida de muitas mulheres cotidianamente, com o intuito de entender o que as levam a ocultar o sofrimento vivido.

O estudo foi analisado e os resultados apresentados em tabelas de acordo com o formulário usado para a coleta dos dados, seguidas das respectivas discussões acerca do tema, constando nas mesmas, os dados referentes às mulheres que sofreram violência atendidas no CRAM, sendo os mesmos relacionados às características sócio-demográficas, de saúde, os tipos de agressores provocadores da violência, os locais em que as mesmas se desenvolveram, os tipos de agressão praticadas contra as vítimas, e os motivos que levaram essas mulheres a conviverem com a violência no contexto de suas vidas. Desse modo, caracterizou-se o perfil da violência praticada contra as mulheres atendidas no serviço, compreendendo a realidade encontrada.

Tabela 1 – Distribuição das características sócio-demográficas de mulheres vítimas de violência – Cajazeiras, 2014

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
IDADE		
Maior ou igual a 18	10	6,37
19 a 29	36	22,94
30 a 39	42	26,75
40 a 49	22	14,01
50 a 59	18	11,46
Maior ou igual a 60	13	8,28
Não informada	16	10,19
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizada	25	15,92
Fundamental incompleto	54	34,40
Fundamental Completo	6	3,82
Médio incompleto	18	11,46
Médio completo	33	21,01
Superior incompleto	2	1,27
Superior completo	3	1,91
Não informada	16	10,20
RAÇA		
Branca	66	42,04
Negra	30	19,10
Amarela	1	0,64
Parda	53	33,76
Indígena	1	0,64
Não informada	6	3,82
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteira	40	25,48
Casada	75	47,77
Viúva	8	5,10
Separada	25	15,92
Não informada	9	5,73
PROFISSÃO		
Doméstica	35	22,30
Agricultora	19	12,10
Do lar	17	10,83
Estudante	5	3,18
Auxiliar de serviços	3	1,91
Outra	39	24,84
Não informada	39	24,84
FILHOS		
Sim	125	79,62
Não	20	12,74
Não informado	12	7,64

Fonte: Pesquisa direta (2014)

De acordo com a tabela 1, a idade variou entre 14 a 86 anos, evidenciando-se a prevalência da violência entre as mulheres de 30 a 39 anos (26,75%), o que corrobora com dados de estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2013), demonstrando uma preocupação por tratar-se da idade reprodutiva e economicamente ativa das mulheres, deixando-as mais propensas a ausência no emprego, desmotivação, desencorajamento para construção familiar,

alterações em seu estado de saúde, e conseqüente redução da expectativa de vida (MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

Outro dado relevante, visualizado no estudo, refere-se ao número de violência contra as mulheres idosas (8,28%), pois ao ser comparada ao primeiro grupo etário que corresponde a idade menor ou igual a 18 anos (6,37%), percebeu-se que a violência foi mais relevante, isso pode ser atribuído a vulnerabilidade do idoso a esse tipo de situação, pois muitos deles apresentam limitações e necessitam de um cuidado diferenciado, estando assim, mais vulneráveis à agressão, devido sua dependência a outras pessoas. Para Souza, Meira, Menezes (2012), isso se dá pelo fato de na maioria das culturas, as pessoas idosas não receberem o devido respeito que merecem, passando a ocupar uma posição marginalizada. Fazendo com que a velhice acabe sendo enfatizada como algo de conotação inferior, dependente, o que favorece atitudes injustas e discriminatórias, causando o surgimento da violência. Podendo ser algo encontrado nos serviços de saúde, pois de onde se espera que seja desenvolvida uma atenção integral ao idoso, poderá haver várias situações que violem seus direitos, onde os abusos podem variar desde sofrimento emocional, levando a piora de sua condição e ampliação do período de internamento, e até mesmo a morte.

No tocante a escolaridade, o estudo demonstra que a de maior incidência foi em relação a mulheres com ensino fundamental incompleto (34,40%). Estudos apontam que as que estão mais sujeitas à agressão são aquelas que possuem baixa escolaridade, pois acredita-se que quanto menor o nível de instrução, menor a qualificação profissional, tendo assim, mais chance de dependerem de seus agressores, que na maior parte dos casos correspondem aos seus companheiros ou familiares. Fato esse que pode chegar a favorecer a relação de submissão entre vítima e agressor, fazendo com que elas permaneçam no ciclo da violência (CORDEIRO, 2013; RAIMONDO; LABRONICI. LAROCCA, 2013).

Em relação ao grau de instrução, vale enfatizar que mesmo que as mulheres com uma menor escolaridade sejam as principais vítimas de violência, é preciso reforçar que todas estão sujeitas a essa condição, já que a situação não faz nenhum precedente. Pois, conforme Acosta, Gomes e Barlem (2013) apesar das mulheres com um nível de escolaridade mais alto apresentarem maior esclarecimento sobre seus direitos e possuírem mais alternativas de fugirem da violência, ainda representam uma parcela das vítimas e não estão livres dessa condição. Desta forma, confirmando com o exposto, foram registrados no CRAM casos de mulheres vitimadas com ensino superior incompleto (1,27%) e com ensino superior completo (1,91%), o que também confirmado por Deeke *et al.* (2009), em que um total de 20% das mulheres de sua pesquisa tinha como grau máximo de escolaridade o ensino superior.

Na pesquisa, verificou-se predominância das mulheres brancas (42,04%), sendo certificado por outros estudos, evidenciado como as mulheres que mais denunciam a violência em comparação aos outros grupos étnicos, mas o que não implica que elas sejam as mais vitimadas (LEÔNICIO *et al.* 2008; MENEZES *et al.*, 2010). Ou seja, a prevalência desse dado pode estar relacionada a não categorização correta da etnia dessas mulheres por parte dos profissionais que realizam o atendimento, já que em outras pesquisas há a prevalência da cor parda entre as vítimas, ou pelo fato de mulheres negras geralmente denunciarem menos a violência quando seu agressor é seu companheiro e negro, o que faz com que elas mesmas pensem no preconceito existente, na situação do seu parceiro caso a condição fosse denunciada, então essas mulheres suportam mais tal situação, evitando muitas vezes a denúncia, com o intuito de protegê-las (SILVA *et al.*, 2011; ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

No que se refere à situação conjugal, 47,77% são casadas. Essa variável também foi apontada em pesquisas, devido essa característica estar relacionada geralmente a questões familiares, sociais, financeiras, que fazem com que as mulheres permaneçam na relação e continuem vivendo em situação de violência (ÓSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012; GOMES *et al.*, 2013).

Dessa forma, são as que mais sofrem por existir todo um contexto que as faz levar a situação adiante, o que acarreta em várias consequências para sua vida, pois geralmente acham que precisam se acostumar com a condição, já que na maioria das vezes o desejo de se libertar não depende só delas, sempre tem algo que está relacionado a suportar tal agressão, como depender financeiramente do agressor, possuir filhos, medo de ficar sozinha e não ser apoiada pela família ou pessoas próximas, entre outros. Por isso, conforme Russo Rafael e Moura (2013), as vítimas de violência que vivem constantemente em situação de violência, como as mulheres casadas por estarem sempre na presença de seu agressor, apresentam muitas fragilidades e vulnerabilidade que em conjunto com o contexto que vivem, acabam por afetá-las de uma forma que as fazem perder até sua identidade, autoestima, tornando-as subordinadas a seus agressores e as principais vítimas da violência.

No que diz respeito à profissão, outras ocupações corresponderam a 24,84% dos casos, contudo, a ocupação que mais se destacou foi a doméstica (22,30%). Segundo Labronici *et al.* (2010) e Albuquerque *et al.* (2013), constituem em um grupo de risco para esse tipo de situação, já que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade, estão mais sujeitas a se exporem a agravos sociais e de saúde, uma vez que mulheres que se encaixam nesse perfil tornam-se menos favorecidas de bens materiais, bem como de informações acerca de seus

direitos. Além de todos esses fatores, a mulher pode conviver com esse tipo de violência devido sua condição, por falta de abrigo, apoio familiar, medo e insegurança, que geralmente levará a uma dificuldade para romper com essa circunstância, levando ao medo de denunciar e serem punidas pelos seus agressores.

Na pesquisa, também foi encontrada vítimas com outras profissões, sendo a maioria de baixa remuneração. Mas, isso não significa que mulheres de classes mais favorecidas não enfrentem situações de violência, a diferença é que esses casos geralmente são relatados em consultórios, escritórios particulares de vários profissionais, como médicos, psicólogos, advogados, o que leva a sub-representação das denúncias, deixando de tal modo, a pobreza como a principal condição associada a violência (COSTA; DELL'AGLIO, 2010). Portanto, a violência é denunciada por vítimas que possuem diversas profissões, afirmando assim, que a agressão não escolhe classe social para acontecer (SILVA *et al.*, 2011).

Os dados levantados mostraram que 79,62% das mulheres possuíam filhos, 12,74% negaram, ao passo que 7,64% não informaram, sendo também o exposto encontrado no estudo de Costa *et al.* (2011) no qual houve um predomínio de mulheres com filhos, correspondendo a 73,4% dos casos. Portanto, esse configura um dos motivos que levam as vítimas a suportarem a violência por um período maior de tempo, já que nesses casos a mulher espera manter sua família, pois geralmente acham que não irão conseguir educá-los sozinhas, além de que elas necessitam de seus companheiros para dividir as responsabilidades e despesas. Por isso, nesses casos o enfretamento desse problema demanda tanto atenção às mulheres, como também, aos seus filhos (RANGEL; OLIVEIRA, 2010).

Desse modo, todo esse contexto, corresponde a uma condição ainda mais complicada, pois agora os envolvidos não são apenas a vítima e o agressor, mas também pessoas que não merecem ou não precisam passar por tais situações. Ou seja, o fruto do relacionamento é o mais prejudicado diante de tal ocorrência, pois o que eles vivenciam juntamente com sua mãe irá trazer consequências para o resto da vida, alguns podem até superar, mas nunca esquecer. Tudo isso pode levar ao desrespeito quanto à figura paterna, a problemas de saúde, e a serem no futuro, os agressores, já que em seu ambiente familiar foi o que ele mais vivenciou. Assim, pode-se justificar porque muitos filhos às vezes são os agressores relatados pelas mulheres vítimas de violência. Por isso, se torna necessário à reestruturação familiar, fazendo com que a relação entre homens e mulheres, pais e filhos se tornem mais simétricas no ambiente doméstico, levando deste modo a possibilidade de mudança dos comportamentos sociais e individuais dessa família (MOURA; ALBUQUERQUE NETTO; SOUZA, 2012).

De acordo com Durand *et al.* (2011), os filhos de mulheres vitimadas e que vivem em um contexto de abusos, geralmente apresentam problemas escolares, de comportamento, agressividade, tendo uma incidência maior conforme a gravidade da violência, por isso torna-se necessário que se previna e amenize os efeitos que essa situação produz, para que as necessidades psicológicas da mulher e dos filhos sejam enfrentadas da melhor forma.

Tabela 2 – Distribuição dos dados de saúde de mulheres vítimas de violência – Cajazeiras, 2014

DADOS DE SAÚDE	N	%
DEFICIÊNCIAS/TRANSTORNOS		
Física	3	1,91
Mental	8	5,11
Auditiva	0	0,00
Visual	5	3,18
Outros transtornos	16	10,19
Não	71	45,22
Não informado	54	34,39
FAZ USO DE MEDICAMENTOS		
Sim	40	25,48
Não	41	26,11
Não informado	76	48,41
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	6	3,82
Não	55	35,03
Não informado	96	61,15

Fonte: Pesquisa direta (2014)

De acordo com a tabela 2, realiza-se a caracterização dos dados de saúde das mulheres vítimas de violência, atendidas no CRAM. Assim, quanto à presença de deficiência ou transtornos, 45,22% das mulheres não apresentam. Sendo que, no tocante aos outros transtornos 10,19% fez menção à presença dos mesmos, no qual o mais revelado correspondeu a depressão, que se caracteriza por um estado de humor deprimido exacerbado, que pode ser desencadeada devido a uma resposta a situações, como conflitos íntimos, fatos desagradáveis, frustrações. (COSTA; SOARES; TEIXEIRA, 2007). Isso pode estar relacionado de fato à situação que vivem e dessa forma, seria o corpo respondendo a tal condição sofrida. Entretanto, não foi possível evidenciar se esse transtorno está associado à violência ou se essas mulheres já apresentavam antes dos episódios de agressão. Haja vista que, o sofrimento imposto pela violência predispõe a doença, algo que também é evidenciado por Oliveira e Bessa Jorge (2007) pelo fato da depressão ser uma das doenças que mais acomete essas vítimas por conviverem constantemente com elevada carga de estresse e sofrimento psicológico, e por isso estão mais sujeitas ao surgimento do adoecimento mental decorrente das diversidades que essas mulheres passam em suas vidas.

No que se refere ao uso de medicamentos, 48,41% não informaram, sendo que do total de mulheres 25,48% fazem uso, no qual os medicamentos mais informados foram os psicotrópicos, o que pode sugerir a depressão ser um dos principais transtornos presentes na vida das vítimas. Logo, o uso desses medicamentos se dá pela condição que elas vivem e as levam a necessitar desse tipo de auxílio para conseguirem diminuir os problemas decorrentes da violência sofrida, com o intuito de reestabelecer sua saúde, o que corrobora com os dados das pesquisas realizada por Deeke *et al.* (2009) e Hatzenberger *et al.* (2010), em que a maioria das mulheres vitimadas relatam fazer uso desse tipo de medicação. Portanto, esse comportamento pode estar relacionado às vivências, e na maioria das vezes se remete a momentos de depressão ou ansiedade. Logo, para suportar a agressão que a leva a sofrer psicologicamente utilizam de drogas psicotrópicas com o intuito de conseguir superar a violência, mas o que em contrapartida acaba por deixarem as mesmas necessitadas de tais medicações por causa dos estímulos e dependência que produzem.

A prática de atividades físicas foi uma das variáveis menos informadas nas fichas de atendimento, correspondendo a 61,15%. Onde apenas uma pequena quantidade de mulheres havia relatado praticá-las (3,82%). Logo, constatou-se que essa prática não é algo presente na vida dessas vítimas, o que pode contribuir para que o enfrentamento da violência seja ainda mais difícil, mas, se a realidade encontrada fosse diferente, poderia estar relacionado ao fato das mulheres conseguirem denunciar mais seus agressores, já que é uma atividade que promove a socialização, e em contato com outras pessoas, elas podem se sentir encorajadas, pois é algo que melhora a autoestima, e conseqüentemente levariam as mesmas a se libertarem mais do medo e decidirem mudar de vida.

Logo, a atividade física conforme Souza, Serra e Suzuki (2012) pode prevenir ou tratar da depressão, tornando-se importante discutir já que consiste em um dos principais transtornos que muitas mulheres vítimas de violência possuem como foi demonstrado na pesquisa realizada no CRAM. Então, devido aos danos que a depressão acarreta na vida das mesmas, a prática dessa atividade pode contribuir na melhora desse agravo, através da prevenção para que esse mal não chegue a afetá-las como ajudar as que possuem, por meio do enfrentamento, através de mecanismos psicológicos, como por exemplo, distraíndo-as dos estímulos estressores e fazendo com as mesmas tenham um maior controle de suas vidas, passando a interagir socialmente com as pessoas que estão a sua volta ou biologicamente, devido ao bem estar sentido através dos estímulos produzidos no corpo.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a situação conjugal e o tipo de agressor – Cajazeiras, 2014

SITUAÇÃO CONJUGAL	TIPOS DE AGRESSORES									
	Companheiro		Ex-companheiro		Parente		Conhecido		Outro	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteira	10	6,37	6	3,82	16	10,19	6	3,82	6	3,82
Casada	48	30,57	3	1,91	10	6,37	10	6,37	2	1,27
Viúva	0	0,00	0	0,00	5	3,18	0	0,00	4	2,55
Separada	1	0,64	10	6,37	8	5,10	3	1,91	0	0,00
Não informada	3	1,91	0	0,00	1	0,64	2	1,27	3	1,91
TOTAL	62	39,49	19	12,10	40	25,48	21	13,38	15	9,55

Fonte: Pesquisa direta (2014)

A tabela 3 relaciona a situação conjugal das mulheres vítimas de violência com os tipos de agressores, e entre os dados levantados, verificou-se que em 39,49% dos casos o principal agressor era o companheiro, o que conforme em um estudo realizado por Ribeiro e Coutinho (2011) esse companheiro comumente apresenta sentimento de arrependimento após provocada a agressão, mas, logo novas situações de violência acontecem, levando a um ciclo vicioso, onde muitas vezes se torna difícil o seu interrompimento. Assim, esse tipo de comportamento pode explicar o que leva muitas mulheres a permanecerem na violência, vivendo constantemente em risco. Outros fatores que podem influenciá-las a permanecerem na situação pode ser a vergonha de expor que são violentadas pelo parceiro ou quando nada acontece ao denunciá-los (DEEKE *et al.* 2009).

Em consonância com a literatura, os dados da tabela 3 indicam também o predomínio do companheiro como agressor na situação conjugal em que as mulheres são casadas (30,57%) (ÓSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). Portanto, conforme Griebler e Borges (2013), essa característica encontrada contribui para o surgimento de riscos tanto físicos como psicológicos, já que essas mulheres estão expostas a violência de uma maneira geral dentro de seus lares, sendo ainda mais difícil o enfrentamento já que o agressor é uma pessoa do seu convívio, com o qual tem envolvimento emocional. Desse modo, segundo Ribeiro *et al.* (2012), é muito comum a maioria das pessoas julgarem essas mulheres pelo fato de não denunciarem seus agressores, porém geralmente quem julga não passa por esse problema, ou seja, não sabe o que realmente acontece e que essas vítimas que vivenciam essa situação, muitas vezes são pessoas sofridas, trabalhadoras, que precisam de sua casa, pois não tem outro lugar para ir, por isso, elas preferem calar-se, até mesmo para não sofrerem ainda mais abuso, ou perderem seu teto e sua comida.

Outro ponto evidenciado por Grossi, Tavares e Barbosa (2008) em sua pesquisa, revelou que as mulheres vitimadas se referiam aos seus agressores como as únicas pessoas que elas podiam contar, confirmando assim, mais um motivo para tolerar a violência. O que leva ao fato de seus companheiros serem sua principal referência de vida, e nesse caso é natural que elas depositem todas suas expectativas, como se tivessem que viver sempre ao lado daquela pessoa, e que no caso seria muito mais difícil viver sem ele, se acostumando com a situação, o que se torna ainda mais difícil o seu enfrentamento.

Tabela 4 – Distribuição do local de ocorrência da violência de acordo com os anos de atendimento – Cajazeiras, 2014

ANO LOCAL DE OCORRÊNCIA	2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Residência	11	7,01	42	26,75	19	12,10	25	15,93	97	61,79
Trabalho	0	0,00	0	0	3	1,91	2	1,27	5	3,18
Via Pública	4	2,55	5	3,18	1	0,64	1	0,64	11	7,01
Escola	1	0,64	1	0,64	0	0,00	0	0	2	1,28
Outro	2	1,27	6	3,82	3	1,91	0	0	11	7,00
Não informado	6	3,82	17	10,83	3	1,91	5	3,18	31	19,74

Fonte: Pesquisa direta (2014)

A tabela 4 evidencia o local de ocorrência da violência com os anos de atendimento às mulheres realizado no Centro de Referência. Portanto, quanto ao local em que a violência mais aconteceu, predominou a residência da vítima (61,78%), onde de acordo com os anos de atendimento correspondeu em 2010 a 7,01% dos casos, em 2011 a 26,75%, que foi o ano de maior prevalência, 2012 a 12,10% e em 2013 a 15,93%. A residência da vítima foi evidenciada em outras pesquisas em que esse mesmo local correspondeu a mais da metade dos casos, indo assim, em contrapartida ao que seria o ambiente doméstico, já que deveria ser um lugar de harmonia, paz, e acaba por estabelecer-se em um espaço que se caracteriza como o principal local de acontecimento das agressões praticadas contra as mulheres (MELO; SILVA; CALDAS, 2009; COSTA *et al.*, 2011)

Desse modo, os lares brasileiros constituem um ambiente de propriedade do homem, o que caracteriza um risco para o desenvolvimento dessa situação, tornando-se muitas vezes um local de repressão e de controle, já que está longe dos olhares dos outros, e geralmente se algo acontecer, dificilmente as pessoas irão intervir, levando o agressor a sentir-se como o dominador da situação, o que implica em episódios de violência mais recorrentes. Assim, a residência da vítima caracteriza-se como o cenário onde ocorre mais homicídios e violência

contra a mulher, o que se torna algo muito preocupante, pois o enfrentamento do problema nessa situação é mais difícil de acontecer (MELO; SILVA; CALDAS, 2009).

Tabela 5 - Distribuição dos tipos de violência de acordo com os anos de atendimento – Cajazeiras, 2014

ANO FIPOS DE VIOLÊNCIA	2010		2011		2012		2013		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Física	8	2,17	35	9,49	17	4,60	24	6,50	84	22,76
Sexual	0	0,00	4	1,08	2	0,54	4	1,08	10	2,71
Psicológica	16	4,34	61	16,53	27	7,32	23	6,23	127	34,42
Moral	7	1,90	42	11,38	20	5,42	8	2,17	77	20,87
Patrimonial	5	1,36	15	4,07	4	1,08	6	1,63	30	8,13
Tortura	2	0,54	12	3,25	11	2,98	6	1,63	31	8,40
Outro	2	0,54	4	1,08	2	0,54	2	0,54	10	2,71

Fonte: Pesquisa direta (2014)

A tabela 5 relaciona os tipos de violência com os anos de atendimento às mulheres atendidas no CRAM, no qual é evidenciado que entre as violências sofridas, a agressão psicológica predominou em 34,42% dos casos de acordo com os anos de atendimento, que em 2010 correspondeu a 4,34%, em 2011 (16,53%), demonstrando uma maior prevalência, 2012 (7,32%) e em 2013 (6,23%), o que foi demonstrado em um estudo por Griebler e Borges (2013), que em relação aos registros nos boletins de ocorrência de uma delegacia especializada, a violência psicológica correspondeu à maioria dos casos (86,5%). O que traduz uma atenção maior que se deve ter em relação a essas mulheres, já que quando ocorre à violência física, a lesão causada pelo agressor cicatriza, mas, o mal que a violência psicológica causará a essas mulheres ultrapassam todas as dores físicas que elas venham a sentir, pois é algo que fere a sua alma. Logo, esse tipo de violência caracteriza-se por se apresentar através de várias formas, como a rejeição, indiferença, o que muitas vezes deixa marcas e irá estar com a pessoa pelo resto da vida, podendo tornar-se irrecuperáveis em indivíduos antes considerados saudáveis. E geralmente ela vem acompanhada de agressões físicas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Portanto, a violência psicológica ser a mais prevalente no município onde se desenvolveu o estudo, pode estar relacionado ao fato de ter acontecido mais nos lares das vítimas. Já que segundo Ferreira e Pimentel (2008), esse tipo de violência é mais praticada nesse local, razão pela qual é silenciosa, pois sua reverberação acontece entre as paredes das casas e se faz presente em todos os outros tipos de violência, interferindo assim na integridade

física, psicológica e moral das mulheres. Logo, a presença de um clima de medo e de ameaças recorrentes na sua vida e de seus filhos, evidencia a impotência, a culpa e submissão por essas mulheres (GRIEBLER; BORGES, 2013). Deste modo, evidenciou-se que além da violência psicológica, a física (22,76%) e a moral (20,87%) foram as que mais ocorreram, destacando-se o fato das mesmas geralmente estarem interligadas quando acontecem.

Tabela 6 – Distribuição das mulheres que sofreram violência segundo a situação conjugal e o motivo para conviver com a agressão – Cajazeiras, 2014

SITUAÇÃO CONJUGAL	MOTIVO PARA CONVIVER COM A VIOLÊNCIA									
	Permanecer com a família		Dependência Financeira		Sentimento pelo agressor		Acredita na melhora do agressor		Não informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solteira	5	3,18	3	1,91	8	5,09	4	2,55	20	12,74
Casada	9	5,73	18	11,46	16	10,19	7	4,46	25	15,92
Viúva	3	1,91	0	0,00	1	0,64	0	0,00	4	2,55
Separada	1	0,64	3	1,91	6	3,82	0	0,00	15	9,55
Não informada	0	0,00	0	0,00	1	0,64	0	0,00	8	5,10
TOTAL	18	11,46	24	15,29	32	20,38	11	7,01	72	45,86

Fonte: Pesquisa direta (2014)

De acordo com a tabela 6 que evidencia a situação conjugal com os motivos que levam as vítimas a conviverem com a violência, a maioria das mulheres não relataram a causa de permanecer na situação (45,86%), mas, dentre os casos o sentimento pelo agressor foi o mais prevalente (20,38%), onde as mulheres casadas foram as que mais relataram tal causa (10,19%).

Os resultados mostraram que mesmo sofrendo violência, essas mulheres continuam procurando motivos para permanecerem nesse cenário, devido a todo o contexto que só ela sabe e que a faz viver desse modo. Dentre eles, como o mais relatado foi ainda possuir sentimento pelo agressor, pode-se caracterizar a esperança que essas mulheres possuem de que seus parceiros, no caso os principais agressores, possam mudar. De acordo com Ribeiro e Coutinho (2011), as mulheres vitimadas relacionaram seus companheiros a objetivações de afetividade. Assim, percebe-se que a violência sofrida por elas não ultrapassou o sentimento, o que representa uma esperança por parte das vítimas que seu companheiro transforme sua vida e elas consigam reestruturar seu lar e sua família. Dessa forma, as equipes de atendimento devem estar capacitadas a reconhecer, compreender, planejar e realizar ações, na tentativa de resgatar essas relações.

Portanto, o enfrentamento desse tipo de violência que acomete milhares de mulheres todos os dias, requer por parte dos profissionais, principalmente os de saúde, já que os

serviços de saúde são um dos primeiros lugares que as mulheres procuram, mesmo que não relatem o acontecido, um maior cuidado com a finalidade de ofertarem todo um suporte de atendimento que ultrapassem as necessidades das vítimas. Por isso, é necessária a capacitação para reconhecimento dessa violência e garantir que os tipos de recursos e de apoio atendam a necessidade dessas mulheres, e as mesmas possam reconstruir sua vida. Destacando a importância de toda uma equipe multidisciplinar para que os objetivos sejam realmente alcançados (RANGEL; OLIVEIRA, 2010; GOMES *et al.*, 2013).

Vale ressaltar, que o enfermeiro faz parte da equipe multiprofissional para atender essa vítima e frente a esse cenário pode ser um profissional capaz de realizar ações, como acolher as mulheres de maneira a estabelecer a confiança e então investigar a situação de vida em que as mesmas se encontram, ofertar palestras, oficinas que busquem a disponibilização do tema encorajando a denúncia, com o intuito de fazer com que elas se sintam mais confiantes e se libertem do medo que as cercam, contribuir para seu entendimento com orientações acerca dos serviços de enfrentamento que podem lhe auxiliar nessa situação e realizar a notificação compulsória dos casos de violência encontrados. Assim, é muito importante que se conheça o perfil dessa violência, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias que busquem a prevenção e redução da violência praticada contra a mulher (LABRONICI *et al.*, 2010).

Portanto, os serviços de atendimento devem estar atentos às características exemplificadas pelo perfil encontrado e a partir disso torna-se possível reconhecer situações, que muitas vezes correspondem a um caso de violência, mas, que são mascarados pelos profissionais, pelo fato de não investigarem a situação e preocupar-se apenas com o bem-estar físico. Ribeiro e Coutinho (2011) retratam que comumente nos serviços de saúde é essa a realidade encontrada, já que muitas mulheres que procuram atendimento para seus problemas estão direta ou indiretamente ligados à violência, além de que os profissionais envolvidos tem demonstrado muita dificuldade em reconhecer esses casos, pois muitas vítimas sofrem caladas, dificultando ainda mais o reconhecimento desse agravado. Mas, geralmente elas se dirigem a esses serviços devido a traumas agudos que apresentam sinais visíveis de agressão ou não, cabendo então ao profissional acolhê-la e investigar sua história (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo delimitou o perfil da violência contra a mulher em um Centro de Referência do município de Cajazeiras/PB, no período de 2010 a 2013. Desse modo, os resultados da pesquisa podem servir como direcionamento para as políticas públicas no município a fim de melhorar a realidade encontrada. Portanto, é preciso que se conheça a dinâmica da violência e os aspectos que estão envolvidos.

A pesquisa teve como principais achados uma prevalência das mulheres vítimas de agressão em idade reprodutiva, com aproximadamente 30 a 39 anos, com ensino fundamental incompleto, brancas, casadas, domésticas e com filhos. Caracterizando assim, mulheres que por apresentarem baixa escolaridade, possuírem como ocupação um trabalho de pouca remuneração, e serem casadas, consistem nas mais vulneráveis a tal condição, pois geralmente são dependentes do marido, submissas a ele, e por isso mais sujeitas a violência. Além de existir a predominância da presença de filhos, que incide em mais um motivo para suportarem a agressão. Sendo esta, praticada comumente pelo companheiro, dentro de sua própria residência, por meio da violência psicológica, seguida da física e moral. O sentimento pelo agressor foi o motivo mais relatado pelas vítimas, responsável pela persistência de conviver com o abuso.

Para a realização do estudo a única limitação presente foi devido ao não preenchimento de alguns dados da ficha de atendimento pelos profissionais, o que acarreta a não informação de dados importantes e necessários para compreender o porquê dessa violência em determinadas características.

Com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível perceber que esse tema apesar de ser algo bastante recorrente, ainda assim, poucas pessoas se interessam pelo assunto, achando que isso só deve remeter as pessoas envolvidas, deixando que cada vez mais esse seja o cenário na vida de muitas pessoas, famílias. Então, para que aos poucos se consiga mudar o que hoje é um problema, é preciso que mais estudos sejam realizados e se possa conscientizar a todos sobre os efeitos de tal situação.

Dessa forma, a partir dos dados obtidos é possível ampliar o conhecimento, principalmente dos profissionais envolvidos no atendimento as mulheres vitimadas para que se tornem capacitados a reconhecerem tal agravo. Portanto, o reconhecimento, acolhimento, a prevenção e intervenção frente a essa violência se tornam de extrema importância seja qual for o serviço que essa mulher procurar. Sendo importante ainda ressaltar que este estudo propiciará a realização de mais trabalhos abordando este tema em outros serviços da rede de

enfrentamento da violência contra a mulher, bem como em outras realidades, visando buscar qual o perfil das mulheres acometidas por esse mal, para que então sejam direcionadas as políticas públicas já existentes juntamente com a criação de mais ações que busquem reduzir e enfrentar essa violência, o que só será conseguido caso haja mais pessoas interessadas em melhorar a vida das vítimas que enfrentam essa situação, como também prevenirem para que isso não chegue a afetar mais mulheres. Desse modo, também se faz necessário pensar na introdução do tema em grades curriculares de cursos, já que a dificuldade mais relatada pelos profissionais em reconhecer e agir sobre a violência, é a não preparação para tais situações durante a graduação.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul Enferm.** [online], São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-553, nov/dez. 2013.

ALBUQUERQUE, J. B. C. *et al.* Violência doméstica: caracterização sociodemográfica de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica Enfermagem.** [online], Goiânia, GO, v. 15, n. 2, p. 382-390, abr/jun. 2013.

BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**, 2014. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=||infográfico s:-informações-completas>>. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: Matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília, 2011b. 64 p.

_____. Presidência da República. Secretaria nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011c. 72 p.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Lei Maria da Penha & Direitos da Mulher**. Brasília, 2011d. 40 p.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. **Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs**. Brasília, 2010.

_____. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, DF, 8 ago. 2006a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 09 de abril de 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. Brasília, 2006b. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**, 2004. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb>>. Acesso em: 28 de julho de 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero : construindo políticas públicas.** Brasília, 2003. 68 p.

CARVALHO, A. C. *et al.* A questão social: violência contra a mulher. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 1, n.16, p. 201-210, mar. 2012.

CARVALHO, N. G. O. **O tráfico de mulheres para fins de exploração e comércio Sexual: a ineficiência dos mecanismos legais à luz de sua aplicabilidade no poder executivo e judiciário brasileiro e a incoerência da legislação penal brasileira.** 2011. 75 p. Monografia (Curso de Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Disponível em:<<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/515/3/20730395.pdf>>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

CARVALHO, C. S.; FERREIRA, D. N.; SANTOS, M. K. R. Analisando a lei Maria da Penha: a violência sexual contra a mulher cometida por seu companheiro. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1., 2010, Londrina. **Anais...** Paraná: Faculdade Estadual de Ciências Econômicas de Apucarana, 2010. p. 47-53. Disponível em:<<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/6.MoaraCia.pdf>>. Acesso em: 06 de julho de 2014.

CONVENÇÃO Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: **Convenção de Belém do Pará** (1994). Brasília: CFEMEA. Disponível em:<<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/CFEMEA/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

CORDEIRO, L. G. **Análise do perfil sociodemográfico das mulheres vítimas de violência doméstica e familiar que alcançam a SEPS/MPDFT.** 2013. 54 p. Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em:<http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5049/1/2013_LirisGalhardoCordeiro.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

COSTA, A. M. *et al.* Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um Centro Estadual de Referência. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 627-635, jul/set. 2011.

COSTA, L. M. G.; DELL'AGLIO. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 151-159. 2010.

COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Rev. Dep. Psicol.**, Niterói, v. 19, n. 1, p. 269-276, jan./jun. 2007.

DEEKE, L. P. *et al.* A Dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, n.2, p. 248-258. 2009.

DURAND, J. G. *et al.* Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 45, n. 2, p. 355-364. 2011.

FERRAZ, M. I. R. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 4, out./dez. 2009.

FERREIRA, W. B.; PIMENTEL, A. Violência psicológica: as (in) visíveis sequelas, no enfoque da Gestalt-terapia. In: FAZENDO GÊNERO – CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8, 2008, Florianópolis. **Anais...** Pará: Universidade Federal do Pará, 2008. p. 1-6. Disponível em:< http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST35/Ferreira-Pimentel_35.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

GADONI-COSTA, L. M. G.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, abril/ junho. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, N. P. *et al.* Violência conjugal e o atendimento da mulher na delegacia e no serviço de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 146-153, maio/ago. 2013

GOMES, N. P. *et al.* Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, p. 173-178, abr./jun. 2012.

GOMES, R. M. Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED** [online], v. 4, n. 2, p. 672-680. 2012.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc. Anna Nery** [online], v. 13, n. 3, p. 625-631, jul./set. 2009.

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da lei Maria da Penha. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 215-225, abr/jun. 2013.

GROSSI, P. K.; TAVARES, F.A.; OLIVEIRA, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, n. 14, p. 267-289. 2008.

HATZENBERGER, R. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. **Ciências & Cognição**, v. 15, n. 2, p. 94-110. 2010.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.** [online], v. 20, supl. 2, 2005.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.

- LABRONICI, L. M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M. E. C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], São Paulo, v. 44, n. 2, p. 401-406, jun. 2010.
- LABRONICI, L. M. *et al.* Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada Maria. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], São Paulo, v. 44, n. 1, p. 126-133, mar. 2010.
- LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPAR, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.37, p.409-424, abr./jun. 2011.
- LEITE, M. S. S. Lei Maria da Penha: o desafio de sua execução frente às falhas do Estado. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luís, MA. **Anais...** Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.
- LEÔNICIO, K. L. *et al.* O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 307-312, jul/set. 2008.
- LETTIERE, A.; NAKANO A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-473. 2008.
- LUCENA, K. D. T. *et al.* Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1111-1121, jun. 2012.
- LIMA, V. L. *et al.* Violência contra a mulher nas regiões do Brasil: a versão da mídia paraense. **Gestão & Saúde** [online], Brasília, v. 4, n. 3, p. 933-945. 2013.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- MARQUES, S. P.; PACHECO, F. C. P. Refletindo sobre a violência doméstica contra a mulher. **Investigação**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 55–62, jan/abr. 2009.
- MELO, Z. M.; SILVA, D. M.; CALDAS, M. T. Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana do Recife. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2009.
- MENEZES, J. P. *et al.* Perfil sócio-demográfico de mulheres que sofreram com a violência de gênero no Rio de Janeiro: subsídios para a enfermagem. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** [online], v. 2, ed. Supl., p. 418-422, out/dez. 2010.
- MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 435–442, jul /set. 2012.

- MORAIS, A. F.; RIBEIRO, L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a ‘responsabilização’ dos ‘homens autores de violência’. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 11, p. 37-58, ago. 2012.
- MORAIS, S. C. R. V. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-60, jan/mar. 2010.
- MORAIS VICENTE, L.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 63-71. 2009.
- MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J. B.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v.23, n.2, p.398-406, mai/ago. 2011.
- ÓSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, fev/abr. 2012.
- OLIVEIRA, E. R. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança/UNESP**, Marília, ed. 9, maio. 2012.
- OLIVEIRA, J. F.; DIAS, N. A. G.; BARBOSA, J. A. G. Violência contra a mulher: abordagem dos profissionais da enfermagem às vítimas. **NBC – Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 1-12, ago/set. 2012.
- OKABE, I.; FONSECA, R. M. G. S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações dos sistemas de informação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 453-458. 2009.
- OLIVEIRA, E. N.; BESSA JORGE, M. S. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, maio/ago. 2007.
- PELEGRINI, J.; MARTINS, S. N. A história da mulher no trabalho: da submissão às competências. Um resgate histórico e as gestoras lajeadenses neste contexto. **Revista Destaques Acadêmicos**, ano 2, n. 2, p.57-66. 2010.
- PORTO, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Atendimento psicológico e a secretaria de políticas para as mulheres. **Psicol. Soc.** [online], v. 24, n. 3, p. 567-576. 2012.
- RAIMONDO, M. L.; LABRONICI, L. M.; LAROCCA, L. M. Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 43-49, jan/mar. 2013.
- RANGEL, C. M. F. R.B. A.; OLIVEIRA, E. L. Violência contra as mulheres: Fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores. In: FAZENDO GÊNERO: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTO, 9., 2010, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-11. Disponível em:<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf>. Acesso em: 21 de maio de 2014.

RIBEIRO, P. R. et al. Violência contra a mulher. In: Prêmio Expocom 2012 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação, 19., 2012. **Anais...** Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/nordeste2012/expocom/EX32-0741-1.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa – PB. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, MS, v. 3, n. 1, p. 52-59, jan./jun. 2011.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RUSSO RAFAEL, R. M.; MOURA, A. T. M. S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, v. 66, n. 2, p. 287-290, mar/abr. 2013.

SANTOS, K. M. M. S. *et al.* A violência doméstica contra a mulher por companheiro e a lei Maria da Penha. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais Unit**, Aracaju, v. 1, n. 2, p. 79-86, março. 2014.

SANTOS, A. C. W.; MORÉ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 49, p. 227-235, ago. 2011.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013.

SILVA, J. E. Enfrentando lutas, superando desafios: ganhos e conquistas das mulheres brasileiras no século XX. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar** [online], n. 7, p. 58-61. 2012. Disponível em: <http://revista.univar.edu.br/downloads/enfrentado_lutas_superando_desafios.pdf>. Acesso em: 18 de abril de 2014.

SILVA, M. F. P. *et al.* Formas de violência contra mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 12, n. 1, p. 32-35, jan/abril. 2011.

SILVA, G. L. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2008. 75 p. Monografia (Curso de Direito) – Fundação Educacional Rosemar Pimentel, Centro Universitário Geraldo di Biase, Volta Redonda. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/20196858/Violencia-Domestica-e-Familiar-Contra-a-Mulher>>. Acesso em: 10 de agosto de 2014.

SOARES, M. C. S. *et al.* Significados da lei maria da penha para mulheres vítimas de violência doméstica. **RBDC**, v. 21, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/11/11>>. Acesso em: 10 de agosto de 2014.

SOLA, E. P. S. *et al.* A mídia televisiva: prática na contribuição do conhecimento de mulheres em situação de violência doméstica. **Cad. Esp. Fem.**, Uberlândia, MG, v. 26, n. 1, p. 268-28, jan/jun. 2013.

SOUSA, D. B.; SERRA, A. J.; SUZUKI, F. S. Atividade física e nível de depressão em idosas. **Rev. Bras. Cienc. da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 3-6. 2012.

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

SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C.; MENEZES, M. R. Violência contra pessoas idosas promovida em instituição de saúde. **Mediações**, Londrina, v. 17 n. 2, p. 57-72, jul./dez. 2012.

SOUZA JANUÁRIO, I. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 13, 2010, Rio Grande do Norte. **Anais...** Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2010. Disponível em:<<http://189.59.9.179/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I19725.E8.T3054.D4AP.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2014.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, São Paulo, 2007. 108 p. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno_violencia_mulher.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

VIEIRA, L. B. Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n.4, p. 678-685, out/dez. 2011.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], Porto Alegre, RS, v. 30, n. 4, p. 609-616, out/dez. 2009.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil, 2012. Disponível em:<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2014.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA MULHER:

- 1 Iniciais: _____
- 2 Idade: _____
- 3 Escolaridade () Não alfabetizada () Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto
() Superior completo
- 4 Profissão: _____ () Não informado
- 6 Cor/Raça () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () Não informado
- 8 Situação Conjugal/Condição Civil () Solteira () Casada/união consensual () Viúva
() Separada () Homo afetiva () Não informado
- 9 Filhos () Sim () Não () Não informado

DADOS DA SAÚDE DA MULHER:

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

DADOS DA VIOLÊNCIA:

- 1 Data da ocorrência ____/____/____
- 2 Grau de parentesco do agressor? _____
- 2 Local de ocorrência () Residência () Trabalho () Via pública
() Comércio/Serviços () Habitação coletiva () Escola () Bar ou similar () Ignorado () Outro () Não informado
- 3 Tipo de violência () Física () Sexual () Psicológica () Moral () Patrimonial
() Tortura () Outra () Não informado
- 4 O que te faz permanecer nessa situação? _____
() Não informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, _____,
_____ (CARGO) fiel depositário das fichas individuais e da base de dados da instituição: Secretaria Executiva de Políticas Públicas para as Mulheres de Cajazeiras – PB, declaro que a aluna Jessika Lopes Figueiredo Pereira está autorizada a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “Perfil da violência contra mulheres em um Centro de Referência de Cajazeiras – PB”, sob a responsabilidade da orientadora Prof^a Mestra Cecília Danielle Bezerra Oliveira, cujo objetivo principal é “Compreender o perfil da violência praticada contra as mulheres atendidas em um Centro de Referência.”

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos todos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

I - Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas;

II - Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;

III - Garantia de que a pesquisa possua benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão.

Cajazeiras, _____ de _____ de 2014.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(PESQUISADOR RESPONSÁVEL)**

Eu, **Cecília Danielle Bezerra Oliveira**, Professora da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), responsabilizo-me pela orientação de Jessika Lopes Figueiredo Pereira, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Perfil da violência praticada contra mulheres atendidas em um Centro de Referência de Cajazeiras – PB*”. 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, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa.

CECÍLIA DANIELLE BEZERRA OLIVEIRA
Pesquisador Responsável

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(PESQUISADOR PARTICIPANTE)**

Eu, **Jessika Lopes Figueiredo Pereira**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Ma. Cecília Danielle Bezerra Oliveira, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Perfil da violência praticada contra mulheres atendidas em um Centro de Referência de Cajazeiras – PB*”. Comprometo-me ainda 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 meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

JESSIKA LOPES FIGUEIREDO PEREIRA

Pesquisador Participante