

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABÍOLA FERREIRA ALVES

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2024

FABÍOLA FERREIRA ALVES

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Enfermagem do Centro
Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO),
como requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Katia Monaisa
Figueiredo Medeiros

JUAZEIRO DO NORTE - CE
2024

FABÍOLA FERREIRA ALVES

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), como requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Katia Monaisa Figueiredo Medeiros
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Orientadora

Profa. Me. Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
1º Examinadora

Prof. Me. Hércules Pereira Coelho
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
2º Examinador

*“Eu não sou livre enquanto alguma mulher não
o for, mesmo quando as correntes dela forem
muito diferentes das minhas”.*

Audre Lorde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inmensuravelmente a **Deus**, por me permitir chegar até aqui, por ser o meu amparo, a fonte das minhas forças. A certeza que tenho é que foi ele que me sustentou com seus cuidados e protegeu de todos os perigos e maus, inclusive em momentos em que a certeza e todas as convicções me eram escassas, e convicta estou que Ele tem propósitos e planos na minha vida, tudo é permissão Dele.

Agradeço aos meus pais **Diassis Ferreira de Sousa** e **Cicera Alves de Sousa**, pela missão que tiveram de cuidar de mim e meus irmãos, nos ensinando e zelando pelo nosso bem. Nos ensinaram desde criança valores e princípios que levarei comigo sempre, e mesmo com tantas lutas do dia-a-dia, se mantiveram firmes e incansáveis para permitir que hoje eu realizasse um de meus sonhos, e sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial, mesmo quando me sentia incapaz, vocês me inspiraram com amor, humildade e caráter. Por tantas vezes, que se sacrificaram por mim espero orgulhar vocês e contribuir ao menos um pouco.

Aos meus irmãos **Felipe Ferreira Alves**, **Fabiano Ferreira Alves** e **Fernanda Alves de Sousa**, que sempre estiveram comigo para me encorajar a cada nova jornada, pelas palavras de apoio, conselhos, por sempre estarem do meu lado nos momentos mais difíceis, também pelos momentos mais divertidos e dinâmicos. Obrigada por trazerem ao mundo os meus sobrinhos lindos, Luís e Liz, eles alegram e me ensinam todos os dias

Agradeço também **aos meus colegas e amigos**, que Deus colocou em meu caminho, e hoje com imenso prazer e emoção posso falar que tenho amizades verdadeiras, da **turma 120**, que me auxiliaram, incentivaram, encorajaram, e em momentos que pensei em desistir, mesmo sem ter ciência do que estavam fazendo, vieram com palavras de ânimo e encorajamento.

A minha querida orientadora **Profa. Me. Katia Monaisa Figueiredo Medeiros**, a que estive durante toda essa jornada comigo, em cada etapa da minha monografia, inspirando com palavras de encorajamento, pela sua postura, delicadeza e educação, quero agradecê-la, pois, sua orientação e atenção foi enaltecida para o desenvolvimento desta monografia.

A banca examinadora **Profa. Me. Ariadne Gomes Patrício Sampaio**, pelas aulas esclarecedoras e norteadoras e por estimular o espírito da pesquisa, em como, por suas contribuições como avaliadora do presente trabalho.

Ao **Prof. Me. Hercules Pereira Coelho**, por suas contribuições e incentivo para produção de trabalhos científicos no âmbito acadêmico, por compor a banca avaliadora do presente trabalho.

Por fim, a todos **funcionários da instituição da Casa da Mulher Cearense**, que possibilitaram e viabilizaram a realização da pesquisa. **As participantes da pesquisa**, que mesmo em um momento tão delicado aceitaram participar da minha pesquisa, me ensinaram a ver e ter outros olhos e mais sensibilidade a respeito das dores de outras pessoas.

RESUMO

A Violência Contra a Mulher (VCM), define-se como qualquer ato intencional que pode ou não causar danos à integridade física, sexual, psicológica e ou mental nas mulheres, sendo considerada um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. Os serviços de saúde, sejam de atenção primária, secundária ou terciária devem atender de forma integral e humanizada à mulher acometida de violência, essa assistência é fundamental na resolução dos problemas identificados e, no fortalecimento da mulher para que essa possa vislumbrar os serviços da rede como um meio de proteção e suporte no enfrentamento a VCM e reconhecimento de seus direitos. Objetivou-se compreender a percepção das mulheres atendidas na casa da mulher cearense, acerca da necessidade do atendimento em saúde realizado pela equipe multiprofissional após situação de violência. Trata-se de um estudo misto, com abordagem quanti-qualitativa e enfoque de caráter descritivo-exploratório. O estudo foi realizado na Casa da Mulher Cearense, a qual é responsável por prestar serviço de Delegacia especializada, assistência social, defensoria pública e juizado. A coleta de dados foi concretizada no mês de abril de 2024. Após adoção de critério de inclusão e exclusão, a amostra foi composta por 20 participantes, o encerramento da coleta deu-se por critério de saturação teórica para o total de participantes foi acrescido 1/3 como margem de segurança. Como instrumento de coleta usou-se a entrevista semiestruturada e houve a gravação dos relatos com posterior transcrição na íntegra. Os dados quantitativos foram compilados, por meio do software *Excel 2013 for Windows*. Os resultados do estudo foram organizados em tabelas, gráficos e depoimentos a partir da transcrição dos relatos das participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, com o parecer consubstanciado de nº 6.676.142. De acordo com os resultados, averiguou-se que a faixa etária mais expressiva era a de jovens entre 31 e 40 anos, expressa por 35%, 60% eram solteiras, esse número é fruto principalmente do medo de um novo relacionamento abusivo, segundo relatos das participantes. Entre as tipologias mais frequentes está a violência psicológica correspondendo a 35%, seguido por 25% da violência física, sendo que o agressor mais relatado foram atualmente os ex-companheiros, 40%. Ficou evidente no discurso dessas mulheres que uma pequena parcela não sentiu necessidade de procurar o serviço de saúde após o episódio de violência. Enquanto outra parcela sente os impactos da violência principalmente na saúde psicológica, necessitando de suporte assistencial. Assim, conclui-se que muitas vítimas evitam buscar ajuda de saúde devido ao medo de julgamento, exposição e à presença do agressor. Além disso, a falta de apoio adequado dos profissionais de saúde pode desencorajar as mulheres a buscarem ajuda, perpetuando a situação de violência.

Palavras chaves: Assistência em saúde. Percepção. Profissional de saúde. Redes de atenção.

ABSTRACT

Violence Against Women (VAW) is defined as any intentional act that may or may not cause damage to the physical, sexual, psychological and/or mental integrity of women, being considered a serious public health problem and violation of human rights. Health services, whether primary, secondary or tertiary care, must provide comprehensive and humanized care to women affected by violence. This assistance is fundamental in resolving identified problems and in strengthening women so that they can access the network's services. as a means of protection and support in confronting VAW and recognizing their rights. The objective was to understand the perception of women attended at the Ceará women's home, regarding the need for health care provided by the multidisciplinary team after a situation of violence. This is a mixed study, with a quantitative-qualitative approach and a descriptive-exploratory approach. The study was carried out at the Casa da Mulher Cearense, which is responsible for providing specialized police services, social assistance, public defenders and courts. Data collection took place in April 2024. After adopting the inclusion and exclusion criteria, the sample consisted of 20 participants, the collection was closed due to the theoretical saturation criterion, and 1 was added to the total number of participants. /3 as a safety margin. A semi-structured interview was used as a collection instrument and the reports were recorded and later transcribed in full. Quantitative data were compiled using Excel 2013 for Windows software. The results of the study were organized into tables, graphs and statements based on the transcription of the participants' reports. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, with the substantiated opinion no. 6,676,142. According to the results, it was found that the most significant age group was young people between 31 and 40 years old, expressed by 35%, 60% were single, this number is mainly the result of the fear of a new abusive relationship, according to reports of the participants. Among the most frequent types is psychological violence corresponding to 35%, followed by 25% of physical violence, with the most reported aggressors currently being ex-partners, 40%. It was evident in the speech of these women that a small proportion did not feel the need to seek health services after the episode of violence. While another portion feels the impacts of violence mainly on their psychological health, requiring assistance support. Thus, it is concluded that many victims avoid seeking health help due to fear of judgment, exposure and the presence of the aggressor. Furthermore, the lack of adequate support from health professionals can discourage women from seeking help, perpetuating the situation of violence.

Keywords: Health assistance. Perception. Healthcare professional. Care networks.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas das mulheres vítimas de violência atendidas na Casa da Mulher Cearense no interior do Ceará. Ceará, Brasil. 2024.....	35
Gráfico 1. Perfil dos perpetradores de violência contra a mulher. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2024	39
Gráfico 2. Tipos de violência contra a mulher. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2024.	41
Gráfico 3. Tipos de violência contra a mulher. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2024.	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
DDM	Delegacia de Defesa a Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
Me	Mestre
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCPE	Termo de Consentimento Pós Esclarecido

UNILEÃO	Centro Leão Sampaio Universitário Doutor
VCM	Violência Contra a Mulher
VDFCM	Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	16
3.1.1	Ciclo da violência por parceiro íntimo.....	18
3.2	MAGNITUDES NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL.....	19
3.3	LEGISLAÇÃO E POLITICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE PROTEÇÃO A MULHER.....	22
3.4	ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	24
3.5	ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇO DE SAÚDE E A CASA DA MULHER CEARENSE.....	27
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO.....	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
4.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	30
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	31
4.5	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	33
4.8	RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	34
5	RESULTADOS.....	35
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	35
5.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAUSADOR E TIPO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA...	37
5.1.2	Vivência com o perpetrador da violência.....	37
5.1.3	Identificação dos tipos de violência contra a mulher.....	40

5.3	CATEGORIA TEMÁTICA 1: PERCEPÇÃO DA VÍTIMA SOBRE A CONVIVÊNCIA TRAUMÁTICA COM O AGRESSOR.....	43
5.4	CATEGORIA TEMÁTICA 2: IMPACTO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	49
5.5	CATEGORIA TEMÁTICA 3: CONCEPÇÃO DAS PARTICIPANTES SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL RECEBIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	55
6	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	75
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	78
	APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	79
	APÊNDICE D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VOZ E IMAGEM.....	82
	ANEXOS.....	83
	ANEXOS A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	84
	ANEXO B: <i>CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)</i>	85
	ANEXOS C: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.....	86

1 INTRODUÇÃO

A violência possui várias características peculiares a cada público por esta atingida, pois trata-se de um fenômeno complexo que envolve fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e ambientais. A Violência Contra a Mulher (VCM), define-se como qualquer ato intencional que pode ou não causar danos à integridade física, sexuais, psicológicas e ou mentais para as mulheres, inclusive pode ser manifestar por meio de ameaças, coação ou privação de liberdade, em via pública ou privada, chegando a causar incapacidade temporária ou permanente e até mesmo o óbito. A VCM é derivada principalmente da desigualdade de gênero e considerada como um grave problema de saúde pública (OPAS/OMS, 2015).

Desse modo, a VCM é um fenômeno de repercussões históricas e multicausal, somente no final do século XX e início XXI, passa a ser pauta de discussão social. A compreensão da VCM envolve desde a forma como é reproduzida, ao comportamento manifestado pelo agressor hora caracterizado pela sutileza, hora pela agressividade exacerbada, o que pode ter sido estimulado pela influência cultural sobre o indivíduo, pelo histórico em instituição familiar e, em âmbitos de desenvolvimento moral do indivíduo. A violência de gênero abala a mulher fisicamente e psicologicamente causando danos a capacidade de independência e bem-estar, prejudicando sua relação interpessoal com a família e em sociedade (Delmoro; Viela, 2022).

Logo, a VCM é considerada um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, que embora seja um dos tipos mais comuns de violência também é a mais cruel. Esse tipo de violência é também permeada pelos conceitos de violência de gênero, violência intrafamiliar ou violência doméstica. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, uma em cada três mulheres no país foi acometida pela à violência física ou sexual, cujo agressor é em sua maioria o parceiro íntimo, ou, ainda, seguido em menor porcentagem por agressor não íntimo (OMS, 2019).

Nesse contexto, os serviços que compõem a rede de atenção e prevenção a violência contra a mulher são cruciais no atendimento às vítimas, essa é composta por órgãos públicos de saúde, assistência social, segurança pública e justiça, por exemplo, casa da mulher brasileira, unidades de saúde e delegacias especializadas dentre outros serviços (Brasil, 2011a).

Na área de saúde, todos os serviços sejam de atenção primária, secundária ou terciária devem atender de forma integral e humanizada à mulher acometida de violência. Visto que, essa assistência é fundamental para resolução dos problemas identificados e, no fortalecimento da mulher para que essa possa vislumbrar os serviços da rede como um meio de proteção e suporte no enfrentamento a VCM e reconhecimento de seus direitos (Delziovo, 2022).

Entretanto, percebe-se que os serviços em saúde estão despreparados para fornecer o suporte necessário nesses casos. Assim, a assistência em saúde a mulher vítima de violência é ofertada de forma fragmentada e pontual, de modo que as vítimas têm um longo histórico de idas e vindas nos serviços de saúde, em decorrência de um processo desarticulado entre os serviço de saúde e as delegacias especializadas (Santi; Nakano; Lettiere, 2010).

Nessa perspectiva, percebe-se a importância da atenção integral à mulher junto com a instituição de justiça, no cuidado integral à mulher de forma. A junção dos dois serviços permite um maior suporte em suas necessidades, principalmente no que tange à assistência à saúde.

Segundo dados, a maior parte das mulheres vítimas de violência com lesões graves estão em alguns casos, associadas também a violência sexual. Essas mulheres quando procuram a unidade hospitalar necessitam de atendimento de urgência e emergência. Desse modo, é necessário que os profissionais sejam capacitados e tenham conhecimento acerca dos padrões de utilização de cuidados de saúde associados à VCM, para que assim sejam capazes de assistir adequadamente a mulher mesmo em meio a complexidade dos cuidados demandados e magnitude da VCM (Fonseca, 2021).

Diante o exposto, surgiu a seguinte inquietação: qual a percepção da mulher vítima de violência sobre o atendimento em saúde realizado pela equipe multiprofissional?

Optou-se por essa temática, considerando o interesse pessoal da pesquisadora em investigar a visão das mulheres atendidas na Casa da Mulher Cearense, sobre a relevância da assistência multiprofissional no ato de denunciar os cuidados contínuos a estas mulheres, independentemente de sequelas físicas. Somado a essa justificativa a o fato de que essa temática está incluída na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), no eixo 10 (Brasil, 2018).

O estudo é crucial para a equipe multiprofissional dos serviços assistenciais em saúde, seja ela em nível de atenção primária ou secundária a saúde, visto que há fragilidades no atendimento, bem como a necessidade de capacitação na área e de implementação de protocolo de assistência o que possibilita a tomada de decisões, permitindo assim que os profissionais coloquem em prática seus conhecimentos, habilidades, técnicas e experiência do cuidado específicos da área. E para a sociedade, a pesquisa em questão vem esclarecer o quanto a atenção em saúde integral é fundamental nos direitos desse público, bem como no combate a violência contra a mulher e na promoção da qualidade de vida destas.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender a percepção das mulheres atendidas na Casa da Mulher Cearense, acerca da necessidade do atendimento em saúde realizado pela equipe multiprofissional após situação de violência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico, bem como, sua relação com o tipo de violência sofrido por mulheres atendida na Casa da Mulher Cearense;
- Analisar por meio do discurso das mulheres qual tipo de atendimento em saúde pode ser ofertado para ajuda a mulher em situação de violência;
- Listar os tipos de atendimento em saúde que foram ofertados a mulher vítima de violência e o impacto na qualidade de vida desse contingente.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Na contemporaneidade a Violência Contra a Mulher (VCM), tem se tornado uma preocupação global que envolve pessoas de diversas culturas e ambientes sociais. A VCM possui raízes históricas, tendo, pois, relação estreita com o gênero, em que poderá gerar como consequências dano ou sofrimento em vários aspectos da vida, os quais podem comprometer a integridade física, psicológica e moral. Conforme, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), em 1994, esse tipo de violação compromete a liberdade os direitos fundamentais das mulheres, caracterizando-se ainda pela intrínseca relação desigual de poder entre homens e mulheres (Brasil, 1994).

Nesse contexto, as relações desiguais favorecem a perpetuação de atos e ambientes propícios à violência. Culturalmente a mulher é considerada inferior e isso se deve a ideologia patriarcal, onde a mesma é considerada submissa à vontade masculina e, por isso, deve atender às exigências sociais que ditam o padrão comportamental da sociedade (Almeida; Lucena, 2020). Esse tipo de visão limitada e discriminatória favorece a perpetuação da violência de gênero. A subjugação desse público contribui para a agressão nos variados meios sociais. As agressões não se limitam apenas a figura masculina, mas também à contribuição da sociedade e do Estado, dado ao fato da incapacidade governamental em pôr em prática os direitos humanos da mulher (Simões; Luz, 2016).

A violência ocorre por meio de pessoas que possuem qualquer tipo de relação com as vítimas, inclusive vínculo emocional, havendo ou não compartilhamento de moradia com o agressor. Quando o agressor e a vítima compartilham a moradia as lesões manifestadas são físicas, provenientes de maus-tratos, abuso sexual e estupro, o agressor pode ser o parceiro íntimo, ex-parceiro, irmão, pai ou qualquer outro familiar. A mesma, pode ser acometida por qualquer pessoa ou comunidade e pode envolver o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no trabalho, em instituição pública ou privada (Guedes; Fonseca, 2011).

Dentre as formas de violência acredita-se que a expressão mais cruel seja o tráfico de mulheres e meninas, sendo considerado uma violação grave dos direitos e da dignidade humana. A situação de violência à mulher culmina em vários pontos negativos, tanto para meninas como mulheres, pois estas são privadas do direito de ir e vir, bem como, direito a oportunidades iguais

e de escolha, que muitas vezes é determinada pelas condições específicas de gênero, classe social, indígena, questões econômicas ou culturais e comunidades rurais remotas (Engei, 2020).

Faz-se crucial destacar que a violência pode ser manifestada por coerção, humilhação, ameaças e desqualificação, que envolvem o primeiro nível de violência psicológica. Ao contrário do que se pensa, a violência física é a última etapa da violência contra a mulher e deixam muitas marcas psicológicas não visíveis. Quando visível, pode deixar hematomas, arranhões e lesões na pele. As áreas preferenciais pelo agressor são regiões de difícil visualização pela sociedade (Lucena *et al.*, 2016).

Assim, as situações vivenciadas pelas vítimas causam intenso sofrimento, mas ainda assim, algumas não se sentem motivadas a denunciar ou pedir ajuda ou ainda quando tentam são impedidas. De acordo com Souza e Rezende (2018) as mulheres são movidas por uma intensa vergonha, pois sentem-se culpadas, humilhadas e ainda temem pela segurança dos filhos, muitas não compreendem ou têm consciência que estão sofrendo violência de gênero ou ainda que estão sendo manipuladas pelo agressor.

Compreende-se que um fator contribuinte para que a mulher não efetue a denúncia a situação de violência é por não se enxergar dentro de um ambiente de violência, isso por que muitas já vêm de um ambiente familiar violento. A motivação para que a mulher efetue a realização do Boletim de Ocorrência (BO) é quando a ameaça à vida é grave, isto é, as ameaças que incluem uso de arma branca ou de fogo contra a vítima. Embora a Lei Maria da Penha propunha o rompimento da cadeia de violência, ainda há muitas fragilidades legislativas que promovem a manutenção ou reincidência de episódios de violência (Machado, 2020).

Quanto mais a mulher é submetida a violência mais vulnerável ela fica a abusos sexuais, gravidez indesejada, Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), ou ainda impedidas de terem acompanhamento profissional em saúde (Schraiber; D'oliveira; Kiss, 2007).

As consequências repercutem também no binômio mãe-filho, pois, há dificuldade de as crianças interagirem socialmente, visto que apresentam comportamento introspectivo se isolam socialmente, apresentam baixo rendimento escolar e podem ter dificuldade em se inserir no mercado de trabalho, além disso, estão mais susceptíveis ao uso de substância que causam dependência química (Rosario; Bispo, 2021).

Sabe-se que para o desenvolvimento de qualquer indivíduo há variáveis que os influenciam positivamente, quando vivem em ambiente propício à geração de bem-estar, segurança e amor, entretanto, quando se cresce em um ambiente violento as bases familiares ficam instáveis e incapazes de dar suporte necessário ao desenvolvimento da criança (Martins; Teixeira, 2020).

Vários são os traços característicos que podem motivar a conduta do agressor, não há somente um fator isolado ou capaz de traçar um perfil único para atribuir aos agressores. Acredita-se que alguns fatores podem ser considerados como aspectos adicionais capazes de contribuir para os conflitos, como: história pessoal ou familiar, personalidade, cultura, sociedade, uso de entorpecentes ou distúrbios psiquiátricos. Não há uma motivação única ou causa determinada que leve o agressor a lesionar a mulher (Soares, 2005).

3.1.1 Ciclo da violência por parceiro íntimo

A violência doméstica contra a mulher é compreendida na Lei Maria da Penha como sendo um fenômeno de expressão cíclica. Tendo como agressor principal o parceiro íntimo, responsável pelos atos de violação. A relação entre a mulher e o parceiro denota uma relação abusiva e manipuladora. Esse tipo de violência compreende três fases: a primeira é o aumento de tensão, a segunda é o ato de violência, e a terceira é o arrependimento e comportamento carinhoso, também conhecido como a fase da lua-de-mel. O comportamento descrito é conhecido por contribuir para a permanência da mulher na relação abusiva (Brasil, 2006).

É importante destacar que esse comportamento agressivo, expresso pelo parceiro íntimo da mulher, começa de forma discreta e sutil, no qual este passa a limitar a liberdade da parceira, com atitudes que afetam diretamente a autoestima, através de humilhação, constrangimento e manipulação das decisões da mulher (Silva; Coelho; Caponi, 2007).

Assim, na primeira fase, o aumento de tensão, o agressor passa a adotar comportamento irritadiço a qualquer coisa, principalmente quando dirigido a mulher, comete atos de desrespeito, ameaças, destrói objetos, principalmente os referentes ao trabalho da mulher. Essas ações geram na mulher um misto de sentimentos que vão desde a negação da situação vivenciada ao medo, angústia e ansiedade (Instituto Maria da Penha, 2023). Em sociedade, o agressor dificilmente demonstra ter atitudes agressivas, e passa a imagem de ser respeitoso e compreensivo, entretanto é no ambiente familiar que as agressões massivas ocorrem.

Ainda de acordo com o Instituto Maria da Penha (2023) na segunda fase, conhecida como ato de violência, ocorrem as agressões físicas propriamente ditas, o agressor perde completamente o controle e o manifesta por meio das atitudes violentas. Nesse momento os sentimentos predominantes se manifestam também fisicamente, como insônia, perda de peso, cansaço, vergonha, confusão e dor. Embora a experiência seja extremamente negativa, muitas mulheres são desestimulantes a fazer a denúncia ou a sair do ambiente violento, por parentes, amigos ou pelo próprio agressor.

A mudança de comportamento descrita na terceira etapa justifica, em partes, a desistência da mulher, uma vez que o companheiro após o episódio de violência muda completamente, o agressor mostra-se arrependido e carinhoso, a famosa fase da “lua-de-mel”, há promessa de mudança e que o ocorrido não iria voltar a se repetir (Instituto Maria da Penha, 2023).

Diante desse cenário, ressalta-se que o agressor reverte a situação e consegue manipular a vítima, sempre atribuindo a culpa da situação a algo que ela fez. O misto de sentimentos confunde a vítima de forma que essa passa a se culpabilizar e acreditar nas promessas, o que contribuiu para que o ciclo se reinicie por meses ou anos. Com o passar do tempo a violência tende a se agravar, chegando até a ocorrer feminicídio (Silva; Padoin; Vianna, 2015).

Acredita-se que somado a isso há uma visão machista da figura feminina como objeto de reprodução biológica, estereótipos como esse contribuem para a imposição familiar e social da mulher como subordinada e, as agressões do companheiro como uma forma de dominação socialmente esperada, e que a mulher deve perdoar as “falhas do companheiro” e acredita nas promessas de mudança, que nunca voltará a praticar tal erro (Lucena *et al.*, 2016).

3.2 MAGNITUDES NA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

A violação à mulher no Brasil, esteve marcada desde a colonização no século XV, onde a dominação e o poder eram questão de *status*, com imposição da força e posição hierárquica dos colonizadores portugueses. A dominação do homem branco sobre as mulheres negras escravizadas era imposta pela sexualidade, uma forma de denotar poder, mulher era alvo de fantasias sexuais, que se concretizavam por meio dos estupros. Essa realidade também foi compartilhada por mulheres indígenas, mas com menos agressividade dado a proteção religiosa da época. Infelizmente, a história do país foi constituída mediante a dor e sofrimento dos mais vulneráveis (Saffioti, 2015; Collin, 2019).

Nesse contexto, a luta de mulheres foi intensa e longa, marcada por inúmeras histórias de injustiça e de fatalidades não noticiadas e contabilizadas. O movimento pré-feministas e de mulheres de vários países foi fundamental para que os direitos femininos passassem a ser discutidos na sociedade. Somente na década de 1950 a Organização das Nações Unidas (ONU) passou a considerar a VCM como algo que precisava ser combatido, sendo, a partir disso, desenvolvidas atividades contra a violência à mulher, baseadas no princípio da isonomia entre homens e mulheres (Pinafi, 2007).

No Brasil o movimento feminista surgiu em 1970 e proporcionou suporte para a disfunção dos direitos da mulher. A época foi marcada pela intensa impunidade da violência cometida contra a mulher, aquelas que se manifestavam eram alvo de intensa represália social, assassinatos dentre outros. Somente em 1981, surgiu o programa SOS Mulher, na cidade do Rio de Janeiro, objetivando atender mulheres em situação de violência doméstica, sendo posteriormente difundido para outras cidades como São Paulo e Porto Alegre. Com as intensas manifestações dos movimentos feministas e de mulheres, em 1985 houve a criação e implementação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), (Pinafi, 2007).

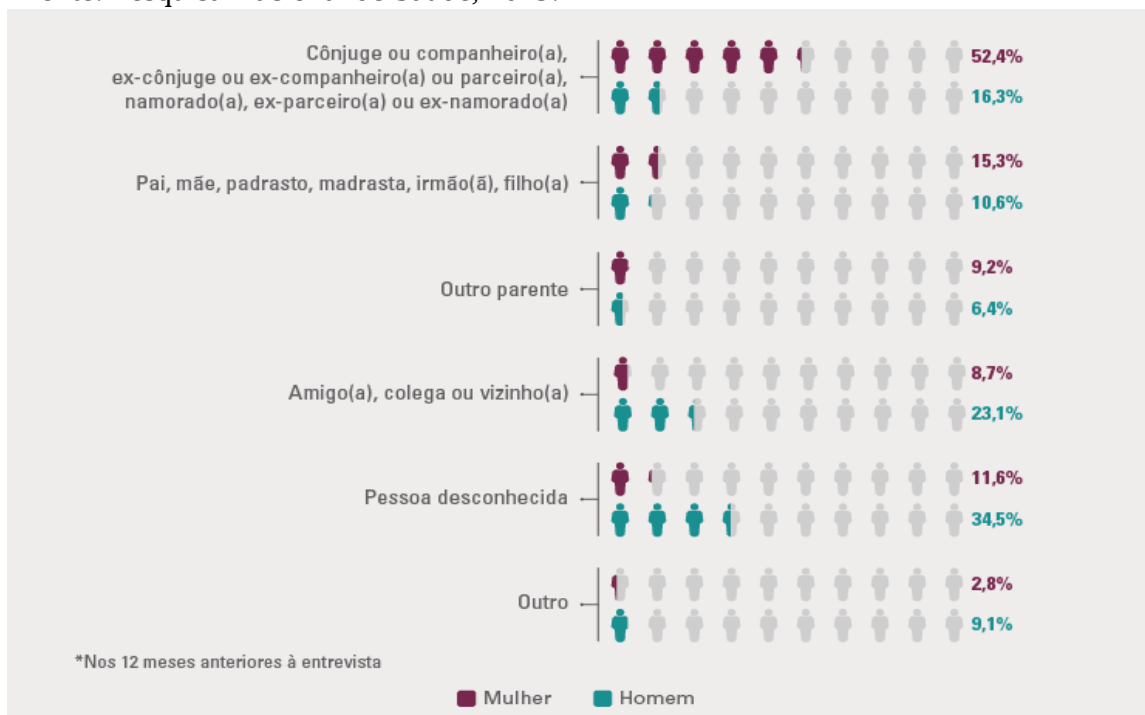
Entretanto, mesmo com essa mudança e ainda com a Declaração do tratado de Viena, em 1993, e a Convenção de Belém do Pará, conhecida como convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, não houve mudanças efetivas no campo prático, pois, a impunidade sobrepunha a justiça. Após intensa mobilização social, midiática e política foi criada a lei nº 11.340 de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, a qual tipifica a violência de gênero como crime passivo de punição criminal (Ritt; Ritt, 2020).

Contudo, embora a Lei nº 11.340 tipifique os tipos de violência em física, sexual, patrimonial e psicológica, a sua aplicação, em termos de categorização, dificilmente é aplicada quando a mulher faz o BO nas delegacias. Observa-se que esse fato se mostra negativo, uma vez que para evidências e desenvolvimento estatístico para pesquisas, esses dados são inviáveis, e as datações bem como a divulgação ou criação do mapa de VCM são defasados ou podem representar um corte de tempo bastante retardatário, o que, por sua vez, prejudica também a avaliação das práticas para o combate e medidas de proteção da VCM (Machado, 2020).

Outrossim, a Lei Maria da Penha, em sua instauração em 2006, trata da obrigatoriedade da inclusão de dados estatísticos a despeito da VCM tanto no ambiente doméstico quanto no familiar. Em tese, esses dados deveriam ser lançados anualmente e apresentar características expressas que corroborem com o combate à violência, entretanto, os dados disponíveis frente à atual conjuntura são obsoletos e, muitas vezes, sofrem com uma brutal subnotificação. Além de serem gerados por setores distintos como o Estatuto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, as principais fontes de dados do país, ainda há muitas informações que divergem ou que foram realizadas a muito tempo atrás se mostrando precários e insuficientes para sumarização de dados de qualidade (Alves; Dumaresq; Silva, 2016).

Figura 1. Pessoas de 18 anos ou mais que sofreram violência física. Ceará, Brasil. 2023.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

De acordo com dados do IBGE (2019) o principal local de agressão contra a mulher é o domicílio, seja esse o local que vive com o parceiro ou onde o ex-parceiro ou qualquer outro agressor tem acesso para efetuar as agressões. Segundo dados levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), foram contabilizados o número de casos de violência de acordo com a tipificação, obtendo-se: violência física, 52,4%, psicológica, 32,0% e violência sexual, 53,3%, está ocorre na residência com mais frequência. Sabe-se que essas violências não são completamente isoladas entre si, pois muitas vezes podem surgir em conjunto (IBGE, 2019).

Faz-se fundamental destacar, ainda, que a VCM embora majoritariamente seja cometida pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro, as agressões também podem ser cometidas por familiares próximos, como pai, mãe, madrastra, irmão e filho e, ainda, amigos, colegas, vizinhos ou por uma pessoa desconhecida. Ainda de acordo com dados da PNS, 3,5 milhões de mulheres no país interromperam suas atividades diárias devido às agressões sofridas. A situação de violência traz danos à mulher, sendo que 47,7% das vítimas relataram sofrer em decorrência da violência vivida terem problemas psicológicos. Já 77,6% das agressões físicas comprometeram além da integridade física a saúde psicológica das mulheres (IBGE, 2019).

A violência contra a mulher independentemente da forma como se apresenta, têm uma estreita relação entre si, portando quando uma ocorre as outras também podem acontecer ao

mesmo tempo, isso se evidencia fortemente violência sexual, onde segundo as mulheres entrevistadas pela PNS 60,2% tiveram consequência psicológicas, 19,4%, foram físicas e 5% tiveram consequências sexuais (IBGE, 2019).

Quanto à forma que as agressões ocorrem, têm-se hoje dados expressos pelo fórum Brasileiro de Segurança Pública, cerca de 18,6 milhões de mulheres no país sofreram violência de gênero em 2022. Dos quais 23,1% foram ofensas, 13,5% perseguição, 12,4% ameaças de violências físicas, 5,4% espancamento ou tentativa de estrangulamento, 5,1% uso de arma branca ou arma de fogo, 1,6% lesão provocada e esfaqueamento ou tiro (Souza, 2022).

É válido destacar que a subnotificação no Brasil mascara o real cenário e contribui para a negligência a assistência integral a mulheres e famílias que vivem ou passaram por essa situação, desde a assistência judicial, legislativo, ao atendimento em saúde a mulher e familiares acometidos por essa mazela social de ampla repercussão (Brasil, 2015a).

3.3 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE PROTEÇÃO À MULHER

A Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra a Mulher no país somente começou a ser desenvolvida em 1980, incentivada pela intensa manifestação feminina. A política teve como objetivo definir conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate a VCM, além de proporcionar assistência e garantir direitos às mulheres. Diante o cenário, em 1983 foram articuladas estratégias para criação do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), o qual programa tinha como função atender as mulheres em situação de violência. Surgiu também a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) (Chagas; Oliveira; Macena, 2022).

No que tange o exercício de direitos da mulher e leis de proteção se pode dizer que estas foram surgindo a passos lentos e cheios de lacunas que comprometem o pleno exercício dos direitos femininos. O divórcio, por exemplo, só foi possível em 1977, por meio da lei nº 6515, o que até então não era aceito ou bem-visto pela sociedade, a mulher era obrigada a continuar em um relacionamento forçadamente (Guedes; Zago, 2010).

Com a Constituição Federal de 1988 passou a ser incluso o princípio da igualdade entre gêneros, o dever do Estado de intervir a fim de coibir a violência na esfera pública e privada, o que foi fundamental para impulsionar a criação de leis contra a violência à mulher (Almeida; Lucena, 2020).

Nessa perspectiva, vários movimentos feministas ocorreram dando notoriedade para a temática em questão. Embora houvesse sido instituído pela Constituição Federal os direitos da

mulher, ainda não havia uma definição clara sobre o que era a VCM. Assim, a Convenção de Belém do Pará, em 1994, define a VCM como qualquer ação baseada no gênero capaz de gerar sofrimento físico, sexual e ou psicológico ou que culminem na morte de mulheres, tanto na esfera pública como privada, ao passo que estabeleceu também o direito a viver sem violência (Convenção de Belém do Pará, 1994).

Em 1998, o Ministério da Saúde elabora normas técnicas a serem adotados no atendimento ao serviço de saúde a mulheres vítimas de abuso sexual. Com isso foi possível que mulheres adultas e adolescentes obtivessem imediatamente cuidados em saúde visando reduzir agravos decorrentes da violência sofrida, primando a prevenção de IST e da gravidez indesejada (Brasil, 2011a).

Ainda assim, as dimensões da violência de gênero só passaram a ser contabilizadas devido à lei 10.778 de 2003, onde a notificação de violência passou a ser obrigatória nos serviços de saúde, públicos e privados (Barros *et al.*, 2022).

Pode-se afirmar que o grande marco para o combate à VCM foi a lei Maria da Penha. A lei nº 11.340/06 foi criada devido à pressão internacional da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência Contra a Mulher, na qual o país faz parte. Nesse contexto, a Lei Maria da Penha foi incrementada com intuito de refrear a violência doméstica e intrafamiliar (Brasil, 2006). A lei fomenta que é função do poder público assegurar os direitos humanos da mulher, de modo a livrá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Mello, 2018).

Com isso, as redes de proteção especializadas no atendimento à mulher foram instauradas, de modo a contribuir com a instalação de várias casas abrigo e centros de referência de atendimento às mulheres, ademais possibilitou a produção de estudos, pesquisas e estatísticas sobre violência contra as mulheres (Mello, 2021).

A lei 11.340 compreende a violência em cinco categorias/tipologias: a física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. Em seu artigo 7 descreve as formas de violência, conforme apresentados a seguir:

- I - A violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - A violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018);
- III – A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante

intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - A violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - A violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (Brasil, 2006).

Contudo, embora o país tivesse índices altíssimos de assassinatos de mulheres por condição de gênero, o Brasil foi um dos últimos a sancionar uma lei para classificar como feminicídio crime hediondo, lei nº 13.104/2015 (Brasil, 2015c). O crime é atribuído ao comportamento misógino, ou seja, aquela pessoa que comete crime por ódio e a aversão a mulheres, manifestando seu desprezo por atos de crueldade e perversão explícita no corpo da vítima (Chagas; Oliveira; Macena, 2022).

O serviço especializado é formado por: casas-abrigo, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidoria da Mulher, Serviços de Saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos Aeroportos (tráfico de pessoas) e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante (Brasil, 2011b).

Além disso, é composta pelo serviço não especializado que compreende, principalmente o atendimento em saúde em hospitais gerais, serviços de atenção básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF), também é constituída pelas delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e defensorias públicas. Essas redes de apoio e proteção fornecem suporte para que as leis do feminicídio e Maria da Penha possam ser executadas plenamente (Brasil, 2011a).

3.4 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

É evidente que o fator saúde e doença estão diretamente relacionados ao indivíduo por completo, pois quando há algo, seja no campo emocional, físico ou espiritual, a saúde é comprometida. Isso aplica-se ao contexto de violência de gênero, portanto, pode ser

considerada um problema social capaz de atingir um conjunto de setores sociais de ordem jurídica, de segurança pública, aos movimentos sociais e ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Rezende; Souza, 2018).

A atenção à mulher se articula entre o serviço especializado e não especializado, de modo a proporcionar um atendimento humanizado, capaz de proteger a integridade da mulher e impedir maiores incidências de vitimização, esse processo de reviver os episódios de agressão traz dados referentes à saúde mental da vítima (Rezende; Souza, 2018).

Conforme dados da Agência Brasil, em 2022, 7,4 milhões de brasileiras sofreram violência física, ou seja, a cada minuto 14 mulheres são vítimas de agressões entre tapas, socos e pontapés. Dentre as expressões mais nocivas se destacam o espancamento, estrangulamento, estupro, ameaça com faca ou arma de fogo ou a efetivação da violência com o uso dessas armas, a lesão provocada por algum objeto que foi atirado nelas (Souza, 2022).

A VCM representa um grave problema de saúde pública devido a magnitude das sequelas que está pode trazer no aspecto físico, mental e espiritual. A procura pelos serviços de saúde acontece rotineiramente devido à lesões físicas e psíquicas de moderadas a graves, comprometendo a qualidade de vida da vítima (Minayo, 2006).

Comumente, mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo iniciam tardiamente o pré-natal, sofrem com a violência física e sexual diariamente e apresentam medo constante de que qualquer atitude sua provoque novo episódio agressivo. A vivência em um ambiente como esse traz repercussões físicas e desencadeia distúrbios psicológicos. A frequência, a depender da gravidade do episódio de violência, independentemente de sua tipificação, é capaz de causar estresse pós-traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, dificuldade de realizar prática sexuais consensuais ou de conseguir se satisfazer sexualmente, distúrbios alimentares, transtornos de personalidade e insônia (Guedes; Fonseca; Egry, 2013).

Com a inclusão da notificação compulsória de violência sexual pelo Ministério da Saúde, em 2003, o atendimento multiprofissional passou a ser fundamental nos mais diversos aspectos da saúde das vítimas. O atendimento à mulher em situação de violência deve ser além do físico, com lesões e sequelas aparentes, deve compreender as variadas dimensões dos problemas e do atender as necessidades individuais das mulheres e familiares, filhos que sofreram ou sofrem com as consequências da violência (Souza; Rezende, 2016).

Os profissionais da ESF, tem um contato maior com a população, possibilitando maior detecção de casos de violência, esse fato dá-se devido às mulheres serem usuárias do serviço de saúde da unidade. A mulher em situação de violência, tende a utilizar o serviço em saúde com mais frequência do que aquelas que não foram violentadas (Martins *et al.*, 2016).

Apesar da alta prevalência da violência contra a mulher, ela ainda é pouco identificada nos serviços de saúde, especialmente nas ESF, esse fato corrobora para a ineficácia das políticas públicas de enfrentamento a violência. Quando a violência deixa de ser notificada, e a abordagem profissional pouco contribui para mudanças dos paradigmas ao qual a vítima vive, a violência contra aquela mulher. A subnotificação acontece principalmente pelo fato de os profissionais em saúde terem dificuldade em identificar casos de violência (Franzoi; Fonseca; Guedes, 2011).

Em suma ao procurar o serviço de saúde a mulher tem uma certa resistência em falar a causa de estar apresentado o problema em questão. Ao chegarem no atendimento ofertado pela Estratégia Saúde da Família, relatam sentir palpitações, insônia, ansiedade, distúrbios gastrointestinais e aparenta nervosismo, essa sintomatologia pode aparecer devido a exposição constante a violência. A identificação do caso de VCM ocorre, muitas vezes, pela inespecificidade dos sintomas ou devido o profissional não conseguir a confiança para que a paciente consiga se expressar (Guedes; Fonseca; Egry, 2013).

Antes de se pensar em uma conduta medicamentosa, os profissionais médicos e enfermeiros devem buscar conhecer a realidade em que a mulher vive. Desse modo, o profissional consegue fazer com que está se sinta à vontade para falar. Em um primeiro momento elas podem negar, mas quando o profissional se mostra respeitoso e tem algum conhecimento sobre a conduta adequada a se tomar nesses casos, o cuidado em saúde torna-se integral à demanda da mulher e possibilita a viabilização de suporte em saúde e judicial. É válido destacar que perguntas diretas fazem com que a mulher se sinta invadida, dificultando “abertura” para falar sobre o assunto (Guedes; Fonseca; Egry, 2013).

A abordagem da vítima na atenção primária, secundária ou terciária deve ser pautada em uma escuta atenta, livre de julgamento, com garantia de privacidade, sigilo e estímulo para a tomada de decisão compartilhada com a mulher. O profissional deve avaliar o risco a integridade desta, identificando a necessidade de encaminhamento a um serviço especializado. O preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é feito por médicos e enfermeiros, tendo como função registrar em prontuário de modo descritivo as lesões ou achados suspeitos de violência física e/ou sexual. Além desses profissionais, há também a assistência psicológica, do serviço social, segurança, Casas de Abrigo, dentre outros (Arboit, 2017).

Quando a violência é sexual o atendimento deve fornecer medidas baseadas na prevenção, atendimento de emergência, medidas de reabilitação e tratamento de agravos e impacto na saúde física e emocional, inclusive de gravidez decorrente do ato de violência. A

legislação brasileira permite o aborto legal, caso seja desejo da mulher não seguir com a gravidez, nessas situações (Brasil, 2012a). O atendimento, segundo a lei nº 12.845, de 2013, dispõe acerca do atendimento integral a pessoa vítima de violência sexual. Em 2014 a portaria nº 1.271 discorre sobre a notificação imediata dos casos de violência sexual (Brasil, 2013a, Brasil, 2014).

A violência sexual está atrelada a riscos à saúde física, geralmente atendidos em unidade hospitalares, pois o atendimento é de 24 horas. Dentre os riscos estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gravidez indesejada, síndrome do pânico, agravamento traumático, depressão e distúrbios de ordem psicossomáticos (Brasil, 2012a).

Hoje é orientado pelo Ministério da Saúde (MS) a realização da quimioprofilaxia pós-exposição, compreendendo apenas casos de violência que tenham ocorrido em menos de 72 horas e que não seja recorrente, o intuito dessas medicações é evitar o contágio com alguma INT, como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis e Hepatite B (Brasil, 2012a).

O atendimento deve seguir etapas, como inicialmente, acolhimento, realização de registro no prontuário, exame físico completo e ginecológico, bem como deve ser realizado coleta de material para exames, contraceptivo de emergência, a profilaxia conforme elegibilidade do caso, preenchimento da ficha de notificação do SINAN em até 24 horas, exames complementares, proporcionar atendimento psicológico e acompanhamento pelo serviço social. O atendimento deve evitar a revitimização através do cuidado humanizado e da articulação entre os serviços de assistência a VCM (Brasil, 2012a).

3.5 ARTICULAÇÃO ENTRE SERVIÇO DE SAÚDE E A CASA DA MULHER CEARENSE

A Casa da Mulher Cearense foi idealizada a partir do programa “Mulher: Viver sem Violência”, que institui a criação da Casa da Mulher Brasileira, lançado em 2013 pela Presidenta Dilma Rousseff, por meio do decreto nº 8.086. O programa objetiva articular os serviços públicos direcionadas para a assistência à mulher em situação de violência, conectando os serviços especializados na área da saúde, justiça, segurança pública e redes de assistência social, direcionadas às ações para promover a autonomia financeira da mulher (Brasil, 2013b; Ceará, 2023).

A Casa da Mulher Brasileira está alinhada ao que é disposto na lei Maria da Penha, mobilizando esforços para coibir a violência doméstica e familiar. Os ideais do programa vislumbra ser um espaço de acolhimento e proporciona atendimento humanizado, de modo a atender integralmente mulheres que sofreram agressões, em todos os aspectos. O programa visa

ainda facilitar o acesso aos serviços especializados possibilitando condições para o enfrentamento dessa mazela social (Carvalho; Bertolin, 2016; Martins, 2016).

Assim a Casa da Mulher Brasileira e o programa Mulher Cearense são constituídos por serviços que integram a rede de enfrentamento a VCM, pois são especializados no atendimento a essas vítimas, como a Delegacia de Defesa da Mulher, Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública. Destaca-se, ainda, o atendimento ofertado no acolhimento a mulheres vulneráveis, atendimento psicossocial e promoção de cursos técnicos para contribuir com a autonomia financeira da mulher (Ceará, 2023)

É de fundamental importância a intersectorialidade entre o Centro de Referência da Mulher, com a casa da mulher cearense e as redes de atenção e proteção à mulher, visto que auxilia no atendimento à mulher com encaminhamento ao serviço de saúde ou do serviço de saúde para à delegacia especializada, serviço social e outros serviços que integram a rede, ao passo que possibilita um atendimento humanizado capaz de assistir integralmente as necessidades da mulher e evitar que a mesma reviva os episódio de violência e a revitimização. A desarticulação no serviço faz com que haja uma fragmentação no atendimento e suporte a vítima, sendo assim, incapaz de atender o descrito na Lei Maria da Penha (Brasil, 2011a).

Nesse contexto, a Secretaria de Política para Mulheres define que o enfrentamento a violência compreende a articulação entre serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, para promover o desenvolvimento de estratégias para prevenção e políticas capazes de empoderar e promover a autonomia feminina, responsabilizar o agressor e para ofertar assistência de qualidade a esse contingente (Brasil, 2011b).

A rede de atendimento possui serviços distintos, destacando a assistência social, jurídica, segurança pública e saúde, que são responsáveis por identificar mulheres em situação de violência, encaminhamento adequado, atendimento integral e humanizado (Brasil, 2011b).

Logo, o atendimento em saúde à mulher deve ser articulado e integral entre os serviços da rede de enfrentamento e atendimento. Essa ação pode ser vista mais claramente em casos de violência sexual, nos quais a vítima pode ser atendida pela unidade hospitalar com atendimento emergencial e imediato. De acordo com a lei nº 12.845, de 2013, a equipe multiprofissional é fundamental para o atendimento completo e humanizado, capaz de realizar atendimentos visando o tratamento adequado quando necessário, mediante adoção de protocolos profiláticos, evitando consequências físicas e psicológicas e cumprindo um papel de referência para o serviço necessário, como assistência social e delegacia especializada. Assim, o papel de referência deve ser firmado por todos os serviços componentes da rede de enfrentamento para que os protocolos de tratamento estejam dentro do tempo preconizado pelo MS (Brasil, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, com base na abordagem qualitativa. Esse método é adequado, pois buscou evidenciar a percepção da mulher vítima de violência de gênero, sob ótica da compreensão de como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) influencia na qualidade de vida desse contingente.

Sobre o método qualitativo, este tem como objetivo analisar e interpretar dados mais subjetivos, de modo que possibilita ao investigador ter contato direto com o participante ou grupo, sendo possível observar não só a complexidade do comportamento humano, mas também a situação que está sendo interpelada (Marconi; Lakatos, 2022). Para consolidação do método qualitativo, foi utilizado para a construção e organização da pesquisa utilizou-se o *Consolidat Croteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (Anexo B) (Souza *et al.*, 2021).

O estudo quantitativo descritivo fundamenta-se pela investigação de estudo empírico cujo objetivo é delinear ou analisar as características de um fato ou fenômeno, por meio de dados formais que tem como princípio a utilização desses dados validados para a formulação de hipóteses. Nesse é realizado a coleta sistemática de dados referentes a população estudada ou programas (Marconi; Lakatos, 2022).

De acordo com as autoras Marconi e Lakatos (2022), caracteriza-se por pesquisa empírica exploratória as investigações realizadas por meio de coleta de dados utilizando questões e/ou formulário, com finalidade distintas, no qual se considera o desenvolvimento de hipóteses. Desse modo, possibilita ao pesquisador maior proximidade com a temática estudada e torna os fatos ou fenômenos estudados mais claros e precisos. Os métodos de coleta mais utilizados compreendem as modalidades: entrevistas, questionários, formulários e observação participante.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O local que sediou o estudo foi a Casa da Mulher Cearense, de um município do interior do Estado. A instituição foi idealizada a partir da Casa da Mulher Brasileira, esta faz parte do programa federal “Mulher, Viver Sem Violência”. Este programa integra a rede de atenção

especializada e multidisciplinar ao atendimento às mulheres, a qual constitui-se a partir de serviços de proteção e atendimento humanizado às vítimas de violência (Ceará, 2023).

Atualmente o estado do Ceará conta com quatro instituições de serviço à mulher vítima de violência com rede em Fortaleza, Sobral, Quixadá e Juazeiro do Norte. A Casa da Mulher Cearense sediou o estudo, o qual possui equipamentos como: delegacia de defesa da mulher, tribunal de justiça, atendimento psicossocial, ministério público, defensoria pública dentre outros serviços que compõem a rede de proteção à mulher. Esse sistema tem atendimento 24 horas visando acolhimento e proteção, bem como subsídio para a autonomia econômica das mulheres, assistentes sociais e psicólogas no atendimento integrado aos órgãos da Justiça (Ceará, 2022).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa, refere-se a mulheres vítimas de violência física, sexual e patrimonial, assistidas pela casa da mulher Cearense. Entretanto a amostra seguiu critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Com a adoção dos critérios de exclusão foram excluídas dos estudos por não atenderem aos critérios previamente estabelecido 3 participantes, duas por incapacidade neuro cognitivas e pelo limite etário máximo de coleta da pesquisa.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados como critério de inclusão para a participação na pesquisa: mulheres maiores de idade, na faixa etária entre 18 a 60 anos, considerando a capacidade neuro cognitiva das participantes em responder o questionário durante a entrevista, bem como mulheres que foram anteriormente atendidas e referenciadas para o atendimento em saúde. Nesse aspecto, justifica-se a delimitação devido ao fato da abrangência da lei Maria da Penha e a capacidade de análise de pesquisa limitada para ofertar aparato psicológico à participante.

Para os critérios de exclusão, por sua vez, utilizou-se: a) as mulheres que estavam no primeiro atendimento na instituição, pois possivelmente estas não acessaram ainda nenhum serviço de saúde; b) mulheres referenciadas por instituições de combate à violência, vítimas menores de idade, c) mulheres com relatos de violência que não se configuraram em agressão física, sexual, psicológica e patrimonial.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Com vista no alcance dos objetivos, foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, sendo estes: a) questionário socioeconômico e demográfico (APÊNDICE C); b) roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C). As questões abertas foram gravadas e transcritas posteriormente na íntegra e, desse modo, a entrevista foi realizada na instituição Casa da Mulher Cearense por meio do contato direto com as participantes em ambiente privativo.

A entrevista despadronizada ou semiestruturada, é descrita como um método de amplas possibilidades de respostas, pois as perguntas possibilitam ao pesquisador maior liberdade ao abordar temáticas mais subjetivas (Marconi; Lakatos, 2022).

A entrevista com preenchimento do questionário se adequou ao presente estudo, por se configurar como uma importante ferramenta para levantamento de pesquisas nas diversas áreas de estudo, uma vez que coleta informações a respeito de uma temática, podendo inclusive ser usado para realizar investigação social, coleta de dados e, para auxiliar no levantamento de hipóteses diagnósticas ou tratamentos (Prodanov; Freitas, 2013).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, individualmente, no mês de abril de 2024, no decorrer de duas semanas, nos turnos matutinos e vespertino, realizando assim uma rotatividade de turno para abranger o público feminino atendido na instituição. As entrevistas tiveram uma média de duração de cerca de 15 minutos, a qual contava com uma sala reservada na instituição, visando garantir a privacidade e conforto, contribuindo assim para o maior engajamento, estabelecendo uma relação de confiança e tornando mais compreensíveis as indagações.

No roteiro da entrevista semiestruturadas as pergunta remetiam as seguintes linha: se a mulher tinha conhecimento anterior que estava vivendo em uma relação violenta; Se já haviam precisado de assistência em saúde em decorrência da violência sofrida; se o atendimento em saúde contribui para a qualidade vida da vítima; também se as mesmas precisavam de acompanhamento mensal em saúde; como compreendia o serviço de saúde no atendimento a vítima de violência de gênero; e acreditavam que as equipes multiprofissionais poderiam ajudas nessas situações.

O recrutamento ocorreu por meio de contato direto com as participantes, no ato do acolhimento na casa da mulher cearense. Desse modo, a pesquisadora realizou um total de 10

plantões em turnos da manhã e tarde, de segunda a sexta feira na referida instituição. O término da coleta de dados ocorreu pela saturação teórica, qual foi atingido na 14ª entrevistada, sendo acrescido 1/3 como margem de segurança totalizando uma amostra de 20 participantes (Cheques, 2009).

Segundo Minayo (2017), o critério de saturação teórica é obtido quando os resultados passam a apresentar certa redundância ou repetição, porém sem desprezar informações importantes, e havendo a repetição de dados colhidos, pode-se assim ser encerrada a coleta. Com isso, o pesquisador deve analisar as respostas e descrevê-las na íntegra para analisar as repetições, se há algo novo a ser acrescentado referente ao tema, se há nova informação ou se os padrões começam a se repetir.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados os quantitativos foram compilados, por meio do Microsoft Office Excel versão 2013. Dessa forma, as variáveis de interesse constituíram quadros, tabelas e gráficos. Nesse ínterim a discussão dos resultados decorreram da utilização de recurso da literatura científica pertinente a temática.

A análise estatística ocorreu em medidas de tendência central e medidas de dispersão. Organizados em dois momentos: dados relativos à questão sociodemográfica e aqueles relativos ao tipo de violência sofrida.

A análise qualitativa por sua vez, se deu com o discurso das entrevistadas mediante as perguntas da entrevista semiestruturada, está seguiu a técnica de análise de conteúdo temático, o qual envolve um conjunto de técnicas de análise de comunicação objetivando a descrição do conteúdo das mensagens ali transmitidas (Minayo, 2014).

Segundo Minayo (2014), a análise temática de conteúdo trata de um conjunto de técnicas usadas para compreensão de um assunto, no qual o pesquisador investiga comportamentos humanos, possibilitando uma ampliação variada com dois objetivos distintos, sendo: verificação de hipótese e ou questões de estudo, como princípio para organizar e agrupar categorias. Desse modo, realizou-se leitura analítica dos dados das entrevistas, a identificou das orientações para a análise e registro da mensagem transmitida pela entrevistada.

A análise se baseia em três trajetórias primordiais, são: na primeira etapa, procura-se fazer uma leitura compreensiva do material coletado, de modo exaustivo; a segunda etapa, compreende a exploração dessa matéria, no qual é realizado a análise propriamente dita; a terceira e última etapa é representada pela síntese interpretativa, usando a elaboração de

redação, havendo conexão temática com os objetivos, questão de pesquisa e pressuposto da pesquisa (Minayo; Gomes, 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O referido estudo atendeu aos aspectos éticos e legais descritos na resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando o indivíduo e as coletividades, sob preceitos da bioética, primando atingir os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, tornado assim assegurado os direitos e deveres dos participantes. Garantindo a primazia aos direitos à dignidade humana e proteção devida aos participantes de pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012b; Brasil, 2016).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNILEÃO, posteriormente por solicitação de autorização da pesquisa (APÊNDICE A) solicitou-se ainda a anuência ao gestor responsável pelo serviço da Casa da Mulher Cearense (ANEXO B).

Logo, o projeto de pesquisa passou por todas as etapas para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde – CEPAS da UNILEÃO, por meio da plataforma Brasil. Para aquelas que manifestaram interesse em participar da pesquisa, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B) e autorização de uso de voz (APÊNDICE E).

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 75480523.7.0000.5048, tendo sido aprovado sob o parecer consubstanciado nº 6.676.142 (Anexo A).

Após abordagem à mulher e o devido esclarecimento a respeito da pesquisa e seu objetivo, foi apresentado o TCLE, retirado dúvidas e elucidado que a participação era facultativa e estas, tinham o direito de desistir a qualquer momento. Além disso, foram apresentados os termos pós-esclarecido e de imagem e voz e, só após o consentimento da participante, a entrevista foi gravada, por meio de um gravador digital portátil e posteriormente transcrita. Ressalta-se que as participantes não aceitaram a gravação suas falas foram transcritas durante a entrevista de forma integral, em uma caderneta, de modo a não haver prejuízo dos dados obtidos.

Nessa perspectiva, a pesquisadora esclareceu/informou ao público amostral de forma individual o objetivo da pesquisa, de modo que a participante pôde decidir voluntariamente se participaria ou não. Houve o rogo para que aquelas que não eram alfabetizadas, com alguma

patologia ou devido à idade avançada não pudessem assinar os termos. Para maior compreensão e interação dos participantes, todas as perguntas foram lidas independentemente do seu grau de escolaridade com linguagem coloquial, objetivando a uniformização da aplicação, tendo em vista o déficit de conhecimento de alguns participantes, haja visto os aspectos de vulnerabilidade social.

Para garantir a confidencialidade e anonimato das participantes utilizou-se um código, alfanumérico, sendo este representado pela letra “M” seguida de um numeral em ordem crescente, por exemplo M01, M02...e assim por diante, de modo a garantir o anonimato das participantes.

4.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Reconhecendo a fragilidade das mulheres vítimas de violência, buscou ponderar os riscos e benefícios, optando por apresentar risco médio às participantes. Um dos riscos foi a possibilidade de causar desconforto pessoal e constrangimento ao responder às perguntas referentes à temática. Embora se trate de uma pesquisa em que há contato direto, os riscos de contaminação por doenças infectocontagiosas são mínimos.

Objetivando mitigar os riscos, houve a disponibilidade de um espaço acolhedor, calmo e seguro para a realização da entrevista, no qual assegurou-se ainda por meio do TCLE que a participantes, caso desejasse poderia desistir a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo.

Os benefícios da pesquisa são cruciais para a equipe multiprofissional dos serviços assistenciais em saúde, seja ela em nível de atenção primária ou secundária a saúde, visto que há fragilidades no atendimento, bem como a necessidade de capacitação na área e de implementação de protocolo de assistência o que possibilita a tomada de decisões, permitindo assim que os profissionais coloquem em prática seus conhecimentos, habilidades, técnicas e experiência do cuidado específicos da área. E para a sociedade, a pesquisa em questão vem esclarecer o quanto a atenção em saúde integral é fundamental nos direitos desse público, bem como no combate à violência contra a mulher e na promoção da qualidade de vida destas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência contra a mulher configura atualmente uma das principais causas de mortalidade feminina. Esta pode ocorrer com mulheres de diferentes classes sociais, raças/etnias, níveis de escolaridade, religião, orientação sexual, regiões do país e estado civil, bem como, pode se desenvolver em ambientes distintos.

Ao todo a pesquisa obteve 20 participantes, buscou-se trazer os dados sociodemográficos destas, como: faixa etária, estado civil, número de filhos, tipo de residência, trabalho, renda mensal.

Para melhor apresentação e compreensão do leitor, os resultados estão divididos em dois momentos, o primeiro traz os resultados quantitativos, no qual aborda-se a caracterização sociodemográficas e econômicas das participantes do estudo, a caracterização do causador e o tipo de violência sofrida.

O segundo remonta aos resultados qualitativos, sendo apresentado por meio de depoimentos e divididos em três categorias temáticas, a saber: 1. **Percepção da vítima sobre a convivência traumática**; 2. **Impacto no processo saúde-doença das mulheres vítimas de violência doméstica** e 3. **Concepção das participantes sobre a prática assistencial recebida em situação de violência**.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ECONÔMICA

Os dados foram analisados a partir de 20 entrevistas com mulheres, sendo a coleta de dados realizada no mês de abril de 2024. Em seguida, os resultados foram agrupados, tabulados e analisados, sendo expostos e apresentados em tabelas e gráficos, os quais contam com números absolutos e em termos percentuais.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas das mulheres vítimas de violência atendidas na Casa da Mulher Cearense no interior do Ceará. Ceará, Brasil. 2024.

Idade	N	%
21 a 30 anos	06	30%
31 a 40 anos	07	35%
41 a 50 anos	04	20%
51 a 60 anos	03	15%

Total	20	100%
Estado civil	N	%
Solteiro(a)	07	35%
Divorciadas	05	25%
Casado(a)	06	30%
Relacionamento estável	02	10%
Total	20	100%
Número de filhos	N	%
Zero	02	10%
01 a 02 filhos	11	55%
03 a 04 filhos	05	25%
05 ou mais filhos	02	10%
Total	20	100%
Tipo de residência	N	%
Alugada	08	40%
Própria	10	50%
Compartilhada (casa de apoio, república...)	02	10%
Total	20	100%
Exercício de atividade remunerada	N	%
Sim	6	30%
Não	14	70%
Total	20	100%
Renda mensal	N	%
Menos de 1 salário mínimo	11	55%
1 salário mínimo	7	35%
3 salários mínimo	1	5%

4 salários mínimo	1	5%
-------------------	---	----

Fonte: Dados provenientes da pesquisa, 2024.

Na Tabela 1, evidencia-se a faixa etária de mulheres que procuram o serviço para os variados fins, seja para denúncia de violência, ações judiciais na promotoria pública e defensoria pública da mulher, bem como para renovar medida de proteção ou retirar medida protetiva na Casa da Mulher Cearense. A faixa etária que mais incidiu foi a de adulta jovem, com idade entre 31 a 40 anos, correspondendo a 35% das entrevistadas, seguido da faixa de 21 a 30 anos, representando 30%, entre 41 a 50 anos, 20%, já a partir de 51 a 60 anos representam 15% das entrevistadas.

Os dados vão de encontro aos levantados pelo Mapa Nacional da Violência de Gênero (MNVG), extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2022, o qual afirma que a faixa etária mais acometida corresponde a de 30 a 59 anos, representando a nível nacional, um percentual de 74,52%, enquanto pessoas com mais de 60 anos têm menor incidência 12, 51% (Brasil, 2022).

Entende-se, que devido ao fato dessa ser a faixa etária em que mulheres estão no ápice de seus relacionamentos afetivos, estas também estão mais expostas a se depararem com pessoas e situações que ocasionem em algum tipo de violência, tornando-as vítimas desta.

Ainda na Tabela 1, evidenciou-se que 25% das entrevistadas, atualmente estão solteiras, 30% são casadas e 10% estão em um relacionamento estável, constata-se nesses dois últimos estados civis que corresponde a 40% de mulheres com companheiro, que estas mulheres ou mantêm um relacionamento com o perpetrador da violência de uma comunhão já estabelecida, sendo 15%; ou esse estado civil atual é fruto de um novo relacionamento, sendo 25%.

Os resultados apontam que mais da metade das participantes do estudo, cujo estado civil é caracterizado como divorciadas, relataram no que toca à situação conjugal, que tiveram um processo de separação recente, representando 35%. Relatam terem medo ou trauma de entrar em outra relação, por receio de passarem por nova experiência de violência física, patrimonial, psicológica ou sexual.

A pesquisa demonstra que a incidência de mulheres com filhos é superior àquelas que não possuem filhos, quando comparado o número de filhos a dificuldade para enfrentamento da violência em domicílio é muito maior.

Diante o exposto, Capucci *et al.* (2015), corroboram com os dados evidenciados quando apontam que a tendência de relação violenta se correlaciona com os três principais fatores, sendo: primeira união conjugal da vítima quando esta é ainda muito jovem, gravidez não

planejada e a multiparidade.

Nesse contexto, a recorrência da violência especialmente em domicílio está em suma associado a perpetradores com algum vínculo familiar com a mulher. Podendo envolver familiares, amigos e ou parceiros, contribuindo assim, na ruptura da ideologia do ambiente familiar como um local de proteção e segurança. Essa situação fragiliza a capacidade de percepção e julgamento acerca do que a mulher está vivenciando, somado à expectativa de mudança de atitude do companheiro (Leite *et al.*, 2019).

Há ainda outros fatores não emocionais que afetam diretamente a tomada de decisão quanto ao relacionamento e a denúncia, como o fator econômico, especialmente para pessoas economicamente privilegiadas, pois tendem a disfarçar ou ocultar estes problemas de violência perante a sociedade. Embora o maior número de denúncias ocorra mais frequentemente por mulheres economicamente menos favorecidas, ela pode também ocorrer em parâmetros semelhantes nas classes mais abastadas (Leite *et al.*, 2023).

O estudo revela que 56,1% não possuem trabalho e 55% têm uma renda mensal de menos de um salário-mínimo, essa renda é atrelada a programas sociais. A dependência econômica da mulher para com o agressor, bem como o medo de que a agressão se estenda aos filhos, atrelada a dependência emocional dos filhos para com o progenitor e da própria mulher contribuem para a permanência em um relacionamento abusivo, dificultado assim tanto a busca por ajuda como a ruptura com o ciclo de violência (Brasil, 2019; Lucena *et al.*, 2016).

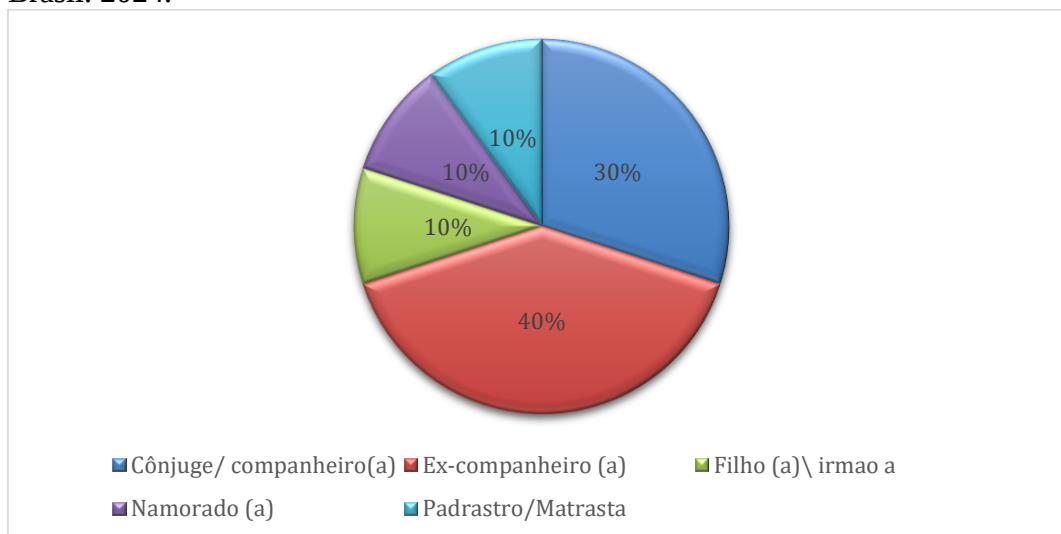
O fato importante a ser mencionado é referente ao longo tempo do relacionamento entre a vítima e o agressor, por vezes a única realidade vislumbrada pela vítima e aquela em que ela mesmos com todo o sofrimento e sacrifício conseguem manter o relacionamento.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAUSADOR E TIPO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA

5.1.2 Vivência com o perpetrador da violência

A prática de violência contra a mulher em suma comumente é atrelada ao parceiro íntimo ou ex-parceiro. Tal fato pode ser interpretado pela dificuldade da mulher em reconhecer outra figuram como pai e irmão como agressor, tendo em vista que em alguns casos as agressões são vistas como forma de educar.

Gráfico 1. Perfil dos perpetradores de violência contra a mulher. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2024.



Fonte: Dados provenientes da pesquisa, 2024.

Em consonância com outros estudos, em suma, as agressões foram praticadas por homens, que têm ou tiveram algum relacionamento afetivo com as vítimas, sendo, pois, autores desse crime: ex-companheiros representando 40%, o que representa 8 das mulheres entrevistadas, seguido de cônjuge/companheiro 30%, namorado, padrasto/madrasta e filho 10%. Como visto no gráfico 1. Entretanto, em alguns casos também pode ocorrer com outras pessoas que convivem em um mesmo ambiente familiar, podendo o crime ser praticado pelo irmão, filhos e até mesmo o pai.

O predomínio do autor da violência que tem proximidade com a vítima corrobora para a impunidade do agressor, contribuindo assim para que esta perdure por mais tempo, meses ou mais frequentemente por anos, cuja incidência tende a ser cada vez mais grave (Bearzi *et al.*, 2020). Isso ocorre por diversos motivos, incluindo medo das retaliações do agressor, vergonha, dependência emocional, econômica ou devido à pressão social. Além disso, a perpetuação dessa condição desfavorável interfere diretamente na capacidade da mulher em manter-se em empregos (Soares; Texeira, 2020).

Quando a violência ocorre dentro do ambiente doméstico, o lar que deveria ser porto seguro, passa a ser um lugar insalubre para essas mulheres e, a situação se torna ainda mais desafiadora. A vítima pode hesitar em buscar ajuda porque sente-se desamparada e incapaz de romper com os laços afetivos que a unem ao agressor. Além disso, muitas vezes as mulheres são condicionadas a acreditar que devem manter a família unida a qualquer custo, mesmo que isso signifique tolerar a violência (Valadares, 2020).

Essa dificuldade em denunciar a violência perpetua o ciclo de abuso e pode resultar em

consequências mais graves com o passar do tempo (Jesus, 2015). A falta de intervenção permite que o agressor se sinta impune e continue exercendo controle sobre a vítima, aumentando a gravidade e frequência dos ataques (Dantas, 2016).

Por isso, as relações continuam mesmo após o BO, que pode ser efetuado pela vítima ou por uma testemunha. Das mulheres entrevistadas 11, ou seja 55%, já tinha registrado boletim de ocorrência contra o agressor mais de uma vez, e 9, ou seja 45%, não tinha registrado anteriormente BO contra o agressor.

Nesse estudo 10 participantes relataram ter se separado recentemente do agressor e não compartilharem mais o mesmo local de moradia, enquanto 10 participantes revelaram ainda manter a relação afetiva com o agressor, e no caso daquelas agredidas por irmão (a) e filho ainda dividirem o mesmo lar.

Ressalta-se que cada situação de violência doméstica é única e complexa, e as decisões tomadas pelas vítimas são influenciadas por uma variedade de fatores, incluindo sua história pessoal, circunstâncias familiares, apoio disponível e recursos acessíveis (Monteiro, 2020). Algumas vítimas esperam que intervenções legais ou policiais façam com que o agressor mude de comportamento, enquanto outras sentem uma pressão emocional para manter a família unida, especialmente se houver filhos envolvidos (Fabeni *et al.*, 2015).

Por outro lado, algumas mulheres optam por se separar do agressor após registrar um boletim de ocorrência, buscando segurança e proteção para si mesmas e, se aplicável, para seus filhos. Essa decisão pode ser motivada pelo reconhecimento da gravidade da situação e pela busca por uma vida livre de violência (Echeverria; Rodrigues, 2017).

A violência conjugal é um problema que afeta profundamente a vida das mulheres de várias maneiras. A percepção de cada mulher varia de acordo as vivências e como elas experimentam e interpretam. Essa percepção da violência é expressa de maneira única, envolvendo a subjetividade individual de cada vítima. Cujas qual pode ser influenciada por vários fatores, como sua história pessoal, cultura, e contexto social. Reconhecer e entender essas experiências individuais é crucial para ajudar as mulheres a enfrentarem a violência e prevenir futuras situações de risco.

5.1.3 Identificação dos tipos de violência contra a mulher

Às manifestações de violência ocorrem de modo conjunto, ou seja, uma agressão física pode ocorrer ao mesmo tempo em que a violência psicológica também é realizada.

É crucial destacar que a violência contra mulheres parte de um agressor com quem elas

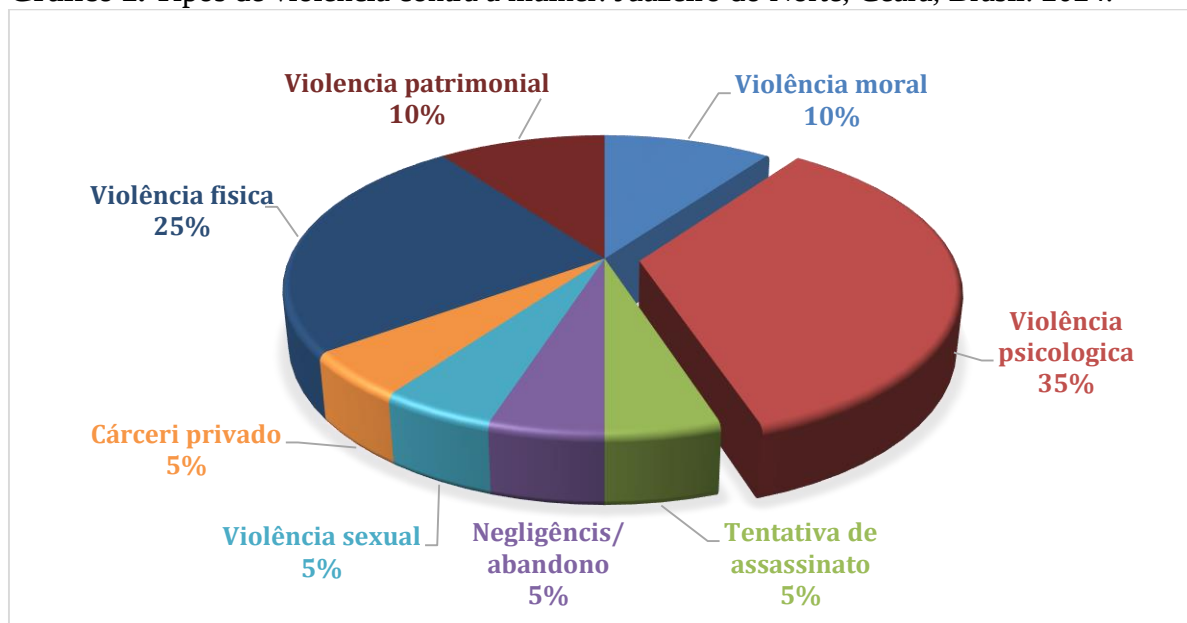
têm algum tipo de vínculo, tão pouco, ocorre de forma isolada ou única (Silva; Silva, 2020). Muitas vezes, as diferentes formas de violência coexistem e se manifestam simultaneamente. Por exemplo, uma vítima pode estar sujeita a agressão física, psicológica, verbal, sexual e econômica ao mesmo tempo (Fusquine; Souza; Chagas, 2021).

Essa interseção de diferentes formas de violência cria um ambiente extremamente prejudicial e traumático para a vítima, tornando ainda mais desafiador identificar e enfrentar o problema. Na violência psicológica, por exemplo, pode minar a autoestima e a confiança da vítima, tornando-a mais suscetível a outros tipos de abuso. Da mesma forma, a violência física pode ser acompanhada por ameaças verbais ou controle financeiro (Monteiro, 2020).

Destaca-se que embora categorias para classificar os tipos de violência, esta quando relacionada a mulheres que têm algum vínculo de vivência com o agressor (a), não ocorre de forma isolada ou apenas uma única vez (Lucena, 2016; Santos *et al.*, 2020;).

No gráfico 2, as participantes relataram sofrer algum tipo, no qual 35% sofreram violência psicológica, seguido de 25% violência física, 10% foram vítimas de violência patrimonial e moral.

Gráfico 2. Tipos de violência contra a mulher. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. 2024.



Fonte: Dados provenientes da pesquisa, 2024.

Essa interseção de diferentes formas de violência cria um ambiente extremamente prejudicial e traumático para a vítima, tornando ainda mais difícil identificar e enfrentar o problema (Monteiro, 2020).

Diante o exposto, a violência psicológica, por exemplo, pode minar a autoestima e a confiança da vítima, tornando-as mais suscetível a outros tipos de abuso. Da mesma forma, a

violência física pode ser acompanhada por ameaças verbais, agressões em diversos níveis (Rodrigues, 2014).

É imprescindível discorrer que este fator contribui para a fragilidade da mulher submetida a estas condições. Desse modo, a mulher algumas vezes não compreende as dimensões da violência, embora, saibam reconhecer a violência psicológica e física com mais facilidade quando em comparação aos demais tipos (Coelho; Silva, 2023; Pires; Bernardin, 2023).

Durante as entrevistas as mulheres, ao serem perguntadas se dependiam financeiramente do agressor, 45% relataram terem renda própria, 40% frequentemente dependia da renda do perpetrador por não terem trabalho e apenas receber auxílio de programas sociais, e 15% dependiam financeiramente de modo integral do agressor.

Ao serem questionadas se já foram forçadas ou induzidas a dividir renda com o agressor, 70% afirmaram que nunca se sentiram forçadas a entregar seu dinheiro ao agressor, seguido de 20% que rotineiramente tinham que compartilhar renda e 10% raramente. Esses dados demonstram a caracterização da violência patrimonial entre as participantes desta pesquisa.

A violência patrimonial ocorre quando as mulheres são forçadas ou induzidas a compartilhar sua renda com parceiros ou filhos, essa pode ser inicialmente sutil, e por isso as mulheres geralmente têm dificuldade de reconhecer, o agressor tem o controle de todas as finanças e, embora essas mulheres tenham renda própria ficam à mercê do controle econômico do perpetrador, mesmo que não se reconheçam como vítimas de violência patrimonial, ainda estão sujeitas a esse tipo de abuso (Instituto Maria da Penha, 2018).

A não compreensão do que significa esse tipo de violação pode também ter contribuído para esse não “autoenquadramento” na categoria de violência patrimonial. Aliado a esse fator, a violência psicológica, onde o perpetrador consegue minar a autoestima da mulher fazendo-a se sentir inferior. Neste estudo a média revelada foi de 70%, das 20 entrevistadas, com relatos de que se sentiam inferiorizadas pelos agressores e 30% relataram não se sentirem inferiorizadas, dado o esclarecimento que elas apresentavam sobre a situação vivenciada.

Observa-se no gráfico 3, que as vítimas da violência de gênero, imersas na constante violência psicológica e pressão social, relataram como se sentiam quanto a culpa por estarem passando pela situação de violência.

Gráfico 3. Inversão da culpa da violência contra a mulher. Ceará, Brasil. 2024.



Fonte: Dados provenientes da pesquisa, 2024.

A afirmativa acima é confirmada, pelas entrevistadas quando 40% relatam sentir-se culpada pelo ocorrido principalmente, quando o agressor lhes incumbia esses encargos, 35% se sentiam culpadas principalmente quando as discussões ou agressões ocorriam na frente de algum familiar ou amigo.

Observou-se ainda, que 15% independentemente da situação se sentiam culpadas pelas discussões ou ainda por defender-se das agressões, seja com atos de violência física ou verbal sugerindo que o ciclo de culpa e manipulação perpetrado pelo agressor é eficaz em fazer com que as vítimas internalizem a responsabilidade pelas ações as quais não tem responsabilidade, sendo esse fato reconhecido como culpabilização da vítima. Apenas 10% sentiam-se esclarecidas ao ponto de não se sentir culpada por algo que claramente não tinha culpa.

A seguir, será apresentado os dados qualitativos, divididos em três categorias temáticas referentes a percepção da vítima acerca da vivência com o agressor; impacto no processo saúde e doença; concepções sobre os atendimentos em saúde recebidos.

5.3 CATEGORIA TEMÁTICA 1: PERCEPÇÃO DA VÍTIMA SOBRE A CONVIVÊNCIA TRAUMÁTICA COM O AGRESSOR

A condição em que as vítimas da violência são submetidas as tornam ainda mais susceptível e facilmente manipulável, pela vontade do agressor. A vítima é bombardeada por

um misto de sentimento confusos. Um reflexo dos danos causados pela violência psicológica.

A experiência vivenciada por mulheres que sofreram qualquer tipo de violência deixa inúmeras marcas e traumas (Netto *et al.*, 2017; Fonseca, 2021). Neste estudo, durante as entrevistas as participantes demonstraram ter consciência que viviam em um relacionamento abusivo. Algumas já tinham consciência da situação por terem recebido orientação das assistentes sociais da instituição onde ocorreu a pesquisa, enquanto outras tomaram conhecimento sobre violência de gênero por mídias sociais, televisão ou pela própria vivência das recorrentes agressões.

É interessante observar como algumas reconheciam claramente a situação de abuso, enquanto outras minimizam a violência psicológica como algo inofensivo. Este fato ficou evidente, quando estas eram indagadas se tinha conhecimento da situação que viviam, como descrito nas falas a seguir:

“Sempre entendia que estava sofrendo violência, mas não tinha outro meio, não existe coisa pior do que ver meus filhos passando fome, por mais que ele nos torturasse ele botava de comer em casa” (M02).

“Muitas mulheres têm medo de ser pior sem ele e por isso tinha medo de denúncia, não é por que a gente não saiba que isso tá errado.” (M10).

“Ele nunca chegou a me agredir não, era só xingamento, por mim não tinha denunciado ele não, ele nunca me bateu” (M14).

Essas falas destacam a diversidade de experiências e percepções das mulheres em relacionamentos abusivos, bem como, o medo do julgamento social e de se sentirem desamparadas economicamente, tornando-as refém do agressor.

Desse modo, observa-se que o papel desempenhado por homens e mulheres, independentemente de terem uma relação íntima ou familiar próxima, são influenciadas pela desigualdade de gênero e ideais de dominação, controle e opressão feminina (Netto *et al.*, 2017).

Esses papéis socialmente encorajados contribuem para a discriminação e estereótipos que refletem também nas novas gerações, incluindo espaços como esferas públicas, governamentais, religiosas, escolas, mídias e em ambiente familiar, cuja vítima possui vínculos afetivo (Borges; Gebrim, 2014).

As mulheres, percebiam-se julgadas e estereotipadas por uma condição sob a qual não tinha controle, estas relataram que:

“Mas o que acontece pelo menos comigo, a gente tem medo de se expor,

sábado ele foi na minha porta e fez outro funaré, me ameaçou, mesmo com a medida protetiva, mas se ele for na minha casa com um revólver ele me mata e acabou, hoje é difícil uma mulher ser submissa ao homem, ainda acontece, mas é difícil, a gente tem acesso a tudo hoje na internet” (M17).

“Tinha muito medo do que todos iriam achar de mim, independente da situação a mulher sempre tem culpa” (M19).

Diante do exposto nos depoimentos, infere-se que a mulher vítima de violência não sofre apenas com a situação em que vive, mas também por receio do que a sociedade e familiares irão pensar. Por vezes, a família não apoia a mulher e a incentiva a continuar suportando a condição que vive para manter um normatizado como “ideal”. Na sociedade e entre as famílias das vítimas. O preconceito em conjunto dos valores sociais distorcidos contribui para a fragilidade e, por vezes, para a aceitação em manter-se em uma relação abusiva e tóxica.

É frequente as mulheres falarem que sentem vergonha pela situação vivenciada, pelo julgamento social sofrido, o que contribui sobretudo para a ocultação da violência. Dessa forma, a pressão social contribui para o silêncio que, em muitos casos, faz com que as mulheres camuflem o sofrimento em suportar as intimidações. Muitas vezes, estas aprendem desde muito jovens, que é preferível ocultar a terrível situação e suportar a dor, do que procurar ajuda em serviços especializados, bem como a não contar as outras pessoas por vergonha e medo de se expor (Fonseca; Ribeiro; Leal, 2012).

Há também um misto de sentimento de culpa e vergonha. Mediante o abuso, há a internalização do sentimento de culpa, onde a mulher se sente responsável pelo comportamento do outro e, assim pensam que de alguma forma contribuíram para que o abuso ocorresse (Silva, Silva, 2020).

Logo, a violência passa a ser naturalizada socialmente, permitindo que as ideologias androcênicas sociais permeiem a história humana, de modo que, mesmo mediante todas as transformações da sociedade e dos valores hegemônicos, onde há o predomínio da ideologia de dominação masculina perpetuando-se na sociedade, essa visão corrobora para a naturalização da violência e, conseqüentemente a reiteração desta (Fonseca, 2021). Desse modo, observa-se que quando a mulher vive subordinada à figura masculina, a violência passa a ser banal e vista como parte integrante do relacionamento afetivo (Bourdieu, 2012).

Nesse contexto, a figura feminina passa por um processo de socialização em que são enfraquecidas, desqualificadas, silenciadas pela opressão social, devendo estas representar um

papel submisso dependente da vontade masculina. Isso contribui para a vulnerabilidade a violência e o não reconhecimento da situação desfavorável em que vivem, também para que alguns homens não entendam ou não considerem atos como xingar, humilhar e até a força a companheira a manter relações sexuais, como sendo um crime (Lucena *et al.*, 2016).

Em virtude disso, as mulheres sofrem violência de forma progressiva em seus lares, sendo forçadas a manter uma relação impositiva, autoritária. O sentimento entre elas de liberdade e autonomia é bruscamente afetado de modo que a violência sexual cometida pelo parceiro é pouco citada pelas mulheres, pois não consideram a relação sexual forçada pelo esposo ou namorado como um estupro.

A percepção da situação de violência por parte da mulher está geralmente relacionada a situações em que a violência ocorre com maior gravidade, ultrapassando limites. Pode-se afirmar, ainda, que o reconhecimento da mulher sobre ser uma vítima da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher (VDFCM) muitas vezes só ocorre após um longo período no relacionamento abusivo (Bandeira, 2014; Forti; Martino; Possobon, 2022). Este antecedente contribui para a permanência na relação, fazendo com que ao longo dessa vivência com o agressor as agressões se tornem mais frequentes e mais graves.

Há ainda outro fator que contribui para a não realização de denúncia e tentativa de sair do relacionamento, que é a dependência econômica e familiar, que é maior do que o medo de retaliação (Silva; Silva, 2020). Este fato foi identificado durante a entrevista onde as mulheres fizeram um pequeno relato sobre a vivência com o agressor. Conforme expresso a seguir:

“Foram muitos anos vivendo nesse sofrimento, acaba destruindo a pessoa, a mente. As humilhações que a gente passa, era muito sofrido você não poder se defender, pedir ajuda, não ter a quem pedir, ele fazia o que queria e nós tínhamos que aguentar nós dependíamos dele... quando ele chegava eu tinha que fugir com elas para a casa dos outros, dormia no chão, uma vez fui para a casa de uma vizinha ela criava uns 30 cachorros, a gente ficava na casa dos cachorros, eram muitos carrapatos subindo em nossas pernas, eu tinha que tapar a boca da minha filha de 4 anos para ela não falar, porque ele estava na casa da mulher me procurando, estávamos com medo dele nos achar” (M02).

“Eu e minha mãe dependíamos dele, por isso na primeira vez que ele abusou de mim não contei para ela” (M14).

“Enquanto ele estivesse colocando comida em casa eu tava aguentado por meu filho, eu estava desempregada, mas as coisas pioraram... até que minha família não aguentava mais me ver assim e chamaram a polícia” (M06).

“Tinha medo do que ele podia fazer comigo, mas não podia sair da casa da minha mãe, não dormia de noite, tinha medo dele me matar e matar meus filhos, não sabia o que fazer, ele também agredia minha mãe. Mas não queria denunciar o próprio filho, mesmo com ele tudo o que fazia com a gente” (M07).

A dependência econômica tem um enorme peso na tomada de decisão das vítimas, pensar em um futuro de incertezas corrobora para isso, principalmente quando os filhos estão envolvidos. A dificuldade em encontrar emprego e manter um padrão de conforto e segurança para os filhos pesam na decisão da vítima.

A VDFCM, é a demonstração da falta reconhecimento com outro semelhante, considerando sua singularidade, sendo, pois, alusivo a objetivação do outro, rejeitando a subjetividade, desejo, razões e liberdade, reiterando a desigualdade de gênero e poder entre o masculino e feminino (Silva, 2010; Siqueira; Oliveira, 2023). Muitas mulheres têm dificuldade em perceber no seu cotidiano situações de violência, esse é um dos motivos da mulher não espontaneamente buscar serviços de atendimento especializados (IPEA, 2019). Nesse sentido, é fundamental outros serviços como assistência social e de saúde na identificação e auxílio para o favorecimento de alternativas contributivas para uma vida livre de violência.

Outrossim, o término de uma relação abusiva não é algo simples, nem tampouco costuma ser a alternativa mais fácil, embora seja a alternativa que comumente as pessoas acreditam ser o ponto final da situação de violência. O término da relação não implica necessariamente na cessação da violência, em alguns casos atua de modo contrário, pois o fim do relacionamento pode atuar como agravador dos riscos. Também existe a possibilidade de um novo relacionamento abusivo, desse modo o ponto final do relacionamento não implica dizer que a vítima estará segura (Araújo, 2008, Brasil, 2017).

O medo aprisiona a mulher ao ambiente de convívio com o perpetrador, por temer a reação violenta ao tentar sair do relacionamento, ou, ainda, por ameaças sofridas e até juras de manter a vítima em cárcere ou de serem assassinadas. Outro fator envolve a dependência emocional, comumente o agressor consegue manipular as vítimas, minando sua autoestima, elas acreditam que serão incapazes de sobreviver e serem felizes, longe do agressor (Lettiere; Nakano; Rodrigues, 2008).

Com frequência as vítimas são isoladas do convívio com familiares, amigos e limitadas a redes de apoio significativo, essa falta de suporte corrobora com a sensação de estar só e não ter apoio social. Decorrente desses fatores supracitados, a permanência em relação à esperança de mudança que a vítima deposita do perpetrado, acredita que o episódio de violência foi algo

isolado e acredita nas promessas que algo assim não voltará a se repetir (Netto *et al.*, 2017; Gomes, 2022).

Os fatos mencionados fazem parte da realidade de várias mulheres brasileiras que vivem em situação de violência doméstica e familiar. Como demonstrado no relato das entrevistadas não há apenas um motivo que as leve a permanecer em um ambiente agressivo. Somado a esse motivo há ainda os filhos que contribuem para tal fato, visto que a mulher quer proporcionar um ambiente amoroso e seguro para os filhos e por terem como referência o lar “ideal”, o socialmente estereotipado com mãe, pai e filhos em um mesmo lar, como um local amistoso o que é necessariamente feliz (Netto *et al.*, 2017).

Logo, o receio de não ter condições de criar os filhos ou da perda da guarda destes, de não conseguir abrigo, tendo que voltar para casa, faz com que a mulher permaneça durante muito tempo na relação abusiva (Bandeira, 2014).

Sem sombra de dúvidas a falta de apoio familiar torna ainda mais desafiador romper o ciclo de violência. O apoio emocional proporcionado pelos familiares, amigos e demais pessoas próximas a elas, é essencial para que a vítima consiga sair da zona de violência. Embora a grande maioria dessas mulheres não possua esse suporte, quando elas são orientadas sobre os seus direitos e deveres, mesmo temerosas, sentem-se mais capazes de enfrentar essa situação.

Percebeu-se ainda no discurso das participantes que há vários fatores precipitantes do ato violento, sendo, pois, o consumo de álcool o mais citado por essas, embora outras drogas sejam citadas em outros estudos.

O que é confirmado ainda no relato sobre a vivência com o agressor depoimentos a seguir:

“[...] quando ele bebia passava a me bater na frente dos meus filhos, tentava não fazer barulho para não assustar eles [...]” (M06).

“[...] Por que eu pensava assim ele só vai me bater um dia, só vou precisar sair de casa um dia, por que ele só bebia nos finais de semana, mas eu não parava para pensar na situação que minhas filhas estavam pensando [...]” (M02).

A ilusão que as ações agressivas só ocorrem com o consumo de álcool, faz com que as mulheres procurem alternativas para se proteger naquele momento, mas estas são um fator constante. Mesmo que a violência física não ocorra diariamente, há a violência psicológica, moral que são recorrentes na vida delas e dos filhos, o que gera sofrimento em todos que estão nesse ciclo, ou seja mulheres, filhos e familiares que convivem nessas condições.

Quando o agressor está sob efeito do álcool as agressões tendem a ser reincidentes, bem como, tem um período de duração mais prolongado do que quando praticado por agressores sóbrios, é preciso ressaltar que a parceira íntima, se torna a principal vítima (Carvalho *et al.*, 2018).

O álcool é uma substância psicoativa, que por agir diretamente no sistema nervoso central, causa desequilíbrio emocional. Com a estimulação de neurotransmissores, pelo efeito dessa substância a inibição de áreas cerebrais que conseqüentemente causa alterações estruturais e comportamentais. Assim, a tomada de decisões de modo racional é afetada, bem como o humor e a tolerância são drasticamente afetados (Pires, *et al.*, 2019).

Em momento de conflito na relação conjugal, quando o agressor faz ingestão do álcool, sendo essa uma substância psicoativa, contribui de certa forma para o comportamento agressivo e, também deixam ainda mais evidente a relação de poder e subordinação que o gênero masculino pressupõe ter sobre o feminino.

O desentendimento conjugal e o questionamento da mulher sobre o consumo de bebidas criam um ambiente de tensão e agressividade no homem. Quanto maior a concentração do álcool no organismo maior a possibilidade do indivíduo cometer violência, entretanto, não se pode atribuir tão somente ao consumo dessa droga (Barbosa, 2015; Souza, 2015; Freitas, 2015).

Álcool e violência é uma combinação tóxica contra a mulher. Contudo é fundamental destacar que o consumo desta bebida se trata de uma desculpa, para o agressor, seu intuito é claro, uma desculpa dada para justificar seus atos, o consumo de bebida alcoólica não o isenta de suas responsabilidades. O consumo dessa substância não muda a personalidade de um indivíduo e nem a tendência de comportamento agressivo; a culpa é da pessoa e não do álcool (Pires *et al.*, 2019).

Embora o álcool e outras drogas possam corroborar para a mudança de atitude e comportamento agressivo, este não pode ser usado como desculpa para a prática de violência, visto que as reais intenções de um agressor, pode ser percebida antes do consumo dessa substância, através de falas e da comunicação não verbal.

5.4 CATEGORIA TEMÁTICA 2: IMPACTO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os reflexos da violência cursam por uma variedade de sequelas, desde as físicas, a traumas, bem como, conseqüências que repercutem seriamente no equilíbrio emocional, trazendo conseqüência nas demais ordens psicológicas.

As múltiplas facetas da violência de gênero representam danos diversos à integridade física e mental das mulheres por ela acometidas e, conseqüentemente, contribuem diretamente para a elevada necessidade de assistência em saúde por equipes multiprofissionais, de modo, que tais necessidades trazem implicações sérias na qualidade de vida das mulheres (Suave *et al.*, 2020; Silva; Padoin; Vianna, 2015; Dias).

A VCM, geralmente resulta em maior encargo para a sociedade, dado que elas tendem a sofrer com: baixa autoestima e muitas vezes problemas de saúde, que as impossibilitam total ou parcialmente de desenvolverem atividades laborativas (Cruz; Irffi, 2019).

Nesse contexto, é importante destacar que a violência psicológica é uma das formas de violência que pode causar danos invisíveis inicialmente à mulher (Lettiere; Nakaro; Bittar, 2012). Esta, afeta diretamente todos os aspectos da saúde da mulher, muitas vezes sem que ela perceba, principalmente porque sofre em silêncio, levando a problemas físicos como lesões autoprovocadas, mentais e sociais. Isso se justifica pelo medo e vergonha do julgamento social e familiar (Santos *et al.*, 2020).

Diante o exposto, essa situação é agravada pelo fato de que, em algumas culturas, é imposto às mulheres um papel de obediência e submissão, levando-as a aceitar a violência como uma forma de obediência, mesmo quando isso prejudica a sua saúde (Lordello; Costa, 2014).

Embora estudos revelem que a procura pelo serviço de saúde seja comum entre as vítimas da VCM, em sua maioria essa procura só ocorre em caso de lesões com potencial de gravidade considerável.

Embora a necessidade por suporte do serviço de saúde seja uma constante, quando a mulher sofre violência, poucas procuram de fato ajuda em unidades de saúde. Visto, que geralmente a busca ocorre somente quando as agressões são graves ou potencialmente fatal (Pedrosa; Spink, 2011). Isso foi percebido nas entrevistadas quando foram indagadas se alguma vez tinha ido ao serviço de saúde em decorrência da violência sofrida, em que muito embora precisassem não foram ou consideram que poderiam resolver sozinhas, de modo que obteve-se os seguintes depoimentos:

“Todas as vezes que brigava com meu marido eu mesma resolvia” (M01).

“Nunca precisei ir até o hospital. Preciso muito, antes já tinha surto, mas hoje depois dele ficou muito pior, tenho ataques de raiva” (M03).

“Nunca precisei de atendimento em saúde” (M05, M07).

“Nunca precisei. Não preciso, acho que sou muito forte” (M08).

Muito se confunde o fato de precisar de ajuda com a falta de autonomia e independência, por terem sofrido violência é comum que as vítimas fiquem receosas em procurar ajuda, ou ainda revide a violência sendo também violenta.

Pesquisas revelam, que mulheres que vivem violência intrafamiliar e doméstica buscam diversas formas de solucionar por si mesmas sem envolver a polícia ou a primeira tentativa de pedir ajuda e a família ou amigos (Meneghel *et al.*, 2011; Bourdieu, 2012).

Nesse contexto, é crucial destacar que embora a busca por ajuda ocorra inicialmente a pessoas íntimas da vítima, nem sempre são bem-sucedidas, essa recusa pode ser explicada pela falta de empatia e solidariedade, visto que a dominação das ideologias de dominação está fortemente ligada ao pensamento moral da sociedade. A vítima é bombardeada por sentimentos contraditórios, bem como pessoas próximas também. Esses sentimentos contribuem para que o acontecimento seja ignorado ou não acreditar que devam intervir, contribuindo para a invisibilidade da violência de gênero (Schraiber *et al.*, 2009; Santi; Nakano; Lettiere, 2010).

Somado a isso, o constrangimento, vergonha e o medo, dentre outros fatores mencionados anteriormente contribuem para que a mulher só procure efetivamente outros meios de suporte no enfrentamento contra a violência, nos casos em que já atingiu um nível de saturação das tentativas sem qualquer resultado positivo (Meneghel *et al.*, 2011; Vieira *et al.*, 2015; Netto *et al.*, 2017). Dessa maneira, a mulher só procura ajuda de outras redes quando há ameaça direta a sua vida ou a do filho, ou, ainda, quando ocorre tentativa de homicídio por parte do agressor (Gomes, 2022).

A saúde, em esfera pública e privada, constitui uma importante rede de enfrentamento a violência e na contenção da violência, uma vez que, as vítimas podem receber atendimento em hospitais, unidades básicas de saúde e clínicas (Brasil, 2009; Dias; Moreira, 2020). Quanto maior a gravidade da violência, como: fraturas, lacerações, dificuldade respiratória, taquicardia, dor ou picos hipertensivos, maior a necessidade de suporte à saúde, dos serviços especializados, principalmente em serviços de urgência e emergência (Avanci; Pinto; Assis, 2017).

O atendimento em saúde, mesmo que seja pouco percebido pelas mulheres como um meio de suporte, pode ser um fator crucial na mudança de vida de muitas vítimas de violência doméstica e intrafamiliares.

Quando perguntadas se algumas vez precisaram de assistência em saúde em decorrência da violência sofrida, as participantes em sua maioria recorreram a atendimento em unidade de saúde de emergência, como disposto a seguir:

“Uma vez fiquei internada em um hospital. Ele me fez muita raiva e me torturava, e eu senti uma dor tão grande na cabeça tive um começo de AVC, fiquei vários dias internada, ele ia me visitar, nunca tive família para chegar perto de mim, era só eu e minhas filhas, na frente dos profissionais ele penteava meu cabelo, cuidava de mim. As mulheres diziam que eu tinha sorte em ter um marido como ele, eu pensava se eles soubessem que eu estava lá por causa dele, mas eu concordava” (M02).

“Depois da agressão precisei ir para a UPA, porque meus nervos ficaram muito alterados. De lá para cá precisei ficar tomando remédio para ansiedade, antes eu não precisava.” (M03).

“Meu ex-marido me bateu tanto que desmaiei no meio da rua perto da minha casa, meu neto de 6 anos foi quem me achou, ele saiu me puxando até a UPA estava tão desorientada que não consegui falar nada para os profissionais que me atenderam” (M06).

“Já precisei ir ao hospital com ataques de pânico e ansiedade. Considero que das vezes que precisei ir quando tomei a medicação ajudou bastante, eu estava me machucando. Nesse episódio eu tive apoio Psicológico e psiquiátrico” (M16).

Os relatos mencionados pelas participantes destacam pontos importantes não apenas pela necessidade imediata de atendimento à saúde, mas a repercussão da condição em que foram submetidas anteriormente e como esta repercutiu em suas vidas.

A violência causa vários danos a curto e longo prazo. Múltiplos são os danos, não apenas na mulher, mas também nos familiares, amigos e filhos (Avanci; Pinto; Assis, 2017). Na vítima as sequelas podem ser transtornos mentais, ideação suicida, suicídio, estresse pós-traumático, IST, traumas físicos prementes que podem ser incapacitantes, gravidez indesejada, abortamentos, disfunções sexuais, além de outras patologias como a fibromialgia (Ellsberg *et al.*, 2008).

Dessa forma, devido a situação de violência as vítimas em boa parte dos casos fazem acompanhamento mensal em saúde ou sentem a necessidade de serem acompanhadas. Esse fato foi visto durante as entrevistas ao serem questionadas se eram acompanhadas mensalmente por um profissional de saúde, também foram perguntadas qual atendimento contribui para melhorar a qualidade de vida delas, a resposta fora quase unânime, pois elas consideravam o apoio psicológico o mais efetivo, como referem a seguir:

“Acho que preciso ser atendida por um psiquiatra” (M01).

“Faço terapia mensalmente” (M08).

“Depois da agressão precisei ir para a upa, porque meus nervos ficaram muito alterados. De lá para cá precisei ficar tomando remédio para ansiedade, antes eu não precisava, faço acompanhamento mensal com o psiquiatra” (M04).

“Não preciso de atendimento em saúde mensal” (M05) (M06) (M15) (M17).

“Faço acompanhamento mensal com psicólogo e psiquiatra. Às vezes quando surto também vou para o hospital tomar remédio” (M19).

“Melhorei mais quando fui atendida em um hospital mental em Fortaleza, faço acompanhamento mensal neurologista, psicóloga e gastroenterologista [...]” (M20).

Diante do discurso exposto acima, conclui-se que a vida e o cotidiano dessas mulheres são intensamente afetados, haja visto que é incorporado novas necessidades de cuidados que não necessitavam antes, incluindo tratamento medicamentoso ou terapias para a instabilidade emocional, como citado pelas participantes, o que reque adaptação da mulher e suporte profissional de qualidade.

Ao mesmo tempo, há repercussão na saúde e vida das crianças que presenciam em sua moradia as agressões sofridas pela mãe. As repercussões na saúde dos filhos das vítimas, passam despercebidos pelas vítimas. Ao presenciarem as agressões, as crianças podem ao longo do seu desenvolvimento desenvolver inúmeros traumas, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, dependência de substâncias ilícitas e problemas de relacionamentos (Instituto Maria Da Penha, 2023).

Observa-se, ainda, que a criança além de ser testemunha das agressões, também pode ser agredida pelo agressor da mulher em um momento de descontrole emocional (Sousa; Rezende, 2018). Entretanto, as consequências da VCM não se esgotam nos prejuízos pessoais sofridos em um episódio de violência. Como mencionado na entrevista de uma das participantes:

“[...] Minhas filhas, a mais velha está fazendo tratamento com o psiquiatra, foram muitos anos vivendo nesse sofrimento, acaba destruindo a pessoa [...]” (M12).

Com isso, as repercussões na saúde mental das crianças e adolescentes são muito

frequentes, às vezes percebida como uma revolta ou tida como rebeldia. Eles são vítimas tanto quanto, as mães, embora não sejam agredidas fisicamente, o sentimento de impotência leva as crianças e os adolescentes a tomarem a culpa para si.

Ocasionalmente a violência é praticada contra as crianças, principalmente quando essas são filhos e ou filhas do agressor. As crianças são mais afetadas por testemunharem o sofrimento imposto à mãe, essa condição predispõe crianças e adolescentes a desequilíbrios de ordem psicológica ao passarem por essa experiência (Braga; Dell'aglio, 2012).

Inseridas em um mundo de dor, humilhação e tortura, algumas mães não percebem o quanto os filhos estão sendo afetados com essa situação, como vemos na fala da participante M12. Muitas vezes, essas repercussões são ainda mais evidentes quando se avalia o comportamento deles no ambiente escolar onde o rendimento e a aprendizagem são drasticamente afetados (Carneiro *et al.*, 2017).

Somado a isso as vítimas são constantemente acometidas por distúrbios das mais diversas ordens, os quais podem surgir ao longo da vida, de modo que sua duração pode ser curta ou permanente e ou incapacitante. Dentre as doenças que as mulheres podem desenvolver, tem-se: IST, doenças autoimunes, cardiovasculares e distúrbios de mobilidade devido às agressões. Ainda pode ocorrer feminicídio, sendo este um sério problema que atinge as vítimas de VCM (Miller, 2002).

Independentemente da tipologia de violência praticada contra as mulheres, esse ato traz sérios danos ao processo de saúde e requisitar assistência específica dos serviços de saúde. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2015), destaca que qualquer violência praticada contra a mulher, corrobora diretamente na apresentação de problemas de saúde e demanda mais despesa na atenção sanitária. Consequentemente, aumentando assim, a procura pelos serviços hospitalares por pessoas que sofrem maus tratos e violência.

Desse modo, embora as mulheres tenham dificuldade em perceber o quanto as agressões afetam sua saúde, desde a primeira violência praticada contra a mesma, independentemente do tipo podem acarretar em distúrbios orgânicos de diversas ordens. Os problemas de saúde, em suma, são dissociados da atual condição de saúde, tanto pelas vítimas quanto por parentes e, por vezes, por profissionais que não investigaram a fundo os históricos e causas associadas a sintomatologia ou patologia.

5.5 CATEGORIA TEMÁTICA 3: CONCEPÇÃO DAS PARTICIPANTES SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL RECEBIDA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

No que tange ao serviço de saúde, sabe-se que há muitos casos em que as vítimas precisam de atendimento em saúde, mas poucas procuram efetivamente as instituições de saúde. Diante o exposto, e pensando em fomentar a procura por um atendimento em saúde resolutivo, os profissionais devem pautar a assistência para a integralidade, indo além do físico ou problema orgânico adotando uma postura empática e acolhedora, de modo a possibilitar o manejo e seguimento adequado ao atendimento, envolvendo a equipe multiprofissional, tornando possível a redução de casos de violência de gênero (Fonseca, 2021).

Quando indagadas sobre como compreendem o serviço de assistência em saúde no enfrentamento a VCM, obteve-se os depoimentos a seguir:

“Os profissionais estão prontos para atender as mulheres mais outros não, alguns se recusam a dar assistência, a ter humanidade, muitas vezes a gente é destrutada, também tem gente que é mais acolhedor faz com que você se sinta melhor, às vezes uma conversa ela ajuda, as vezes a gente está com pensamentos difíceis” (M02).

“Foi nos serviços de saúde que fiquei sabendo sobre o serviço da Casa da mulher e delegacia” (M03).

“Acho que não ajuda, era para eles ajudarem” (M05, M13, M17, M19).

“Essencial, pois foi através do acompanhamento com o psicólogo, que comecei a me reconstruir, a me entender” (M08, M10).

Algumas mulheres como percebe-se nos relatos sentem dificuldade em formular uma opinião acerca do serviço de saúde, haja visto nunca terem procurado a assistência em saúde devido a violência sofrida como disposto pela entrevistada M05. Ainda na entrevista percebem outros pontos de vista em que, as mulheres tiveram suporte de profissionais para incentivar a saída da zona de violência e estímulo à denúncia em órgão competente, a delegacia da mulher. Além disso, como vê-se no relato de M03, foi por meio do contato com o serviço de saúde que ela conheceu o trabalho realizado pelo serviço de proteção.

Outrossim, na fala da participante M02, levanta-se um ponto muito importante relacionado à postura a forma como os profissionais da saúde agem durante o atendimento. Embora a participante reconheça que o serviço de saúde é um ponto importante no enfrentamento da violência, que é a forma como a assistência é prestada pelos profissionais, a

falta de empatia e conversa com as pacientes corroboram para que estas não se sintam à vontade para relatar o motivo de estar buscando a assistência, conforme indicado nos relatos.

Diante da complexidade inerente da violência contra a mulher, há a necessidade de prestação de serviço que permita assegurar o acesso da mulher a serviços cruciais, prestados pelas redes de proteção, policiamento, justiça e de redes assistenciais como o serviço de saúde e o social (Barros *et al.*, 2022).

Aponta-se, ainda, que a integração entre essas redes proporciona um atendimento integral para a mulher, contribuindo significativamente na mitigação das consequências sobre a saúde e bem-estar das vítimas, promovendo a segurança e, possibilitando a recuperação e capacitação, diminuindo as perdas sofridas das mulheres, da família e comunidade (Pedrosa; Spink, 2011; Barros *et al.*, 2022).

Ressalta-se o papel dos equipamentos de saúde para o registro e atendimento de casos. Em 2011, instituiu-se a notificação de violência, a qual torna-se obrigatória e compulsória a todos os profissionais de saúde, sejam de estabelecimentos públicos ou privados. Deve-se notificar caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tortura, entre outras (Fonseca, 2021, Miranda *et al.*, 2021).

Entretanto, as notificações hoje não expressam a realidade do número de casos. Isso ocorre devido ao despreparo ou desconhecimento por parte dos profissionais em realizar as notificações, o que culmina na subnotificação dos casos. Somado a este fato há ainda a falta de preparo profissional para o atendimento à mulher em situação de violência (Fonseca, 2021).

Sabe-se que o preparo do profissional na assistência em saúde a mulher que sofre violência, possibilita uma intervenção mais ágil, e direciona o atendimento conforme a necessidade. No entanto, isso não ocorre com tanta frequência como o necessário, visto que algumas mulheres como mencionado na fala da entrevistada M05, M13, M17 e M19, não veem o serviço de saúde pode ajudar.

Nesse contexto, as práticas assistenciais geralmente focadas no modelo biologista e fragmentado, advindas da falta de qualificação dos profissionais, e de suporte institucional, bem como, da atuação deficiente da equipe multidisciplinar.

Dessa forma, o cuidado a sua saúde restringe-se a queixas físicas, dos sinais de patologias e da medicalização. Nesse sentido, os cuidados são fomentados na assistência meramente técnica, a escuta e o olhar integral à mulher em alguns casos são deixados de lado de modo, que há uma valorização na intervenção prática imediata, isso contribui para a invisibilidade dessa problemática na área da saúde (Signorelli; Auad; Pereira, 2013; Silva; Padoin, Vianna, 2015).

Quando as entrevistadas foram perguntadas se acreditavam que as equipes de saúde podem ajudar de alguma forma a mulher em situação de violência no enfrentamento e denúncia dos casos de agressão, obtivemos as seguintes respostas:

“Ajudam muito, principalmente a psicológica, porque senão eu já teria cometido suicídio, já até tentei outras vezes. O aconselhamento ajuda muito na nossa tomada de decisão. Foi o neurologista que percebeu o mau comportamento do meu marido e junto com sua equipe ele acionou a assistente social do hospital, e o assistente de lá entrou em contato comigo e foi onde eu recebi todo esse suporte que hoje estou tendo aqui” (M19).

“Considero que das vezes que precisei ir quando tomei a medicação ajudou bastante, eu estava me machucando. Nesse episódio eu tive apoio” (M18).

Com a conversa dos profissionais podem ajudar a explicar os riscos de voltar de novo para o convívio com o agressor, no meu caso era meu irmão” (M15).

Bom! Ajuda, a medicação ajuda, a terapia contribui para a confiança. Eles contribuem para a compreensão da situação e dão suporte, por isso hoje estou denunciando que não foi fácil” (M13).

“Ajuda dando apoio, é que às vezes a mulher volta para o agressor devido esse suporte que não recebe. Ajuda principalmente, para tratar essa dependência emocional” (M11).

Diante o exposto, as participantes demonstram entender que os profissionais têm um papel no combate e enfrentamento à violência contra a mulher, tanto para que elas reconheçam o papel de vítima e denunciem, bem como para tratar as dores das sequelas físicas e psicológicas, de modo que se evidencia a importância da equipe multiprofissional no atendimento a mulheres que sofreram agressão, ameaça, intimidação dentre outras violências.

Quanto a utilização dos serviços para as vítimas da violência de gênero, os casos são alarmantes, uma vez que essas costumam usar o serviço com mais frequência. As mulheres atendidas podem sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual cometida pelo agressor e esse geralmente é uma pessoa de convívio íntimo com a mulher. Por isso, os profissionais devem ter um olhar atento aos possíveis sinais, a forma como a mulher fala da motivação que trouxe ao serviço e, principalmente a razão que desencadeia os sintomas (Teixeira, Paiva, 2021).

Nos casos em que as agressões são mais graves, as vítimas podem relatar a situação de violência a qual estão expostas aos profissionais de saúde atuantes em hospitais de urgência e

emergência, de modo que esses representam papel importante nesse processo (Fonseca, 2021).

Dessa forma, profissionais que saibam conduzir o cuidado à vítima são essenciais para dar suporte e orientação quanto aos direitos das mulheres, bem como, informar a essa sobre os serviços de proteção à vítima e sua família.

Para tanto, os profissionais realizam encaminhamento de forma articulada com toda a rede de proteção à vítima de violência, contribuindo para a fragmentação e mitigando a revitimização desse público nos serviços de saúde. A articulação do serviço é importante, pois a cada encaminhamento, seja ele das instituições de proteção ao serviço de saúde ou o inverso, faz com que a cada novo profissional que a vítima é encaminhada tenha que reviver o ocorrido, isso mina e contribui para um atendimento traumático (Brasil, 2009).

O papel desempenhado pelos profissionais de saúde que possuem maior evidência é o prestado às vítimas de violência física e sexual, realizado pelo Instituto de Medicina Legal (IML). Dado ao fato que a função dessa instituição é decisória na coleta de provas no processo judicial e condenação do agressor. Além disso, médicos e enfermeiros devem prestar assistência contínua à mulher, não apenas mental, mas também físicas e social aquelas vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupro, assim o cuidado contínuo visa o restabelecimento e reestruturação da mulher (Brasil, 2015c).

Há ainda uma reluta das mulheres em buscar atendimento, além disso a não procura pode estar intrinsecamente ligada ao fato delas acreditarem ser necessário fazer primeiro o boletim de ocorrência ou o exame pericial no IML. Outra constante a ser considerada é o fato, dessas mulheres temerem os constrangimentos associados a esses serviços, de serem julgadas e tratadas com descaso, o que contribui para busca tardia ao serviço de saúde, inviabilizando o suporte profilático em caso de violência sexual (Oliveira *et al.*, 2005).

Contudo percebe-se que o baixo número de atendimentos nos serviços de saúde tem relação estreita com o fato da violência contra a mulher, especialmente a sexual, ainda ser encarada como uma questão da esfera jurídica. Nesse contexto, o papel dos profissionais da equipe multidisciplinar, especialmente médico e enfermeiro, é fundamental para realizar orientações e estímulos a vítima, de modo que essa comunique as autoridades policial e judicial o ocorrido, visto que é uma decisão que compete à mulher ou a seus representantes legais (Oliveira *et al.*, 2005; Schraiber; D'Oliveira, 2007).

Com isso, a atenção básica desempenha um papel fundamental na elaboração e desdobramentos nas estratégias de enfrentamento à violência de gênero. Essas estratégias conduzem uma mudança na realidade vivida, visto que auxiliam na redução ou eliminação da vulnerabilidade à violência e promovendo a saúde e os direitos de cidadania, em conjunto com

o CRAS e assistência social (Pedrosa; Spink, 2011; Oliveira; Ferigato, 2019).

Contudo, a assistência em saúde às mulheres nessa condição, ainda é voltada meramente para o aspecto biologicista. Nessa perspectiva, a carência de profissionais capacitados e protocolos contribuem para a fragmentação da assistência, assim como, a associada ao tecnicismo dos cuidados, torna a visão que a mulher tem do serviço como algo voltado apenas para os sintomas, e cuidados para o aspecto físico.

Diante o exposto, é fundamental ressaltar que o atendimento precisa ser humanizado e empático, tornando possível que a mulher se sinta acolhida, segura e confortável para falar sobre o ocorrido e não julgada. Desse modo, a assistência em saúde de outros profissionais tal como médico e enfermeiros poderão implicar em uma visão diferenciada e verdadeiramente mais eficaz e favorável ao enfrentamento e modificação do contexto em que estas vivem.

6 CONCLUSÃO

A violência contra a mulher é fundamentada na desigualdade de gênero, constituída por ideologias machistas e misógina, naturalizada historicamente na sociedade e em seus arranjos familiares. Nessa existe uma clara condição de inferioridade feminina sobre o masculino, embora a violência possa ser praticada entre mulheres, há um predomínio das agressões cometidas por homens. Esse, coloca a figura feminina como subalterna a dominação, uma característica do sistema patriarcal, com grandes prejuízos sociais, econômicos e de saúde à sociedade. As manifestações de violências sofridas geram impactos na vida das mulheres, excepcionalmente sob sua saúde.

Evidenciou-se que as participantes vítimas de violência atendidas pela Casa da Mulher Cearense, só realizaram a denúncia após um longo período de vivência, o que pode ter contribuído para o adoecimento mental, essa é uma questão muito citada entre as participantes da pesquisa o que, conseqüentemente, culmina na necessidade de atendimento psicológico e psiquiátrico, tanto no acompanhamento constante, como nos atendimentos de emergência hospitalar.

No que tange a percepção das entrevistadas sobre o suporte à saúde, essa compreende três pontos, sendo o primeiro a visão limitada por desconhecer o que o serviço pode fazer para prevenir e auxiliar no enfrentamento. O segundo é a visão negativa do serviço de saúde, esse fato se deve em parte ao fato de as mulheres não se sentirem confortáveis para procurar o serviço de saúde por terem medo do da exposição e julgamento; e o terceiro é o desencorajamento, pois muitas delas relataram que tiveram a presença opressora do agressor sempre que comparecem ao serviço de saúde, o que inviabilizou o pedido de ajuda.

Observou-se ainda, um longo histórico de reentradas no serviço de saúde sem que os profissionais oferecessem apoio e suporte adequado à vítima de violência, o que pode ser desestimulador e contributivo para a permanência da mulher vítima de múltiplas agressões a continuar no meio insalubre.

Ressalta-se que embora as entrevistadas nesse estudo relataram sentirem necessidade de suporte psicológico, não conseguiam associar a necessidade de outros suportes da rede de atenção à VCM, limitando-se apenas a esse tipo de suporte. Assim como associam as unidades hospitalares e de atenção básica a concepção biológica limitada apenas à medicalização.

Assim, reforça-se a importância de políticas públicas que visem a adoção de estratégias para saber a real gravidade da problemática, dado que, o verdadeiro número de casos de mulheres acometidas é desconhecido. A subnotificação se torna um empecilho para o combate

à violência. Sendo, pois necessário a criação de políticas, para que haja a efetivação de notificações reais, tendo como objetivo traçar estratégias e metas com base nos dados reais de mulheres acometidas, para mitigar essa mazela social.

Logo, conclui-se que a falta de qualificação profissional sobre a violência de gênero limita o atendimento qualificado e corroboram para sistemáticas reentrada nas unidades de atendimento. Assim, é crucial que os profissionais reconheçam os tipos de violência, tenham informações sobre os serviços existentes no município ou na região, bem como tenham conhecimentos técnicos para acolher os relatos a partir de uma atitude de respeito e sem julgamentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Vitória Fernandes Carneiro; LUCENA, Kenia Cristina Ferreira de Deus. **A evolução das leis criminais no combate a violência contra a mulher entendendo como marco a constituição de 1988**. Tese (Graduação Direito), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/937>. Acesso em: 18 out.2023
- ALVES, M. C. L.; DUMARESQ, M. L.; SILVA, R. V. **As Lacunas no Enfrentamento à Violência contra a Mulher: análise dos bancos de dados existentes acerca da vigilância doméstica e familiar**. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/ Senado, abril/2016 (Texto para Discussão nº 196). Disponível em: www.senado.leg.br/estudos. Acesso em 28 out. 2023.
- ARBOIT, Jaqueline, et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gzp587MjnjqYCY5CSycCPP7h/?lang=pt#>. Acesso em: 28 out. 2023
- AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2825–2840, set. 2017.
- BANDEIRA, L. M.. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 449–469, maio 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>. Acesso em: 23 mai. 2024.
- BARROS, Alcina Juliana Soares, et al. **A notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, segundo a Lei nº 10.778, de 24/11/2003, tem sido feita por psiquiatras?**. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1–6, 2022. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/299>. Acesso em: 30 out. 2023.
- BEARZI, Paula Suséli Silva de, et al.. Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 3, p. e60162, 2020.
- BONFATTI, S. C.; RIBEIRO, L. J.; GRANATO, T. M. M. Violência doméstica e seu impacto emocional sobre o adolescente: um estudo de revisão. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 56–81, 2023. DOI: 10.23925/2594-3871.2023v32i1p56-81. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/56131>. Acesso em: 3 jun. 2024.
- BORGES, Luciana Maibashi; GEBRIM, Paulo César Corrêa. Violência de gênero Tipificar ou não o feminicídio/feminicídio?. **Revista de Informação Legislativa**, n.202, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/503037/001011302.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- BRAGA, Luiza Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.

3, pág. 413–420, conjunto. 2012

BRANCALHONE, Patrícia Georgia; FOGO, José Carlos; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 113–117, maio 2004.

BRASIL, Casa Civil. Presidência da República. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 16 set. 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Principais Questões sobre Estruturação dos Serviços de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual**. Atenção a mulher- Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/estruturacao-dos-servicos-de-atendimento-as-mulheres-vitimas-de-violencia-sexual/>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em: 2 set. 2023.

BRASIL, Secretaria de Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Laurez Ferreira Vilela (coordenadora), Brasília, 2008.

BRASIL, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2011C. https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres.

BRASIL, Senado Federal. **Registros de Violência Doméstica e Sexual**. Mapa Nacional da Violência de Gênero. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www9qs.senado.leg.br/extensions/violencia-genero-mashup/index.html#/registros-sus/dados-gerais>

BRASIL, Supremo Tribunal de Justiça. Agravo em recurso especial nº GRAVO 1834543. Relator Ministro JOEL ILAN PACIORNIK, Brasília, 2017.

BRASIL,. CONVENÇÃO INTERAMERICANA. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - **Convenção de Belém do Pará**, 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>.

BRASIL. Lei Maria da Penha: **Lei no 11.340**, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/18/984/Lei-maria-da-penha-11340.pdf>. Acesso em: 2 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. **Violências contra a mulher e as práticas institucionais**. Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos. Brasília: Ministério da Justiça, 2015a. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1378-mjviolcontramulher52.pdf>. Acesso em: 1 set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de ética em Pesquisa. **Ofício circular Nº 02/2021**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília, 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. Acesso em: 24 set. 2023. Brasília, Diário Oficial da União, 24 de maio de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf. Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8086.htm. Acesso

em: 18 out.2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Presidência da República, Brasília, 2011b. Disponível em:

https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Secretaria da Mulher. **Conheça a rede que atua no enfrentamento e na prevenção à violência**. Câmara dos deputados, Brasília, 2011a. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/secretarias/secretaria-da-mulher/procuradoria-da-mulher-1/como-buscar-ajuda-em-caso-de-violencia/conheca-a-rede-que-atua-no-enfrentamento-e-na-prevencao-a-violencia>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília :Ministério da Saúde, 2018.

CARNEIRO, Jordana Brock et al.. Domestic violence: repercussions for women and children. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160346, 2017.

CAPUCCI, R. et al. Characteristics of gender-based violence determined from emergency room visits. *Violence and gender*, San Diego, CA, v. 2, n. 2, p. 129-133, 2015.

CARVALHO, Grasielle Borges Vieira; BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. Perspectiva para a humanização e ampliação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência: a Casa da Mulher Brasileira. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v.5, n.1, p.71-82, Jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/2915>. Acesso em: 1 nov. 2023.

CARVALHO, Milca Ramaiane da Silva, et al. Interface entre violência conjugal e consumo de álcool pelo companheiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2109–2115, 2018.

CEARÁ. Defesa Social. Secretaria da Segurança Pública. **Primeira Casa da Mulher do Ceará é inaugurada em um 8 de março histórico**. Governo do Estado do Ceará, 2022. Disponível em: <https://www.policiacivil.ce.gov.br/2022/03/09/primeira-casa-da-mulher-do-ceara-e-inaugurada-em-um-8-de-marco-historico/>. Acesso em: 18 set. 2023.

CEARÁ. Secretaria da Proteção Social. **Casa da Mulher Cearense**. Governo do Estado do Ceará, 2023. Disponível em: <https://www.sps.ce.gov.br/institucional/secretarias-executivas/mulheres/unidades-sps-casa-da-mulher-cearense/>. Acesso em: 18 set. 2023.

CHAGAS, E. R.; OLIVEIRA, F. V. A. DE.; MACENA, R. H. M. **Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19**. Ceará, 2014 a 2020. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 132, p. 63–75, jan. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W5qpBwDyPXgdSjDgttZwtSy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2023.

CHERQUES, Hermano Roberto Thiry. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **al-Rev. PMKT**, Rio de Janeiro, 3 ed. 2009. Disponível em: https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf

COELHO, Larysse Costa; SILVA, Tairony de Melo. VIOLÊNCIA DE GÊNERO: APLICABILIDADE DA LEI 13.104/2015 ÀS MULHERES TRANSEXUAIS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. 5709–5731, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i10.12449. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/12449>. Acesso em: 29 abr. 2024.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento Feminista Negro**. São Paulo: Boitempo, 2019. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7502851/mod_resource/content/0/COLLINS_Pensamento%20feminista%20negro%20conhecimento%2C%20consci%C3%Aancia%20e%20a%20pol%C3%ADtica%20do%20empoderamento.pdf

CRUZ, Mércia Santos ; IRFFI, Guilherme. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2531–2542, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.23162017>. Acesso em: 05 mar. 2024.

CHEQUES, Hermano Roberto Thir. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **af-Revista pmkt**, p. 20-27, 2009. Disponível em: https://revistapmkt.com.br/wp-content/uploads/2009/03/SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_ESTIMATIVA_EMPIRICA_DE_DIMENSIONAMENTO.pdf.

DANTAS, Larissa Correia Nunes. **Rede de atenção à violência contra a mulher em foco: o lugar dos fluxos de informação e comunicação na construção de trajetórias de mulheres de Salvador**. DISSERTAÇÃO (PósGraduação em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia (UFBA). SALVADOR – BA, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26484>

DELMORO, Isabela de Cássia de Lima; VILELA, Sueli de Carvalho. Violência contra a mulher: um estudo reflexivo sobre as principais causas, repercussões e atuação da enfermagem. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 96, n. 38, e-021239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1273>. Acesso em: 2 set. 2023.

DELZIOVO, Carmen Regina. **Rede de apoio às mulheres em situação de violência doméstica**. V.4, 2022, Florianópolis, UFSC, 2022. Disponível em: https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/242447/mod_resource/content/5/CARTILHA_ViolenciaMulheres_V4.pdf.

DIAS, Emerson Piantino; MOREIRA, Maria Ignez Costa. O enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da estratégia de saúde da família. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 26, n. 1, p. 187-207, abr. 2020 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 24 maio 2024.

DOSSI, Ana Paula, et al. **Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005..** Cad Saúde Pública 2008; 24(8): 1939-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800022>. Acesso em: 28 mar. 2024.

DUTRA, Maria de Lourdes et al . A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

ECHEVERRIA, Gabriela Bothrel; RODRIGUES, Diego Freitas. A violência psicológica contra a mulher: reconhecimento e visibilidade. *In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress. Anais Eletrônicos [...]* Florianópolis, 2017. Disponível em: https://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1492913599_ARQUIVO_AviolenciaPsicologicacontraaMulher-reconhecimentoevisibilidade.pdf. Acesso em: 25 abr. 2024.

ELLSBERG, Maria, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic violence: an observational study. **Lancet**. 371(9619): 1165-72, 2008.

ENGEI, Cíntia Liara. **A violência contra a mulher**. 4. ed, Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10313>. Acesso em: 24 set. 2023.

FABENI, Lorena et al . O discurso do "amor" e da "dependência afetiva" no atendimento às mulheres em situação de violência. **Rev. NUFEN**, Belém , v. 7, n. 1, p. 32-47, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 abr. 2024.

FONSECA, Cínthia Neves. **Análise dos atendimentos a mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo em uma unidade hospitalar**. Dissertação (Pós graduação em enfermagem): Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/39288>. Acesso em: 19 set. 2023.

FONSECA, Denire Holanda da, RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307–314, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>. Acessos em: 05 maio 2024.

FORTI, Beatriz; MARTINO, Mariane Fernandes; POSSOBON, Rafaela Francisca Sniquer. Dependência emocional de mulheres e a permanência em relacionamentos abusivos. **Revista de trabalho acadêmico da FAN**, v. 8 n. 1, 2022. Disponível em: <https://faculadadeamericana.com.br/ojs/index.php/TCC/issue/view/24>.

FRANZOIL, Neusa Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; GUEDES, Rebeca Nunes. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/4379/5681/6559>. Acesso em: 24 set. 2023.

FUSQUINE, Rafaela Serrano; SOUZA, Yasmin Alves de; CHAGAS, Aucely Corrêa Fernandes. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 1, p. 113-124, mar. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2024.

GOMES, Nadirlene Pereira, et al.. Permanência de mulheres em relacionamento violento: desvelando o cotidiano conjugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e78904, 2022. disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78904>. Acesso em: 23 mai. 2024.

GUEDES, Gabriel de Castro; ZAGO, Marcio Ricardo da Silva. **Lei nº. 6515/77 e a introdução do divórcio no Brasil**. Toledo- ETIC encontro de iniciação científica, 2010. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/viewFile/4043/3803>. Acesso em: 31 out. 2023.

GUEDES; Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa; EGRY, Emiko Yoshikawa. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm USP**, p.304-311, 2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 31 out. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Violência atingiu 29,1 milhões de pessoas em 2019; mulheres, jovens e negros são as principais vítimas. **Agência IBGE notícias**, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30658-violencia-atingiu-29-1-milhoes-de-pessoas-em-2019-mulheres-jovens-e-negros-sao-as-principais-vitimas>. Acesso em: 25 out. 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Cartilha de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher. Projeto Contexto: Educação, Gênero, Emancipação. Plataforma Educação Marco Zero. Fortaleza, 2018.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Ciclo da violência: Saiba identificar as três principais fases do ciclo e entenda como ele funciona**. 2023. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 24 out. 2023.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **O que é violência doméstica**. 2024

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Roberto Rocha C. Pires Organizador, Rio de Janeiro, 2019.

JESUS, Damásio de. **Violência contra a mulher aspectos criminais da Lei n. 11.340/2006**. Saraiva, 2. ed. São Paulo, 2015.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa, et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190056, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>. Acesso em: 28 mar. 2024.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; BITTAR, D. B.. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 524–529, 2012.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 467–473, set. 2008.

LIMA, G. Q.; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 16, n. 4, p. 511-520, dez. 2011.

LORDELLO, Sílvia Renata; COSTA, Liana Fortunato. Gestação decorrente de violência sexual: um estudo de caso à luz do modelo bioecológico. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 7, n. 1, p. 94-104, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 maio 2024.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares, et al. **Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher**. J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>.

MACHADO, Dinair Ferreira, et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 483–494, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/df3JtSNGJqWL7rNYKwRDnCJ/#>. Acesso em: 31 out. 2023.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 8. ed. atual. Baueri [SP]: Atlas, 2022. ISBN 978-65-5977-065-6.

MARTINS, A. P. A.; ARAÚJO, R. M. de. Política intersetorial de atendimento às mulheres em situação de violência: análise da implementação da Casa da Mulher Brasileira. **NAU Social**, v. 10, n. 19, 2019. DOI: 10.9771/ns.v10i19.33979. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/33979>. Acesso em: 1 nov. 2023.

MARTINS, Jayne Cecília; TEIXEIRA, Evandro Camargos. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil. **Pesquisa e planejamento econômico**, v. 50, n. 2, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10562/1/ppe_50_n2_ViolDomMulher.pdf.

MARTINS, Lidiane de Cassia Amaral et al. Violência contra a mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 15, n. 3, p. 507-514, set. 2016. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000300507&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31 out. 2023.

MELLO, Adriana Ramos. A Constituição Federal de 1988 e o Combate à Violência Contra as Mulheres. **Seminários 30 anos da carta das Mulheres aos Constituintes**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/serie_anais_de_seminarios/2018/serie_anais_de_seminarios_da_emerj_2018_9.pdf. Acesso em: 23 out. 2023.

MENEGHEL, Stela Nazareth, et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre. **Cad Saúde Pública**. Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>.

MILLER, L. Protegendo as mulheres da violência doméstica. Seminário de treinamento para juízes, procuradores, promotores e advogados no Brasil. **Tahirid Justice Center** - Trad. Osmar Mendes. 2.ed. Brasília, 2002.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Saúde collection. 132 p. ISBN 978-85-7541-380-7132, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobo.oks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 29 out. 2023.

MIRANDA, Ana Paula Chaves de, et al. Violência contra a mulher: percepções de profissionais da saúde de uma maternidade. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, e-1390, 2021.

Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 407 p., 2014.

MONTEIRO, Izabelle Pontes Ramalho Wanderley. **Guarda compartilhada nos casos de violência doméstica do pai contra a mãe: melhor interesse da criança e do adolescente**. Dissertação (PósGraduação em Ciências Jurídicas) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18852>. Acesso em: 24 abr. 2024.

mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2023.

NETTO, Leônidas de Albuquerque. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Esc Anna Nery**, e20170007, 2017.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. et al.. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, pág. 376–382, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/7GvxBh3JvbwjSnvxH3DrwTz/?format=html#>.

OLIVEIRA, Maribia Taliane de; FERIGATO, Sabrina Helena. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 27, n. 03, p. 508–521, 2019. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1729. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2246>. Acesso em: 23 maio. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. Belém do Pará, Brasil, 9 de junho de 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 1 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência**. Nações Unidas Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 28 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência contra a mulher**. Washington, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violência contra a mulher: estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de Saúde para abordar a violência contra a mulher**. Tema 4.6 da agenda CD54/9, Rev. 2, 30 set. 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18386/CD549Rev2_por.pdf?sequence=9&isAllowed=y. Acesso em: 28 out. 2023.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124–135, jan. 2011.

PEREIRA, Rita de Cássia Bhering Ramos. o fenômeno da patrimonial contra a mulher: percepção da vítima. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 24, n.1, p.207-236, 2013.

PINAFI, Tânia. **Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade**. 21. Ed. 2007. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/>. Acesso em: 24 out. 2023.

PIRES, Maria Fernanda; BERNARDI, Renato. Direitos humanos e violência doméstica na obra “o segundo sexo”: as mulheres nasceram com direitos, ou buscam tornar-se detentoras deles?. **Revista Jurídica Ivaí**. Paranaíba- PR, v. 01, n. 01 Jan./Jun. 2023. Disponível em: <https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/direito/article/view/191/132>

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes, et al. Violência por parceiro íntimo em abuso de álcool perpetrada contra mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 9, p. e45, 2019. DOI: 10.5902/2179769234201. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34201>.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Feevale, Novo Hamburgo, 2. ed. 2013.

QUEIRA, Luan; OLIVEIRA, Renata Peixoto de. A evolução do combate à violência contra a mulher às políticas públicas advindas da aprovação da lei maria da penha. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S. l.], v. 15, n. 2, 2023. DOI: 10.22410/issn.2176-3070.v15i2a2023.3400. Disponível em: <https://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/3400>. Acesso em: 4 jun. 2024.

RITT, Caroline Fockink; RITT, Eduardo. Violência doméstica contra as mulheres: uma necessária reflexão sobre suas causas e efeitos, bem como as formas de seu enfrentamento. **EDUNISC**, Santa Cruz do Sul, ed. 1, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/2904/1/Viol%C3%Aancia%20dom%C3%A9stica%20contra%20as%20mulheres.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

RODRIGUES, Roselene Batista. **Violência contra mulheres: Homicídios no Município de Belém**. Universidade Federal do Pará. Universidade Federal do Amazonas. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane. Mestrado multidisciplinar em saúde, sociedade e endemias na Amazônia. Belém, 2014.

ROSÁRIO, Senhora Maria; BISPO, Lorena Grasielle Silva. As consequências da violência doméstica contra a mulher no desenvolvimento dos filhos menores. **Ambiente: Gestão e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 14, n. 2, 2021. DOI: 10.24979/ambiente.v14i2.999. Disponível em: <https://periodicos.uerr.edu.br/index.php/ambiente/article/view/999>. Acesso em: 25 out. 2023.

SAFFIOTI, Heleieth. Gênero patriarcado violência. / Heleieth Iara Bongiovani Saffi oti. 2.ed.—São Paulo: **Expressão Popular**: Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf. Acesso em: 28 out. 2023.

SALES, A.M.; LEMES, J.S.; HAUSCHILD, S. **Influência da violência doméstica no desempenho escolar de crianças e adolescentes**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/influencia-da-violencia-domestica-no-desempenho-escolar-de-criancas-e-adolescentes/746644807>.

SANTI, Liliane Nascimento; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE Angelina. **Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 417–424, jul. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/bbpb6CHP36p7MmdTn8C5CPw/?lang=pt#>. Acesso em: 14 set. 2023.

SANTOS, Ione Barbosa dos et al.. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1935–1946, maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R64vx7t9ykhCH54DTfSFvjv/#>

SANTOS, Nikole Gabrielle Oliveira Simões, et al. Violência contra a Mulher e Comportamento Suicida. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.31, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.v31supl.5.0.02>.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas; KISS, Heloisa Hanada; Ligia. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, n.12, p.237-254, 2007. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/> Blima. Acesso em: 12 out. 2023.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1230–1240, jun. 2013.

SIQUEIRA, Luan; OLIVEIRA, Renata Peixoto de. A evolução do combate à violência contra a mulher no Brasil: da naturalização da objetificação da mulher às políticas públicas advindas da aprovação da lei Maria da Penha. **Revista Destaques Acadêmicos**, [S. l.], v. 15, n. 2, 2023. DOI: 10.22410/issn.2176-3070.v15i2a2023.3400. Disponível em: <https://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/3400>. Acesso em: 25 jun. 2024.

SILVA, Daniele de; SILVA, Renata Limongi França Coelho. Violência contra a mulher nos relacionamentos conjugais e a dependência emocional: fator que influencia a permanência na relação. **Humanidades & tecnologias em Revista (FINOM)**, Goiás, v.20, 2020. Disponível em: https://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1008/727.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003350013>. Acesso em: 23 mai. 2024.

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

SILVA, Sérgio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 556–571, set. 2010.

SIMÕES, Bárbara Helena; LUZ, Cicero Krupp. A questão de gênero como vulnerabilidade da mulher: da convecção de Belém do Para à lei Maria da Penha. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 265-278, 2016. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/893>. Acesso em: 12 out. 2023.

SOUZA, V. R. *et al.*, Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enferm.**, 2021; v. 34: CAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

SOARES, Barbara M. **Enfrentando a violência contra a mulher: Orientações práticas para profissionais e voluntários(as)**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/CESeC, 2005. Disponível em: https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2011/06/manual_enfrentando_violencia1.pdf. Acesso em: 24 set. 2023.

SOUZA, Laís de Sousa Abreu; TEIXEIRA, Evandro Camargos. Dependência econômica e violência doméstica conjugal no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Minas Gerais, n. 61, jan.-mar. 2022. g/0000-0002-6470-2103>. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11440/4/ppp_n61_dependencia_economica_e_violencia.pdf. Acesso em: 24 abr. 2024.

SOUZA, Ludmilla. **Mais de 18 milhões de mulheres sofreram violência em 2022**. Agência Brasil. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2023-03/mais-de-18-milhoes-de-mulheres-sofreram-violencia-em-2022>. Acesso em: 12 out. 2023.

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2024.

SUAVE, P. et al. Violações encobertas: as múltiplas faces da violência contra as mulheres camponesas. **Revista Presença Geográfica**, Rondônia, v. 07, n. 02, 2020. Disponível em: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/274/2741508023/index.html>.

TEIXEIRA, J. M. DA S.; PAIVA, S. P.. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e310214, 2021.

TERRA, . F.; D'OLIVEIRA, . F. P. L.; SCHRAIBER, . B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 109–125, 2015. DOI: 10.5565/rev/athenea.1538. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v15-n3-terra-doliveira-schraiber>. Acesso em: 22 mai. 2024.

VALADARES, Raquel. O Quarto de Carolina : O gênero, a moradia e os direitos sociais em Quarto de Despejo. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 160–181, 2021. DOI: 10.21057/10.21057/repamv15n1.2021.37044. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/37044>. Acesso em: 29 abr. 2024.

VIEIRA, Letícia Becker. et al. Support to women who denounce experiences of violence based on her social network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 865–873, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0457.2625>. Acesso em: 22 mai. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a).

Katia Monaisa Figueiredo Medeiros, CPF 785.818.503-91, professora do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO e sua orientanda Fabíola Ferreira Alves, CPF 070.416.393-47 está realizando a pesquisa intitulada “**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**”, que tem como objetivos compreender a percepção das mulheres atendidas na casa da mulher cearense, acerca da necessidade do atendimento em saúde realizado pela equipe multiprofissional após situação de violência, analisar as estratégias da assistência multiprofissional à mulher que sofreu violência, sob a ótica da vítima e listar os tipos de atendimento em saúde que foi ofertado a mulher vítima de violência e o impacto na qualidade de vida desse contingente. Para isso, estão desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: apresentar o projeto aos participantes; coletar dados através de questionário, com os participantes que atendem à elegibilidade; interpretar os dados coletados; construir um relatório de pesquisa; apresentar monografia e compartilhar o estudo em meio científico. Os procedimentos utilizados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com as participantes, na Casa da Mulher Cearense. A participação consistirá em responder a entrevista a qual poderá ser gravada mediante concordância das participantes, afim de transcrição das respostas subjetivas, poderão trazer algum desconforto, como por exemplo, desconforto pessoal por reviver episódios de violência e constrangimento ao responder as perguntas referentes a temática. O tipo de procedimento apresenta um risco moderado, mas que será reduzido mediante o esclarecimento prévio das questões diretamente relacionadas a pesquisa, minimizado o processo de revitimização, garantindo o sigilo e anonimato das participantes, sala reservada para preservar a privacidade, bem como a demonstração da importância e esclarecimento do presente termo e da pesquisa. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu Katia Monaisa Figueiredo Medeiros serei a responsável pelo encaminhamento ao serviço especializado de apoio psicossocial da Casa da Mulher Cearense. Os benefícios da pesquisa relacionam-se com maior foco na temática trazendo para o âmbito acadêmico, para a população foco do estudo e para demais mulheres em situação de violência, haja visto que a presente pesquisa traz a visão de uma população que sofre com a marginalização da temática e com o processo de revitimização, uma vez que o estudo pontua a

importância do programa de assistência integrado a rede atenção à mulher em situação de violência. Toda informação que a Sra. nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas e dados pessoais serão confidenciais e seu nome não aparecerá em questionários e fitas gravadas, inclusive quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou desistir após ter iniciado a entrevista. É válido ressaltar que a mulher poderá desistir a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo de qualquer ordem ou natureza. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Katia Monaisa Figueiredo Medeiros telefone WhatsApp (88) 99695-5523 e/ou e-mail: katiafigueiredo@leaosampaio.edu.br e Fabíola Ferreira Alves, pelo telefone / WhatsApp (88) 99678-4232 e/ou e-mail: fabiolaferreira562@gmail.com, nos seguintes dias e horários: segunda a sexta, das 8:00 – 12:00h e 14:00 – 18:00h. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio – Unileão, Avenida Leão Sampaio, Km 3, Lagoa Seca- Juazeiro do Norte - Ceará CEP: 63.180-000, pelo telefone (88) 2101-1033, ramal XXXX. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

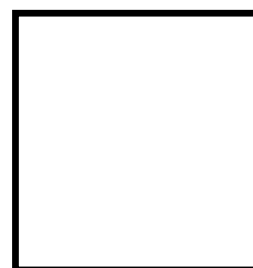
Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Modelo / Exemplo Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu _____, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **“ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE”**, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

JUAZEIRO DO NORTE-CE, _____ de _____ de _____.

Cedente



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Mulher código de identificação:_____.

PARTE 01**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

1- Horário de início e término do preenchimento deste formulário: _____

2- Idade:

☐ 18 a 20 anos ☐ 21 a 30 anos ☐ 31 a 40 anos☐ 41 a 50 anos ☐ 51 a 60 anos☐ Outra, Qual? _____

3- Estado civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)☐ Relacionamento estável ☐ Outro, qual? _____

4- Número de filhos:

☐ 0 filhos ☐ 01 a 02 filhos☐ 03 a 04 filhos ☐ 05 filhos ou mais

5- Tipo de residência:

Própria ☐ Alugada ☐ Compartilhada ☐Cedida ☐ ☐ Outra, qual? _____

6- Você trabalha remuneradamente?

☐ Sim ☐ Não

Qual a sua profissão? _____

Se não, recebe algum benefício do governo? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

7- Qual a sua renda mensal?

☐ Menos de 1 salário mínimo ☐ 3 SM☐ 1 salário mínimo (SM) ☐ 4 SM☐ 1 a 2 SM ☐ 5 SM OU MAIS☐ 2 SM**PARTE 02****PERGUNTAS NORTEADORAS**

8- Vínculo com o(s)/a(s) autor(es)/a(s) da violência:

☐ agente de segurança pública ☐ amigo/a/conhecido/a☐ cônjuge/companheiro/a ☐ desconhecido/a☐ empregador/a ☐ ex-cônjuge/ex-companheiro/a

- () ex-namorado/a
- () filho/a
- () irmã/o
- () namorado/a
- () padrasto/madrasta
- () pai/mãe
- () pessoa com relação institucional (servidor/a do Estado)
- () outro, qual? _____

9- Tipo da violência sofrida:

- () Assédio moral () Cárcere privado
- () Violência Física () Violência Institucional
- () Violência Moral () Negligência/Abandono
- () Patrimonial () Violência Psicológica
- () Violência Sexual () Tentativa de Assassinato
- () Tráfico de Seres Humanos () Outro, qual? _____

10- Você já registrou ocorrência policial ou formulou pedido de medida protetiva de urgência envolvendo essa mesma pessoa?

- () Sim () Não

11- Você se separou recentemente do(a) agressor(a) ou tentou se separar?

- () Sim () Não

12- Você depende financeiramente do seu agressor (a)?

- () Sim, totalmente () Sim, em parte, dividimos as despesas
() Não, eu que mantinha as despesas da casa.

13- Você é ou já foi forçada e/ou induzida a dividir sua renda com seu companheiro ou com outro familiar?

- () Sim, raramente () Sim, algumas vezes
() Sim, rotineiramente () Não

14- Em algum momento você já se sentiu inferiorizada por seu companheiro ou por outro homem do seu convívio?

- () Sim () Não

15- Em algum momento sentiu que a situação era revertida e você era culpabilizada pelo ocorrido?

- () sinto-me culpada sempre quando ocorre na frente de amigos ou familiares
- () sempre depois do episódio me dizia que eu era a culpada
- () eu sempre me sentia culpada
- () Nunca Outra, qual? _____

16-Você entendia que estava sendo vítima de violência?

- 17- Alguma vez precisou de assistência de saúde em decorrência do episódio de violência? Se sim, em qual serviço você foi atendida?
- 18- Qual o atendimento em saúde que você recebeu e que você considera que ajudou na sua qualidade de vida? Por quê?
- 19- Você possui alguma necessidade de acompanhamento mensal em saúde em decorrência das agressões sofridas? Se sim, qual?
- 20- Como você compreende o serviço de assistência em saúde no enfrentamento a violência contra a mulher?
- 21- Você acredita que as equipes de saúde podem ajudar de alguma forma a mulher em situação de violência no enfrentamento e denúncia dos casos de agressão? Se sim, de qual forma?

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VOZ E IMAGEM

Eu _____, portada da Carteira, residente na cidade de _____, autorizo o uso de minha e voz, no trabalho sobre título **ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE** produzido pelos alunos do curso de Enfermagem, semestre 9º, turma 120.9 sob orientação da Professora Katia Monaisa Figueiredo Medeiros. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionadas em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Juazeiro do Norte, ____ de _____ de _____.

Cedente

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE**Pesquisador:** KATIA MONAISA FIGUEIREDO MEDEIROS**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 75480523.7.0000.5048**Instituição Proponente:** Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 6.759.869**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa e quantitativa, a ser realizado na Casa da Mulher Cearense, em Juazeiro do Norte.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a percepção das mulheres atendidas na casa da mulher cearense, acerca da necessidade do atendimento em saúde realizado pela equipe multiprofissional após situação de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta como riscos: O tipo de procedimento apresenta um risco moderado, mas que será reduzido mediante o esclarecimento prévio das questões diretamente relacionadas a pesquisa, minimizado o processo de revitimização, garantindo o sigilo e anonimato das participantes, sala reservada para preservar a privacidade, bem como a demonstração da importância e esclarecimento do presente termo e da pesquisa. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu Katia Monaisa Figueiredo Medeiros serei a responsável pelo encaminhamento ao serviço especializado de apoio

Endereço: : Av. Padre Cícero, nº 2830 Térreo**Bairro:** Crajubar**CEP:** 63.010-970**UF:** CE**Município:** JUAZEIRO DO NORTE**Telefone:** (88)2101-1033**Fax:** (88)2101-1033**E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

ANEXO B – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH

Quadro 1. Versão final, em português falado no Brasil, do COREQ

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
	Características pessoais	
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
	Relacionamento com os participantes	
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo		
	Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
	Seleção de participantes	
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
	Cenário	
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
	Coleta de dados	
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados		
	Análise de dados	
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
	Relatório	
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



**Declaração de Anuência da Instituição
Co-participante**

Eu, MARIA GOMES GUEDES, Cargo COORDENADORA RG 498987
 CPF 015.92.9553-04 Casa da Mulher Cearense, declaro ter lido a pesquisa intitulado
 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SOBRE
 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE de responsabilidade do pesquisadora assistente Fabiola
 Ferreira Alves, RG 2008144231-3 SSP/CE, CPF 070.416.393 e que uma vez apresentado a
 esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio,
 autorizaremos a realização deste projeto nesta, CNPJ 06.740.278/0001-81,
 tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a
 (Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16). Declaramos ainda que esta instituição
 está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto
 de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de
 pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal
 segurança e bem-estar.

JUAZEIRO DO NORTE, 10 OUTUBRO-2023

Local e data

Maria Gomes Guedes
 Assinatura e carimbo do(a) responsável institucional