



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**DANIELLA YAMADA BARAGATTI**

**CAMINHOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA NA BUSCA POR SERVIÇO DE APOIO**

CAMPINAS  
2017

**DANIELLA YAMADA BARAGATTI**

**CAMINHOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA NA BUSCA POR SERVIÇO DE APOIO**

Tese apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde, na Área de Concentração Enfermagem e Trabalho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliete Maria Silva

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA DANIELLA YAMADA BARAGATTI E ORIENTADA PELA  
PROF<sup>A</sup>. DR<sup>A</sup>. ELIETE MARIA SILVA.

CAMPINAS

2017

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.  
**ORCID:** <http://orcid.org/http://orcid.org/00>

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Baragatti, Daniella Yamada, 1982-  
Bar23c Caminhos de mulheres em situação de violência na busca por serviço de apoio / Daniella Yamada Baragatti. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Eliete Maria Silva.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência doméstica. 3. Maus-tratos conjugais. 4. Método do caminho crítico. 5. Comportamento de busca de ajuda. I. Silva, Eliete Maria, 1960-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

**Informações para Biblioteca Digital**

**Título em outro idioma:** Critical paths of women in violent situations in search for support service

**Palavras-chave em inglês:**

Violence against women

Domestic violence

Spouse abuse

Critical path method

Help-seeking behavior

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Eliete Maria Silva [Orientador]

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Zeyne Alves Pires Scherer

Maria José Martins Duarte Osis

Maria Helena Baena de Moraes Lopes

**Data de defesa:** 20-06-2017

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

## FOLHA DE APROVAÇÃO

---

### **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**DANIELLA YAMADA BARAGATTI**

---

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ELIETE MARIA SILVA**

---

#### **MEMBROS:**

- 1. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ELIETE MARIA SILVA**
- 2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ANA FLÁVIA PIRES LUCAS D´OLIVEIRA**
- 3. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ZEYNE ALVES PIRES SCHERER**
- 4. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS**
- 5. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES**

---

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 20 de junho de 2017**

---

## DEDICATÓRIA

*Para Shizuê, minha mãe! O meu maior exemplo de amor!*

*A todas as mulheres que já vivenciaram alguma situação de violência.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de viver. Por ter me concedido inteligência e condições para a realização deste trabalho.

À Eliete o meu mais profundo e sincero agradecimento! Por toda aprendizagem desde a graduação. Pelo trabalho em parceria, ensinamentos e correções. Por saber diferenciar a hora de dar bronca e de dar carinho. Muito mais que uma orientadora. Um exemplo que procuro seguir! Gratidão eterna!

Aos meus pais, por terem me aceitado e zelado por mim. Em especial à minha mãe, por tudo: o incentivo aos estudos, os ensinamentos na vida, o colo e o amor.

À minha bisavó Aurélia e à tia Arlete, que sem saber me ensinaram sobre os direitos das mulheres. À minha família, pelo apoio de sempre!

Às profissionais de enfermagem e mulheres que me inspiram com suas histórias de vida e profissional: Cirça, Celene e Neuza.

Aos companheiros do CS Capivari pelo auxílio e pela compreensão, em especial à coordenadora Rita – que viabilizou as condições a realização deste trabalho – e às enfermeiras Ana Paula, Marina e Márcia, que me ajudaram no dia a dia.

Ao Marcel, pela paciência e tolerância!

À Mari e Cris, pela amizade, pela ajuda e boas inspirações de sempre!

Ao Klênio, pelas horas de trabalho juntos, cafés e amizade!

Aos parceiros de trabalho durante a pesquisa: Silvia, Dany, Antonieta, Ana Carine. Aprendi muito com vocês. Em especial à Diene e Márcio, que além de parceiros no trabalho são também amigos especiais.

Aos amigos que fiz ao longo da vida. Muitos, sempre! Durante o Doutorado devo agradecimento especial ao pessoal do Barril, que me ajudou nas fases mais difíceis, principalmente Michele.

Aos parceiros e amigos das aulas de dança, que trouxeram sorrisos aos meus dias.

Às mulheres do CEAMO, por terem permitido a realização da pesquisa. Pela recepção e disponibilidade. Suas histórias são inspiradoras. Gratidão, guerreiras!

*As pessoas gostam de me perguntar por que a educação é importante, especialmente para as meninas. A minha resposta é sempre a mesma [...]: “Uma criança, um professor, uma caneta e um livro podem mudar o mundo”.*

*Hoje, em metade do mundo testemunhamos acelerado progresso, modernização e desenvolvimento. No entanto, há países onde milhões ainda sofrem dos antiquíssimos problemas da fome, da pobreza, da injustiça e de conflitos.*

*Na verdade, lembramos em 2014 que um século se passou desde o início da Primeira Guerra Mundial, mas ainda não aprendemos todas as lições que surgiram da perda daquelas milhões de vidas de cem anos atrás.*

*Ainda há conflitos em que centenas de milhares de pessoas inocentes perdem suas vidas. Muitas famílias passaram a ser refugiados na Síria, em Gaza e no Iraque. Ainda há meninas que não têm liberdade para ir à escola no norte da Nigéria. No Paquistão e no Afeganistão vemos pessoas inocentes sendo mortas em ataques suicidas e explosões de bombas.*

*Muitas crianças na África não têm acesso à escola por causa da pobreza.*

*Muitas crianças na Índia e no Paquistão são privadas de seu direito à educação por conta de tabus sociais, ou forçadas ao trabalho infantil e, no caso de meninas, a casamentos infantis.*

*[...] Vivemos na era moderna, o século XXI, e passamos a acreditar que nada é impossível. Chegamos à Lua e talvez em breve pousaremos em Marte. Então, neste século, temos que insistir que nosso sonho de uma educação de qualidade para todos também se torne realidade.*

*Por isso, deixem-nos levar igualdade, justiça e paz para todos. E não apenas os políticos e os líderes mundiais, todos precisamos contribuir. Eu. Vocês. É nosso dever. Ao trabalho, então... sem esperar. Apelo às crianças como eu a levantar-se em todo o mundo.*

*Queridos irmãos e irmãs, que nos tornemos a primeira geração a decidir ser a última [a ficar fora da escola]. As salas de aula vazias, as infâncias perdidas, o potencial desperdiçado — que tudo isso se encerre conosco.*

*Que esta seja a última vez que um menino ou uma menina desperdice sua infância em uma fábrica. Que esta seja a última vez que uma garota seja obrigada a se casar na infância.*

*Que esta seja a última vez que uma criança inocente perca a vida na guerra. Que esta seja a última vez que uma sala de aula permaneça vazia.*

*Que esta seja a última vez que se diga a uma menina que a educação é um crime e não um direito. Que esta seja a última vez que uma criança permaneça fora da escola. Que comecemos nós a encerrar essa situação.*

*Que sejamos nós a dar um fim a isto.*

*Que comecemos a construir um futuro melhor, aqui, agora.*

**Malala Yousafzai**  
**Prêmio Nobel da Paz – 2014**

## RESUMO

**Introdução:** A violência contra a mulher é um problema mundial com altas prevalências, fatores associados e consequências negativas para as mulheres e suas famílias, sendo que o agressor mais comum é o parceiro íntimo. Está relacionada ao papel social de gênero atribuído às mulheres, que as coloca em posição de inferioridade e atribui poder aos homens. As lutas sociais feministas contra essa diferenciação culminaram com a elaboração de diversas políticas e serviços que compõem a rede de atenção às mulheres em situação de violência, uma vez que quando buscam ajuda podem passar por diversos serviços e setores, a chamada rota crítica.

**Objetivo:** Analisar a rota crítica de mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) em Campinas-SP.

**Método:** Pesquisa predominantemente qualitativa, mas com componente quantitativo. Realizou-se revisão integrativa de literatura, análise documental de 397 fichas de acolhimento inicial das mulheres atendidas no serviço entre 2013 e 2015; entrevistas em profundidade com dez mulheres em acompanhamento no serviço, tendo como base um instrumento validado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre as rotas críticas de mulheres em situação de violência, traduzido por pesquisadoras brasileiras; e observação participante das atividades em grupo do serviço de referência.

**Resultados:** A média de idade das mulheres atendidas no CEAMO foi de 40,1 anos; a maioria tinha companheiro, ensino médio completo e renda própria. O principal tipo de violência encontrada foi a psicológica. Houve dificuldades em se identificar as políticas e os fluxos de atendimento da rede de atenção à mulher em situação de violência em Campinas, onde o enfoque se dá no atendimento à violência sexual. A rota crítica das mulheres em situação de violência doméstica em Campinas é similar ao encontrado em outros estudos, nacionais e internacionais. Nas entrevistas e observações percebeu-se influência das normas sociais de gênero nos comportamentos e atitudes das mulheres. Quando decidem buscar ajuda, inicialmente o fazem junto a indivíduos da família (filhos, mãe, irmãs) e amigas, dando início assim à rota crítica. Quando as situações se tornam mais graves ou insuportáveis buscam ajuda formal, passando por diversos setores e serviços, tais como instituições religiosas, de assistência social, saúde, organizações não governamentais, polícia, sistema judiciário, entre outras. As mulheres avaliam os serviços pela forma como são tratadas pelos profissionais. Os relatos apontam que a organização dos serviços não se dá em redes de atenção. Há o reconhecimento do CEAMO como importante recurso de apoio.

**Considerações finais:** Recomenda-se que as políticas e fluxos de atenção da rede estejam disponíveis para fácil acesso e consulta dos profissionais; educação permanente dos profissionais, descentralizadas em cada serviço da rede; discussão das questões de gênero em diversos setores e locais públicos para que sejam alcançadas pessoas de todas as escolaridades; ampliação da capacidade de atendimento e divulgação do CEAMO e a importância do acolhimento com empatia e sem julgamentos por todos profissionais que compõem a rede de atenção, independentemente das mulheres deixarem ou não a situação de violência.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Maus-Tratos Conjugais; Método do Caminho Crítico; Comportamento de Busca de Ajuda.

**Linha de pesquisa:** Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Violence against women is a highly prevalent worldwide problem, with associated factors and negative consequences for women and their families and the most common aggressor being the intimate partner. It is related to the social role of gender attributed to women, which places them in a position of inferiority and attributes power to men. The feminist social struggles against this differentiation culminated in the elaboration of several policies and services that compose the attention to women network in violent situations, as when they seek help they can go through various services and sectors, called Critical Route.

**Objective:** Analyze the Critical Route of women in violent situations assisted at the Reference Center and Support to Women (CEAMO) in Campinas-SP.

**Method:** Predominantly qualitative research, but with a quantitative component. An integrative review of literature, documentary analysis of 397 initial files of the women assisted in the service between 2013 and 2015 was carried out; In-depth interviews with ten women in the service, based on an instrument validated by the Pan American Health Organization and translated by Brazilian researchers; And participant observation of the group activities of the reference service.

**Results:** The mean age of the women attended at the CEAMO was 40.1 years; Most had a partner, complete high school and own income. The main type of violence was psychological. There were difficulties in identifying the care policies and flow of the attention to women network in violent situations in Campinas, with the focus being on attending to sexual violence. The critical route of women in violent situations in Campinas is similar to that found in other national and international studies. In the interviews and observations, the influence of gender social norms on women's behavior and attitudes was perceived. When they decide to seek help, they initially do so with families (children, mother, sisters) and friends, thus initiating the critical route. When situations become more serious and unbearable, they seek formal help, going through various sectors and services, such as religious institutions, social assistance, health services, non-governmental organizations, police, justice, among others. Women evaluate these services by how they are treated by professionals. The reports indicate that the organization of services does not take place in health care networks. CEAMO is recognized as an important support resource.

**Final considerations:** It is recommended that policies and flow of attention of the health care network be available for easy access and consultation of professionals; Permanent education of the professionals, decentralized in each service of the network; Discussion of gender issues in various sectors and public places to reach people from all education levels; Expansion of CEAMO's capacity for care and disclosure, and the importance of welcoming with empathy and without judgment by all professionals who make up the network, regardless of whether or not women leave the violent situation.

**Keywords:** Violence Against Women; Domestic Violence; Spouse Abuse; Critical Path Method; Help-Seeking Behavior.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 (Artigo 1):** Fluxograma da seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa. Elaborado pelos autores, 2016. .... 53
- Figura 1 (Artigo 2):** Fluxo de atendimento mensal entre 2013 e 2015 no CEAMO. Campinas, SP: CEAMO, 2016. .... 74

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Quadro 1 (Artigo 1):</b> Caracterização dos estudos incluídos segundo autoria, ano de publicação, delineamento do estudo e principais achados. Elaborado pelos autores.....	54
<b>Tabela 1 (Artigo 2):</b> Perfil das mulheres atendidas no CEAMO entre 2013 a 2015.Campinas, SP: 2016. ....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>BO</b>	Boletim de Ocorrência
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEAMO</b>	Centro de Referência e Apoio à Mulher
<b>CENTRO POP</b>	Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CEREST</b>	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CHOV</b>	Complexo Hospitalar do Ouro Verde
<b>CMPCA</b>	Centro Municipal de Proteção à Criança e ao Adolescente
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CRI</b>	Centro de Referência ao Idoso
<b>CRR</b>	Centro de Referência em Reabilitação
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CT</b>	Conselho Tutelar
<b>DAS</b>	Distritos de Assistência Social
<b>DDM</b>	Delegacia de Defesa da Mulher
<b>DEAM</b>	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
<b>DECS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>FENF</b>	Faculdade de Enfermagem
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>HMMG</b>	Hospital Municipal Dr Mario Gatti
<b>IML</b>	Instituto Médico Legal

<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MESH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>MEDLINE</b>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PMC</b>	Prefeitura Municipal de Campinas
<b>RENASCER</b>	Serviço de Acolhimento Institucional para População Adulta em Situação de Rua
<b>SAD</b>	Serviço de Assistência Domiciliar
<b>SAMIM</b>	Setor de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SAPECA</b>	Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes
<b>SARA-M</b>	Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres Vítimas de Violência de Gênero
<b>SARES</b>	Serviço de Acolhimento e Referenciamento Social
<b>SCFV</b>	Serviços de Convivência e de Fortalecimento de Vínculos
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SISNOV</b>	Sistema de Notificação de Violência
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>VPI</b>	Violência por Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	16
1.1.	Violência contra a mulher: um problema global .....	20
1.2.	Gênero e a violência contra a mulher .....	21
1.3.	Políticas brasileiras para mulheres em situação de violência .....	24
1.4.	Rota crítica e redes de atenção às mulheres em situação de violência .....	30
1.5.	Políticas e redes de atenção às mulheres em situação de violência em Campinas-SP .....	33
2.	OBJETIVOS .....	39
2.1.	Objetivo Geral .....	39
2.2.	Objetivos específicos .....	39
3.	PERCURSO METODOLÓGICO .....	40
3.1	Tipo de pesquisa .....	40
3.2	Cenário do estudo .....	40
3.3	Sujeitos do estudo.....	41
3.4	Técnicas de coleta e análise dos dados .....	42
	Revisão integrativa de literatura.....	42
	Pesquisa documental .....	43
	Entrevistas .....	44
	Observação participante .....	45
3.5	Aspectos éticos .....	46
4.	RESULTADOS .....	48
	Artigo 1: Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão de literatura .....	49
	Artigo 2: Mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado e implicações à rede de atenção.....	70

Artigo 3: Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em Centro Especializado brasileiro .....	84
5. DISCUSSÃO GERAL.....	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	113
7. REFERÊNCIAS .....	115
8. APÊNDICES .....	123
Apêndice A: Roteiro de Observação Participante .....	123
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários) .....	124
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (trabalhadores) .....	126
9. ANEXOS .....	128
Anexo 1: Ficha de Acolhimento Inicial - CEAMO .....	128
Anexo 2: Roteiro de entrevistas.....	130
Anexo 3: Autorização para realização da pesquisa (Prefeitura Municipal de Campinas) .....	135
Anexo 4: Autorização para realização da pesquisa (CEAMO) .....	136
Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	137

## 1. INTRODUÇÃO

Sou enfermeira atuante na saúde pública de Campinas-SP e professora em uma faculdade privada da região. Além disso, aventurei-me pela vida acadêmica.

Dos tipos de violência, a que ocorre contra a mulher, praticada por parceiro íntimo no ambiente doméstico, sempre foi a que mais me intrigou. Provavelmente por ser mulher e ter vivenciado, como todas as mulheres, o machismo nosso de cada dia. Eu não sabia, mas sempre fui feminista. Lembro quando minha mãe explicou que no dia em que me casasse deveria colocar o sobrenome do marido no final do meu nome. Perguntei se ele também faria o mesmo, e não entendi porque a resposta foi negativa. Sempre gostei do meu nome, por que deveria colocar o de outra pessoa? E quando foi para aprender a cozinhar tornou-se comum ouvir das pessoas: “Você precisa saber cozinhar, pois é mulher”. Essas coisas nunca fizeram sentido para mim.

No entanto, no trabalho como enfermeira comecei a refletir mais sobre essas questões. É constante o contato com vítimas dos diversos tipos de violência na atenção primária à saúde, área onde atuo. Mas, em 2008, um encontro me marcou profundamente. Atendendo uma gestante, perguntei se ela sofria violência, uma vez que tal pergunta estava na ficha que deveria preencher. A resposta foi positiva. Então descobri que não sabia como lidar com a situação. Não sabia o que dizer ou como proceder, afinal, não se tratava de uma situação em que eu poderia simplesmente prescrever o que ela deveria fazer, postura que nós, enfermeiros, infelizmente adotamos com frequência.

Nunca mais esqueci este encontro e comecei a refletir sobre o quanto este assunto permaneceu ausente das reflexões em sala de aula durante a graduação. Motivada por essa questão, em 2011 pude ingressar no mestrado e realizar uma pesquisa investigando a abordagem da violência em currículos de graduação em enfermagem, considerando duas universidades públicas do estado de São Paulo<sup>1</sup>. Além disso, comecei a ministrar a disciplina “Violência, Saúde e Gênero” em uma faculdade particular de enfermagem, o que me levou a desejar ainda mais estudar e pesquisar esta temática.

---

<sup>1</sup> Baragatti DY. O tema da violência em currículos de cursos de graduação em enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2013, 143p. Disponível em: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26092013-175252/pt-br.php>. Acesso em: 13 set. 2016.

Após o encontro com a gestante em situação de violência fui ler sobre os serviços existentes no município de Campinas-SP que poderiam auxiliá-la. Assim, antes de definir exatamente o que iria pesquisar no doutorado, realizei visitas em diversos serviços do município por onde as mulheres em situação de violência poderiam passar, como a Delegacia de Defesa das Mulheres (DDM), o Instituto Médico Legal (IML), algumas Organizações não governamentais (ONG) e Hospitais. Por indicação de profissionais do município fui descobrindo pessoas que atuam nesta área e que foram me ajudando a refletir e delimitar esta pesquisa. Então conheci o Centro de Referência e Apoio à Mulher, o CEAMO.

Passando pelos diversos serviços e conversando com os profissionais comecei a questionar sobre qual seria o caminho percorrido pelas mulheres até chegaram ao CEAMO, serviço especializado no atendimento de mulheres em situação de violência doméstica.

Desta maneira começou esta pesquisa. Um grande questionamento pessoal advindo de minha experiência profissional, que me levou a ouvir essas mulheres para entender seus sentimentos e os caminhos percorridos até o CEAMO, sendo os resultados apresentados nesta tese que busca ressaltar a importância dos diversos profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

Primeiramente, realizei breve introdução sobre o assunto tratando da prevalência da violência contra a mulher e fatores associados, da relação entre gênero e violência contra a mulher, das políticas públicas de saúde para as mulheres, do conceito de rota crítica e dos caminhos percorridos pelas mulheres em situação de violência. Ainda nesta parte, descrevi a rede de atenção para mulheres em situação de violência em Campinas, São Paulo, onde a pesquisa foi realizada.

Conto os caminhos percorridos nesta pesquisa em “percursos metodológicos” e apresento os resultados em formato de três artigos provenientes desta pesquisa: o primeiro, sobre a rota percorrida por mulheres em situação de violência no mundo; o segundo trata do perfil das mulheres atendidas no CEAMO entre 2013 a 2015 e as implicações para a rede de atenção; e o último versa sobre a rota crítica percorrida por mulheres até chegaram ao CEAMO de Campinas-SP. Por fim, apresento a discussão geral da tese e realizo as considerações finais sobre este trabalho.

Meu principal desejo, antes de começar esta pesquisa, era deixar contribuições positivas para as mulheres em situação de violência, principalmente com as que convivo no

trabalho. Hoje, finalizando a pesquisa, percebo que eu é que cresci, me fortaleci e aprendi com essas mulheres e seus caminhos, motivo pelo que partilhamos a partir daqui tudo o que foi vivenciado para a construção desta tese.

Todos os anos mais de um milhão de pessoas perdem a vida devido à violência e muitas sofrem ferimentos não fatais como resultados de agressões. Além disso, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos de idade em todo o mundo<sup>(1)</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>(1)</sup>.

Os tipos de violência, conforme quem comete os atos, podem ser: autoinfligida (comportamento suicida e autoabuso); interpessoal (da família e de parceiro íntimo, e comunitária) e/ou coletiva (social, política e econômica). Quanto à natureza dos atos violentos, estes podem ser caracterizados pela violência física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência<sup>(1)</sup>.

A Violência contra Parceiros Íntimos (VPI) é aquela cometida contra parceiros em ambos os sexos e em parceiros do mesmo sexo, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente em sociedades em que há desigualdades marcantes entre homens e mulheres<sup>(1)</sup>.

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre entre membros de uma mesma família; envolve, portanto, a violência cometida contra mulheres, idosos, crianças pertencentes à mesma família. Já a violência doméstica é aquela que ocorre entre pessoas que vivem na mesma casa<sup>(1)</sup>.

Dentre os diversos tipos de violência interpessoal destacamos a violência intrafamiliar contra a mulher cometida por parceiro íntimo, que ocorre no ambiente doméstico. Trata-se de um fenômeno universal, que acontece em todos os países do mundo, tendo consequências devastadoras e efeitos traumáticos para as mulheres que a experimentam, sendo uma violação dos direitos humanos básicos<sup>(2)</sup>.

Desde 1993, quando aconteceu a *Conferência Mundial dos Direitos Humanos* e formalizou-se a “Declaração para a eliminação da violência contra a mulher”, a comunidade

internacional tem reconhecido o tema como importante problema de saúde pública, política social e de direitos humanos. De acordo com a Declaração, a violência contra a mulher é:

Todo ato de violência baseado em gênero, que tem como resultado, possível ou real, um dano físico, sexual ou psicológico, incluídas as ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, seja a que aconteça na vida pública ou privada. Abrange, sem caráter limitativo, a violência física, sexual e psicológica na família, incluídos os golpes, o abuso sexual às meninas, a violação relacionada à herança, o estupro pelo marido, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentem contra mulher, a violência exercida por outras pessoas – que não o marido – e a violência relacionada com a exploração física, sexual e psicológica e ao trabalho, em instituições educacionais e em outros âmbitos, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada e a violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra<sup>(3)</sup>.

Apesar de haver consequências físicas, como ossos quebrados, contusões, hematomas, entre outros, destacamos que os sintomas mais comuns são relacionados aos distúrbios do funcionamento do corpo, que nem sempre aparecem como diagnósticos bem definidos. As mulheres que sofrem violência podem apresentar diarreia e mau funcionamento do intestino, como síndrome do intestino irritável, dores musculares incapacitantes, como no caso da fibromialgia, dores no estômago, além de terem capacidade física reduzida para o trabalho e a lida diária da casa<sup>(4, 5)</sup>.

Em Campinas, município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, a maioria das notificações de violência contra mulheres em 2012 aconteceu em unidades de emergência, tratando-se, na maioria dos casos, de violência física e psicológica. Em relação ao local da ocorrência, a maioria aconteceu na residência, sendo que o principal praticante foi o parceiro íntimo<sup>(6)</sup>.

A violência intrafamiliar e doméstica por parceiro íntimo contra a mulher é um fenômeno complexo, sem fórmula pronta e rápida para sua solução. Todavia, trata-se de fenômeno evitável, tendo muitas intervenções possíveis desde que sejam estabelecidos acordos e respostas multisetoriais. É preciso maior investimento na prevenção da violência, sendo que pesquisas nesta área são fundamentais para apoiar a aprendizagem sobre o impacto de diferentes intervenções promissoras globalmente<sup>(7)</sup>.

A violência doméstica contra a mulher praticada por parceiro íntimo traz consequências físicas e psicológicas para estas mulheres, seus filhos e famílias. Porém, as

mulheres podem buscar apoio quando vivenciam essas situações. Neste trabalho procuramos conhecer o perfil e identificar as redes de atenção e apoio às mulheres em situação de violência doméstica que buscaram auxílio em um Centro de Referência no município de Campinas-SP, investigando para isto a rota crítica por elas percorrida para contribuir, assim, com a melhoria das redes de atenção.

### 1.1. Violência contra a mulher: um problema global

Encontramos diversos estudos recentes, em diferentes países e continentes, demonstrando que a violência contra a mulher é um problema global.

No continente asiático, Irã, Nepal, China e Iraque são exemplos de países com prevalências entre 44,4% e 58,6% de todos os tipos de violência contra as mulheres. Como fatores associados à ocorrência de violência encontramos jovens portadoras de deficiência, mulheres que trabalhavam em emprego remunerado, aquelas que precisaram pedir permissão ao marido para suas atividades, a idade do marido, anos de casamento, a baixa escolaridade do homem e da mulher<sup>(8, 9, 10, 11)</sup>.

Na Europa, as prevalências de violência contra as mulheres variaram entre 2,5 a 33% na Espanha, Turquia e Suécia, sendo que a psicológica mostrou-se a mais comum<sup>(12, 13, 14)</sup>. Em estudo realizado na Espanha, as mulheres com maior probabilidade de sofrer violência foram as que mantinham a família com seu salário e tinham filhos, o que pode indicar que independência financeira representa fator de risco<sup>(12)</sup>. Já na Suécia, ser solteira ou estar separada aumentou em 12,9 vezes o risco de violência doméstica pós-parto, assim como sintomas de depressão também aumentaram a ocorrência de violência em 3,5 vezes<sup>(13)</sup>.

Na Etiópia e Tanzânia, países do continente africano, as prevalências de violência doméstica contra a mulher encontradas variaram de 65% a 78%<sup>(15, 16)</sup>. Os fatores associados à ocorrência de violência na Etiópia foram o consumo de álcool pelo marido, gravidez, poder decisório centrado no marido e renda familiar anual baixa<sup>(15)</sup>.

Nas Américas, focamos nossas buscas em estudos brasileiros. No nordeste do Brasil, especificamente no estado de Pernambuco e entre mulheres encarceradas, 44,1% sofreram violência nos 24 meses anteriores ao encarceramento, sendo que os fatores associados à

maior chance de sofrerem violência foram o estado civil (solteira ou separada) e ter presenciado violência na adolescência<sup>(17)</sup>.

Ainda no nordeste brasileiro, entre gestantes as prevalências de violência por parceiro íntimo variaram entre 41,6% e 52,7%<sup>(18, 19)</sup>. Como fatores associados à ocorrência desta violência na gestação encontramos a ocorrência de gravidez não planejada<sup>(20)</sup>, escolaridade das mulheres grávidas superior à de seu parceiro íntimo, falta de apoio familiar, uso de drogas ilícitas pela gestante e ter tido seis ou mais parceiros íntimos ao longo da vida<sup>(18)</sup>.

No sudeste do Brasil, estudos realizados com gestantes sobre violência por parceiro íntimo nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo encontraram prevalências entre 5% e 19,1%, sendo que os fatores associados encontrados no Rio de Janeiro foram o menor nível de escolaridade da mulher, menor apoio do pai da criança e maior tentativa de interrupção da gravidez<sup>(21)</sup>. Já no estado de São Paulo, a violência psicológica demonstrou estar relacionada a problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas, infecções do trato urinário, cefaleia e comportamento sexual de risco; violência física ou sexual foi associada a problemas obstétricos, ruptura prematura de membranas, infecções do trato urinário, sangramento vaginal e falta de desejo sexual<sup>(22)</sup>.

Ainda no estado de São Paulo, foram entrevistadas 2.379 usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 15 municípios. Destas, 76,5% referiram ter sofrido algum tipo de violência ao longo da vida e 56,4% relataram violência por parceiro íntimo<sup>(23)</sup>.

Podemos perceber, pelos estudos encontrados, que a violência contra as mulheres tem altas taxas de prevalência, diversos fatores associados e consequências negativas para as mulheres, sendo motivada frequentemente por questões de gênero.

## 1.2. Gênero e a violência contra a mulher

As mulheres estão expostas a diversos tipos de violência como ameaças, abuso sexual de meninas, mutilação genital, estupro por desconhecidos, tráfico de mulheres, entre outros. Neste trabalho, no entanto, falamos sobre a violência intrafamiliar e doméstica perpetrada por parceiro íntimo. Para se falar neste tipo de violência contra a mulher é fundamental que discutamos a questão do gênero, pois “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”<sup>(24)</sup>.

Gênero não se refere às características sexuais e/ou biológicas que diferenciam homens e mulheres, e sim às construções sociais sobre os papéis próprios de homens e mulheres. Gênero é uma palavra que permite distinguir a prática social dos papéis atribuídos aos homens e mulheres, sendo uma forma primeira de significar as relações de poder<sup>(25)</sup>.

O gênero, por ser elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, implica quatro elementos relacionados entre si: símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas e frequentemente contraditórias (como, por exemplo, o símbolo da mulher representado pela tradição cristã ocidental, na figura de Eva e Maria); conceitos normativos que evidenciam interpretações do sentido dos símbolos que pretendem limitar e conter suas possibilidades metafóricas (afirmam de maneira binária e categórica o sentido de masculino e feminino, expressos em algumas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas, como no caso da ideologia vitoriana da mulher no lar); o uso da categoria “gênero” como reduzida ao sistema de parentesco (um olhar fixo sobre o universo doméstico e na família como fundamento da organização social, sem considerar o mercado de trabalho, a educação ou o sistema político) e a identidade subjetiva (o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si, pois há um controle ou acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos, ou seja, as diferenças entre os corpos são solicitadas para testemunhar as relações e fenômenos sociais)<sup>(25)</sup>.

O gênero também é diretamente relacionado à noção de poder. Historicamente, vários exemplos denotam o poder masculino, casos de regimes autoritários, como na Revolução Francesa ou na operacionalização política da Alemanha nazista, em que os dirigentes que legitimavam a dominação, a força, a autoridade central e o poder soberano eram identificados como masculinos. Este poder foi traduzido em proibições de participação de mulheres na vida política, tornando o aborto ilegal, impondo códigos de vestuário às mulheres, entre outras ações<sup>(25)</sup>.

A diferenciação de gênero e, conseqüentemente, o poder atribuído socialmente ao sexo masculino, legitimam a violência intrafamiliar e doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo, também chamada neste caso de violência de gênero. No exercício do poder patriarcal os homens detêm o poder de determinar a conduta de mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos, tendo tolerância da sociedade para punirem aquilo que

consideram como inadequado. Para tal, muitas vezes o homem, enquanto categoria social que domina-explora, exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Os homens, neste sentido, estão autorizados, de maneira permanente, a realizar seu projeto de dominação-exploração das mulheres, mesmo que precisem usar a força física para isso<sup>(26)</sup>.

Para Minayo (2006):

A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias<sup>(27)</sup>.

A violência de gênero vitimiza a mulher por razões conjugais, sexuais ou culturais: no seio da família, pelos casamentos forçados, devido à preferência pelo filho homem, ao estupro conjugal, pancadas, assédio sexual e moral no trabalho, agressões sexuais, pelo tráfico sexual, esterilizações forçadas, entre outras razões toleradas e silenciadas por explicações inaceitáveis, como a de que mulheres gostam de homens violentos ou de que os homens são incapazes de controlar os seus instintos – situações aceitáveis pelo papel social inferior da mulher em relação ao homem<sup>(27)</sup>.

Para Saffioti (2001), é importante trabalhar com a questão de gênero relacionada à violência contra a mulher, pois como o local de ocorrência deste tipo de caso é geralmente o ambiente doméstico, torna-se comum ser utilizado o velho ditado “em briga de marido e mulher não se mete a colher”. Este tipo de postura traz trágicas consequências, pois desta forma o Estado justifica facilmente sua não intervenção no espaço privado. A autora também destaca que o espaço doméstico é, de maneira simbólica, não só o território onde vivem, mas o espaço que confere aos homens o direito de exercer seu poder sobre as mulheres, mesmo que estas já tenham se separado<sup>(26)</sup>.

Os diferentes sujeitos estão envolvidos pelas normas culturais de vida em sociedade, que têm como efeitos diferentes apropriações e valorizações da materialidade da vida social. Disso resulta que há diferentes significados quanto à aceitação ou não da violência enquanto norma, além de revelar diferentes maneiras de se conseguir apoio social e possibilidades materiais para o enfrentamento da violência<sup>(28)</sup>. Desta maneira, concluímos que a cultura que diferencia gênero influencia os comportamentos de busca de ajuda das mulheres em situação

de violência doméstica por parceiro íntimo e dos profissionais que as atendem, bem como a elaboração das políticas públicas específicas para essa parcela da população.

### 1.3. Políticas brasileiras para mulheres em situação de violência

Ao longo da história, agredir, matar ou estuprar uma mulher ou uma menina são fatos que acontecem com frequência em todos os países. O que difere é a magnitude da agressão, mais recorrente em países onde predomina a cultura machista<sup>(29)</sup>. Além disso, a recente conquista de direitos civis e políticos iguais por parte das mulheres em relação aos homens começou a partir da metade do século passado. Para entendermos as políticas brasileiras para as mulheres em situação de violência é preciso olhar para a história das conquistas dos direitos das mulheres no país, uma vez que são resultados dessas conquistas.

O primeiro documento que destacamos é a “Carta das Nações Unidas” (1945). Após a Segunda Guerra Mundial, o documento foi elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o intuito de consolidar a importância dos direitos humanos independentemente de raça, sexo, língua ou religião. A carta foi homologada no Brasil por decreto do mesmo ano<sup>(30)</sup>.

Em 1948 acontece a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher, que outorga às mulheres os mesmos direitos civis dos homens. No Brasil, somente em 23 de outubro de 1952, por meio do decreto nº 31.643, é que as mulheres adquirem os mesmos direitos civis que os homens<sup>(31)</sup>. Apesar disso, os organismos internacionais começaram a se mobilizar contra a violência somente depois de 1975, quando a ONU realizou o primeiro dia internacional da mulher<sup>(29)</sup>.

Outra conquista tardia deu-se com o direito ao voto em igualdade para mulheres e homens. Da mesma maneira que a elegibilidade das mulheres para todos os organismos públicos em eleição e a possibilidade de exercerem postos e funções públicas estabelecidos pela legislação nacional, tais direitos só foram adquiridos em 1953 por meio da Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher. Porém, no Brasil a promulgação desses direitos só aconteceu em 1963, pelo decreto nº 52.476<sup>(32)</sup>. Esses direitos, adquiridos tardiamente, são reflexos da diferenciação de gênero presente atualmente.

Examinando especificamente as questões relativas à saúde da mulher no Brasil, verifica-se sua incorporação às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX. Porém, os programas materno-infantis das décadas de 1930, 1950 e 1970 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada nas suas especificidades biológicas e no seu papel social de mãe e cuidadora dos filhos e familiares<sup>(33)</sup>. Até este período, em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil preocupava-se com as questões materno-infantis, o enfoque central dos programas voltado à intervenção sobre os corpos das mulheres, assegurando que os filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social<sup>(34)</sup>.

Nos anos 1960, no Brasil, era intensa a luta do movimento feminista, que reivindicava a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, almejando uma igualdade social que reconhecesse as diferenças, porém com igualdade de gênero.

O feminismo questionava a divisão sexual do trabalho, ou seja, o posicionamento de que o homem era o provedor e a mulher possuía um papel de doméstica e reprodutora, restrito ao exercício da maternidade. Questionava também o incentivo da sexualidade masculina desde cedo e permitida fora do ambiente familiar, enquanto a da mulher era limitada à reprodução de filhos legítimos<sup>(35)</sup>. Muito além da luta pelos direitos civis e políticos, a luta do movimento feminista buscava a igualdade de gênero e criticava a forma como se organizavam as políticas de saúde nesta época.

No final dos anos 1970, a mídia e as autoridades começaram a dar visibilidade aos assassinatos de mulheres cometidos pelos maridos, ex-maridos e companheiros, incluindo aqueles cometidos no segmento da classe média. Nesta época, os registros jornalísticos e as práticas jurídicas dos assassinatos eram justificados pelo argumento de serem por legítima defesa da honra. Um caso paradigmático de então foi o assassinato de Ângela Diniz, cometido por Raul Fernando Street (Doca Street) em 1976. O casal teve um relacionamento amoroso e o réu foi absolvido com a justificativa de que havia sido traído. A reação popular resultou em cancelamento do julgamento e a militância feminista, mais uma vez, demandava políticas públicas de combate à violência contra as mulheres<sup>(36)</sup>.

O argumento das mulheres militantes era o de que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres refletiam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, a proposta era de que a perspectiva de mudança nas relações sociais entre homens e mulheres fosse a base da elaboração das

políticas de saúde da mulher. Reivindicavam serem sujeitos de direito, com necessidades além do período de gestação e parto, lutando por melhorias nas condições de saúde em todos os ciclos<sup>(33)</sup>.

Em 1975, na Cidade do México, acontece a I Conferência Mundial sobre a Mulher. Nela reconheceu-se o direito da mulher à integridade física, à decisão sobre o próprio corpo e o direito à maternidade opcional. Este ano foi declarado como o “Ano Internacional da Mulher”. A partir desta Conferência as redes feministas são convidadas a ocupar espaço crescente na articulação de definições, declarações e documentos sobre estes direitos<sup>(35)</sup>.

Destacamos também, neste mesmo período, a criação de grupos de combate e atendimento às mulheres em situação de violência. O primeiro a ser criado, na década de 80, foi o “SOS Corpo”, de Recife<sup>ii</sup>. Em seguida, foram criados os de São Paulo, Campinas e Belo Horizonte<sup>(36)</sup>.

Em 1985 é criado o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, por meio da Lei nº 7.353, que tem por finalidade promover, em âmbito nacional, políticas que visem eliminar a discriminação à mulher, garantindo liberdade e igualdade de direitos, bem como a participação das mulheres em atividades políticas, econômicas, sociais e culturais do país<sup>(37)</sup>.

Também impulsionado pelos movimentos feministas, no início dos anos 1980 são criadas as Delegacias Especiais de Defesa das Mulheres (DEAM), atualmente chamadas de Delegacias de Defesa da Mulher (DDM). Em termos de programas de intervenção, foi a primeira grande alternativa para as mulheres vítimas de violência<sup>(38)</sup>. Outro avanço do movimento feminista, em conjunto com a criação das DDM, foi a garantia de que os crimes de violência sexual fossem considerados crimes contra a pessoa e não mais contra os costumes. Atualmente, são aproximadamente 500 DDM em todo o país<sup>(36)</sup>.

Continuando a falar sobre Conferências que refletiram em avanços das conquistas femininas, citamos como importantes as de Bucareste (1974), México (1984) e Cairo (1994), nas quais o tema planejamento familiar era recorrente. Nelas, o Brasil se posicionava em defesa do direito de escolha das pessoas em relação ao número de filhos, desatrelando práticas contraceptivas dos interesses relativos a controle demográfico. Destacamos que na Conferência do Cairo houve grande participação da sociedade, principalmente do movimento

---

<sup>ii</sup> SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia. Disponível em: URL: <http://soscorpo.org>. Acesso em 15 mar. 2016.

feminista, trazendo diversos desdobramentos para as discussões a respeito da saúde reprodutiva<sup>(34)</sup>.

Em 1984 é lançado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM). O programa foi uma ruptura conceitual com os princípios norteadores de políticas de saúde para mulheres no Brasil. Incorporou como princípios e diretrizes propostas como descentralização, hierarquização e regionalização, bem como integralidade e equidade, uma vez que, paralelamente, acontecia o Movimento Sanitário que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa incluía ações preventivas, educativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistindo à mulher em questões ginecológicas, ciclo gravídico, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), câncer de mama e colo de útero, além de outras necessidades<sup>(39)</sup>.

Além das preocupações com o ciclo gravídico-puerperal, o Programa representou um avanço por considerar os direitos reprodutivos das mulheres. De maneira geral, as diretrizes do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina de maneira integral, enfatizando a importância de as mulheres apropriarem-se dos conhecimentos sobre sua saúde. O PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, pensando em atenção integral à saúde. Os movimentos de mulheres passam a lutar pela sua implementação<sup>(34)</sup>.

Alguns anos depois, na Constituição Federal de 1988, é definido que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Todos os residentes neste país têm direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Pela lei, homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, e ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, ou será submetido à tortura nem a qualquer tratamento desumano e degradante<sup>(40)</sup>. Constitucionalmente, corrobora-se a igualdade entre homens e mulheres.

Compreendendo a influência das questões culturais de gênero como passíveis de reflexo em qualquer setor da sociedade, e impulsionadas pelas conquistas feministas e constitucionais de igualdade, foi percebida a importância de, nas políticas nacionais, serem pensadas questões quanto à postura dos profissionais de saúde ao lidarem com pessoas em situação de violência.

Consequentemente, a partir da década de 1990, a capacitação dos profissionais de saúde foi incentivada por meio de manuais e diretrizes elaboradas pelo Governo Federal diante da ênfase dada no fato de os profissionais de saúde não serem preparados para atender as mulheres em situação de violência e suas peculiaridades. Por exemplo, em 1999 elaborase a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência<sup>(41)</sup>.

Em 2003, por meio da Lei nº. 10.778, é estabelecida a Notificação Compulsória de todos os casos de violência contra as mulheres que forem atendidas em serviços de saúde públicos ou privados. A violência contra a mulher, para efeitos desta lei, é considerada qualquer ação ou conduta baseada no gênero, incluindo ação decorrente de discriminação ou desigualdade étnica que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher<sup>(42)</sup>. É cada vez mais crescente a preocupação com as políticas de combate à violência contra a mulher.

Também em 2003 é criada a Secretaria de políticas para as mulheres com o objetivo de promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal excludente. Com a criação desta Secretaria, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas por meio da elaboração de conceitos, diretrizes, normas e da definição de estratégias.

As ações para enfrentamento da violência contra as mulheres, antes isoladas e referindo-se somente a duas estratégias (capacitação dos profissionais e criação dos serviços especializados), passam a ser ampliadas incluindo ações integradas como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública<sup>(43)</sup>.

Visando promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, em 2004 é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em suas diretrizes são destacadas que o sistema de saúde deve estar preparado para atender as mulheres de maneira integral, que as mulheres devem ser atendidas em todos os ciclos de vida norteando-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, entre outras diretrizes.

Destaca-se a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, enfatizando a importância de se organizar redes integradas de atenção às vítimas de violência, além de promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual<sup>(33)</sup>.

Outro grande avanço no país, em termos de Leis de proteção às mulheres, foi a promulgação da Lei nº 11.340, conhecida como “Lei Maria da Penha”. Sancionada em 7 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. A lei reafirma compromissos assumidos pelo país em diversas convenções (Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e de outros tratados ratificados no país) e Constituição Federal. Para fins da lei, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial é considerada violência doméstica e familiar contra a mulher<sup>(44)</sup>.

Ainda em 2006, por meio de Portaria são instituídos incentivos aos estados, ao Distrito Federal e municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta portaria levou em consideração, entre outras, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Alguns municípios foram selecionados para receber incentivos, destinados à aquisição de equipamentos e serviços de terceiros visando a Pesquisa de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela<sup>(45)</sup>.

Em 2007 foi lançado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Trata-se de um acordo entre o governo federal e os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que consolidassem a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, lançada no mesmo ano. Tratou-se de uma estratégia de gestão que orientava a execução de políticas de enfrentamento à violência contra mulheres<sup>(43)</sup>.

Em 2011, o Governo Federal, por meio da Secretaria de políticas para as mulheres, lançou uma nova versão da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. São quatro os eixos estruturantes dessa Política: *Prevenção* (por meio de ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexuais sexistas); *Assistência* (fortalecimento da rede de atendimento e capacitação de agentes públicos); *Enfrentamento e*

*combate* (ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha) e *Acesso e garantia de direitos* (cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres)<sup>(46)</sup>.

Apesar dos perceptíveis avanços em termos de políticas públicas, em pleno século XXI os assassinatos de mulheres continuam sendo praticados e, em muitos lugares, têm aumentado, embora não sejam mais justificados oficialmente como crimes de honra. Não houve mudanças significativas sobre as razões da ocorrência desses crimes, centrando-se na argumentação de que a mulher não está cumprindo bem o seu papel de mãe, dona de casa e esposa, ou por estar voltada ao trabalho, ao estudo ou envolvida com as redes sociais.

Persiste, assim, a violência de gênero, não havendo ruptura significativa nas estruturas antigas<sup>(36)</sup>. Porém, as mulheres em situação de violência buscam ajuda em diversos locais e setores ao longo da vida, constituindo a chamada rota crítica.

#### 1.4. Rota crítica e redes de atenção às mulheres em situação de violência

Apesar do termo “comportamento de busca de ajuda” ser o descritor utilizado para se definir o comportamento social em que se procura ajuda dos outros, a sequência de decisões tomadas e ações executadas por mulheres em situação de violência e as respostas encontradas em sua busca foi chamada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de rota crítica<sup>(47)</sup>.

Para chegar a essa definição de rota crítica a OPAS realizou um estudo multicêntrico em dez países da América Latina para investigar o caminho percorrido por mulheres em situação de violência. Para tal, se baseou em um protocolo de investigação multicêntrico que contém um guia para entrevistar essas mulheres e os profissionais de saúde que as atendem. Nos baseamos neste estudo para realizar nossa investigação, sendo este o referencial teórico desta pesquisa.

Influenciam a tomada de decisão das mulheres a informação, o conhecimento, suas percepções e atitudes, os recursos disponíveis, sua experiência anterior, a valorização da situação e os apoios e obstáculos encontrados. No âmbito institucional, as respostas estão associadas ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, determinados tanto por fatores estruturais e normativos quanto pelas representações sociais, atitudes e

comportamentos dos profissionais que atendem as mulheres. Estes fatores se inter-relacionam e atuam na subjetividade da mulher, fortalecendo ou debilitando suas decisões em começar e continuar uma busca de ajuda por soluções<sup>(47)</sup>.

Entendemos que a rota crítica engloba a rede de apoio social das mulheres e a rede de serviços de atenção às situações de violência.

O apoio social pode ser exemplificado por qualquer informação ou auxílio material oferecidos por pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e comportamentos positivos<sup>(48)</sup>. Muitas vezes, as redes de apoio social podem ser o único suporte para ajudar a aliviar as dificuldades na vida cotidiana<sup>(49)</sup>. Nas situações de violência contra as mulheres, o apoio social pode vir de filhos, família, vizinhos, amigos, algum membro da comunidade, sendo que estas relações de solidariedade e confiança podem ser decisivas na inserção das mulheres na rede de serviços de atenção<sup>(50)</sup>.

Pensando na rede de serviços de atenção, as mulheres em situação de violência procuram diversos profissionais, setores e locais quando decidem buscar ajuda, como o setor saúde (unidades de atenção primária à saúde, Pronto-socorro e hospitais), setor jurídico/policial (delegacias, polícia, Ministério público, defensoria e advogados), setor de assistência social (Abrigos, Centros de Referência e assistentes sociais), setor educativo (professor e escola), setor comunitário (Organizações Não-Governamentais, Organizações sem fins lucrativos, líderes e instituições religiosas e líderes comunitários)<sup>(47, 51-62)</sup>.

Na publicação da OPAS sobre a rota crítica de mulheres em situação de violência em dez países, as histórias revelaram haver uma grande brecha entre o discurso formal e a realidade encontrada pelas mulheres<sup>(47)</sup>.

Pesquisas na África e na Sérvia encontraram que a interação com os serviços pode traumatizar a mulher, sendo que muitas não confiam nas respostas encontradas<sup>(55, 63)</sup>.

Em Porto Alegre, no Brasil, houve a observação de um descompasso de tempos entre as necessidades das mulheres e a oferta dos serviços no percurso da rota. Às vezes, é necessária rapidez nas ações dos serviços, como para o deferimento e aplicação de uma medida protetiva no caso de ameaça de morte à mulher. Em outros momentos, as mulheres precisam de um tempo maior para seu fortalecimento e continuidade no caminho<sup>(54)</sup>.

Um dos setores mais procurados pelas mulheres em situação de violência é a saúde<sup>(55, 57)</sup>. No entanto, os profissionais de saúde têm dificuldades para lidar com problemas como a

violência, identificados mais como sociais e relacionados às normas culturais. Além do não reconhecimento da violência como campo de atuação em saúde, há também a dificuldade de não saber o que fazer com demandas que nem sempre se caracterizam como adoecimentos, ainda que causem sofrimentos e potenciais danos à saúde<sup>(64)</sup>.

No México, uma das principais razões pelas quais os trabalhadores podem ter tratado mal as mulheres que buscaram apoio formal para lidar com a situação de violência doméstica, foi a existência do sistema patriarcal e cultura machistas que influenciam as posturas dos profissionais<sup>(60)</sup>.

As posturas iniciais dos profissionais ao se depararem com uma mulher em situação de violência são determinantes na rota crítica, pois muitas das que fracassaram nas primeiras tentativas de busca de ajuda levarão muito tempo até se fortalecerem para reiniciar a rota<sup>(47)</sup>. Desta forma, é preciso desenvolver resposta eficiente e encaminhamento a serviços que atendam as mulheres em situação de violência, principalmente do setor saúde, um dos mais procurados<sup>(55)</sup>.

Considerando a importância da atuação do profissional de saúde na rede de atenção à mulher em situação de violência, destacamos como estratégia a Educação Permanente em Saúde, que possibilita construir nos espaços coletivos de trabalho a reflexão e avaliação dos sentidos dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde traz implicações para as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais, construindo relações e processos que vão desde o interior das equipes atualizando os cotidianos das práticas com teorias recentes e recursos metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis<sup>(65)</sup>.

Para uma atenção integral às mulheres em situação de violência é preciso que os serviços estejam integrados intersetorialmente, contando com equipes que trabalhem de maneira interdisciplinar e multiprofissional. Para tal, no interior de cada serviço e entre os distintos setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência, o trabalho deve ser interligado para que ao conjunto de serviços possa ser atribuída a qualificação como “rede”<sup>(66)</sup>.

O fato de existirem vários serviços que atendem as mulheres em situação de violência não significa, necessariamente, que esta atuação se dá em “rede”, uma vez que a atenção assistencial pode ocorrer de maneira fragmentada, não articulada e não integral. Para que se

configure uma “rede” é preciso que exista vínculo entre as ações de cada serviço, com definições institucionais que dialoguem entre si, aspectos assistenciais que também convirjam, além de comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos<sup>(66)</sup>.

Em relação à postura dos profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência, é necessário que tenham atitude interessada e não julgadora, com escuta qualificada e acolhedora. Além disso, faz-se necessário que se ofereçam alternativas à mulher e sua família em todos os serviços assistenciais que integram a rede<sup>(64)</sup>.

Levando-se em consideração a importância das políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência e a necessidade dos serviços se organizarem em redes de atenção, buscamos saber de que maneira estas se organizam no município de Campinas-SP, campo de estudo desta pesquisa.

### 1.5. Políticas e redes de atenção às mulheres em situação de violência em Campinas-SP

O município de Campinas é localizado no interior do estado de São Paulo, Brasil. Possui população de 1.080.113 pessoas<sup>(67)</sup>. Ao consultar as políticas e diretrizes em relação à violência do município é possível perceber que Campinas vem colocando em prática muitas ações preconizadas pelas políticas nacionais mencionadas anteriormente.

Dos documentos oficiais relacionados à atenção à saúde e disponíveis para consulta no site da Prefeitura Municipal de Campinas, a violência contra as mulheres aparece no Protocolo de Assistência à Saúde da Mulher, em um capítulo específico denominado “Diretrizes básicas no atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual”<sup>(68)</sup>.

Neste Protocolo encontra-se descrito o Programa *ILUMINAR Campinas – cuidando das vítimas de violência sexual*, que teve início em 2001. Além de estarem descritos os serviços pertencentes à rede de atendimento às vítimas de violência – sejam mulheres, homens ou crianças/adolescentes –, são apresentados fluxogramas do atendimento, metas e desafios a serem alcançados pelo programa. Os itinerários do programa dividem-se entre a rede de cuidados indiretos (creches, escolas, Serviços de Assistência Social, Guarda Municipal, Conselhos de Direitos da Criança e Adolescentes, da Mulher, do Idoso, do Deficiente e os Conselhos Tutelares, Organizações Não Governamentais que trabalham com

mulheres, crianças e adolescentes, Instituto Médico Legal, Delegacias de Defesa da Mulher e de Polícia, Centro de Referência e Apoio à Mulher e Serviços de Assistência Jurídica e Psicológica) e a rede de cuidados diretos (Centros de Saúde, Hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Referência de DST/AIDS)<sup>(69)</sup>.

Como já discutido anteriormente, apesar dos diversos serviços citados como pertencentes à rede de atenção, o atendimento em rede vai além da existência e disponibilidade deles. Além disso, destacamos que o ILUMIAR é um programa para atendimento à violência sexual.

Visando a proteção de mulheres em situação de violência, em 2016 é criado o projeto “Guarda amigo da mulher”, que objetiva monitorar o cumprimento das medidas protetivas concedidas, acolher, orientar e encaminhar mulheres em situação de violência para serviços da rede de atenção, prevenir e combater os diversos tipos de violência contra a mulher e a promover eventos que divulguem os direitos das mulheres. O projeto tem como base a atuação preventiva e comunitária da Guarda Municipal de Campinas, acionada via ligação telefônica no número 153<sup>(70)</sup>.

Um dos setores que mais tem contato com mulheres em situação de violência é a saúde. Pela complexidade do sistema de saúde em Campinas, há a divisão organizacional em cinco unidades administrativas regionais, os chamados distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste)<sup>(71)</sup>.

A rede de atenção à saúde do município possui 63 unidades básicas de saúde (Centros de Saúde), dois Hospitais Municipais (Dr. Mario Gatti – HMMG e Complexo Hospitalar do Ouro Verde – CHOV), três Pronto Atendimentos (PA Campo Grande, PA São José, PA Anchieta), três Policlínicas, 11 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência ao Idoso (CRI), um Centro de Referência em Reabilitação (CRR), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Centro de Referência do Programa Municipal de DST/AIDS, um Centro de Referência de Controle de Zoonoses, um Centro de Lactação, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Serviços de Assistência Domiciliar (SAD), além de outros serviços como Centros de Convivência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Laboratório de Patologia<sup>(71)</sup>. Além

disso, há também dois hospitais-escola (Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e Hospital Celso Pierro, pertencente à Pontifícia Universidade Católica).

As mulheres em situação de violência buscam com frequência auxílio da polícia. Entre Delegacias e postos da Guarda Municipal, Campinas possui 14 locais para atendimento da população, sendo uma Delegacia de Defesa da Mulher<sup>(72)</sup>.

Em relação à Defensoria Pública, outro local em que as mulheres podem buscar ajuda para sua situação de violência doméstica, Campinas conta com duas unidades para atendimento da população<sup>(72)</sup>.

Outra opção na busca de ajuda são as Organizações Não Governamentais e Organizações sociais que atuam no município, perfazendo um total de aproximadamente 250 instituições espalhadas em diversas regiões. Não é possível inferir quantas delas atendem especificamente mulheres em situação de violência, porém, sabemos que as mulheres podem buscar auxílio independentemente de ser o local que irá atender suas demandas. Existem 150 instituições cofinanciadas pela Prefeitura Municipal de Campinas que compõem a rede socioassistencial do município<sup>(72)</sup>.

Na área da assistência social, Campinas possui, de acordo com o Plano Municipal de Assistência Social, 11 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS, cinco Distritos de Assistência Social (DAS), três Serviços de Convivência e de Fortalecimento de Vínculos (SCFV), três Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), dois Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), um Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora para Crianças e Adolescentes (SAPECA), um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (CMPCA), um Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres Vítimas de Violência de Gênero (SARA-M), um Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO), um Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos (Casa do Idoso e da Idosa), um Serviço de Acolhimento Institucional para População Adulta em Situação de Rua (Renascença), um Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos (SAMIM) e um Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências (Abrigo Jardim Stella)<sup>(72)</sup>.

Além do programa ILUMINAR, Campinas possui outros programas destinados ao cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência. O “Quebrando o silêncio”, que busca atuar e oferecer proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica tão

logo haja constatação da mesma; o “Rotas recriadas”, projeto intersetorial e transdisciplinar cujo objetivo é prevenir e enfrentar a exploração sexual infanto-juvenil e o “Criando redes de esperança”, cujo objetivo é integrar serviços que atendem crianças e adolescentes em situação de rua, promovendo sua inclusão social<sup>(73)</sup>.

Mas, para as mulheres em situação de violência, encontramos somente a proteção contra a violência sexual, presente no ILUMINAR, anteriormente citado.

Apesar de não haver Programa específico voltado ao cuidado às mulheres em situação de violência doméstica de natureza não sexual em Campinas, há diversos serviços que podem atendê-las. Desta forma, as mulheres em situação de violência doméstica podem buscar atendimento e ajuda nos diversos serviços citados. Destacamos, no entanto, dois locais específicos para esse atendimento: a ONG cofinanciada pela Prefeitura chamada “SOS Ação Mulher”<sup>iii</sup>, que atende mulheres em situação de violência doméstica e de gênero, disponibilizando atendimento com psicólogo e assistente social, atendimentos jurídicos, bem como cursos que possam ser, futuramente, geradores de renda para as mulheres, e o Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO), serviço da Prefeitura que atende mulheres acima dos 18 anos em situação de violência doméstica, disponibilizando atendimento psicológico, social e jurídico, além de realizar grupos de apoio e oficinas também com o objetivo de gerar renda<sup>(71)</sup>.

Campinas foi um dos municípios selecionados pela Portaria nº 1.356, de 2006, para receber recursos para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela e para a Pesquisa de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, o inquérito VIVA<sup>(74)</sup>. Por conta disto, o município instituiu o Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção à Saúde e Cultura de Paz, dentro do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2009, este Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção à Saúde e Cultura de Paz realizou capacitação multidisciplinar e multiprofissional sobre o enfrentamento das violências no município, incluindo uma discussão sobre a violência doméstica contra a mulher. Desta capacitação foi elaborado um guia contendo todas as apresentações dos palestrantes, além de fluxos de atendimento aos diversos tipos de violência

---

<sup>iii</sup> SOS Ação Mulher. Campinas/SP. Disponível em: URL: <http://www.sosmulherfamilia.org.br/>. Acesso em 25 mar 2016.

(contra as mulheres, deficientes, idosos), informações sobre notificação dos casos de violência e telefones/serviços úteis para o cuidado de pessoas em situação de violência<sup>(73)</sup>.

Desde então não houve mais capacitações para o município todo. Houve formação de grupos de trabalho e Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes descentralizados, em cada distrito de saúde, sendo realizados encontros e capacitações locais.

Em relação às notificações de violência, Campinas possui o sistema SISNOV. Implantado em 2008, a princípio possibilitava a notificação de casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes, violência sexual em qualquer idade ou sexo e de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no município. As notificações poderiam ser feitas de maneira intersetorial. No mesmo ano, o Ministério da Saúde ampliou a lista de violências que deveriam ser notificadas por meio da Ficha de Notificação e Investigação de Violências no Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN). Estas notificações, no entanto, só poderiam ser realizadas via sistema pelos serviços de saúde<sup>(6)</sup>.

Buscando manter a intersetorialidade das notificações, porém ampliando os tipos de violência, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, é criado o SISNOV/SINAN. Este é o atual sistema de notificação de violências do município. De maneira intersetorial e interinstitucional, busca registrar todos os tipos de violência (*Violência contra a mulher* – todos os tipos e natureza, física, sexual, psicológica, negligência, tortura, maus-tratos; *Violência contra criança* – todos os tipos e natureza; *Violência contra adolescente* – todos os tipos e natureza; *Violência contra pessoa idosa* – todos os tipos e natureza; *Violência auto-provocada* – ambos os sexos, todas as idades; *Violência sexual* – ambos os sexos, todas as idades; *Violência doméstica* – ambos os sexos, todas as idades; *Tráfico de seres humanos* – criança, adolescentes e mulheres; *Financeira/econômica* – ambos os sexos, todas as idades; *Negligência/abandono* – ambos os sexos, todas as idades; *Trabalho infantil* – crianças e adolescentes menores de 14 anos e *Intervenção legal* – ambos os sexos, todas as idades)<sup>(72)</sup>.

Todos os anos, os dados de notificações do SISNOV/SINAN são analisados e é realizado o lançamento do “Boletim SISNOV”, publicação do município que divulga essas informações. Os profissionais, de todos os setores, são convidados para o lançamento deste Boletim, que depois é enviado no formato impresso para as unidades, ficando também disponível no site da prefeitura.

Ainda sobre a violência contra a mulher, acontece no município, mensalmente, reunião da rede de atendimento à mulher em situação de violência doméstica de gênero. Dela participam representantes dos diversos setores que atendem mulheres e famílias em situação de violência, como o CEAMO, Casa Abrigo, o hospital especializado em saúde da mulher pertencente à Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP), Guarda Municipal, Conselho Tutelar, entre outros setores. Busca-se discutir o trabalho em redes de atenção para melhorar o atendimento a essas mulheres, assim como estratégias de atuação em conjunto dos diversos setores.

Levando-se em consideração o pressuposto de que as mulheres em situação de violência podem buscar ajuda com diversas pessoas, em diferentes setores e serviços, buscamos responder as seguintes perguntas: “Quais as rotas críticas percorridas por mulheres em situação de violência descritas na literatura?”; “Qual o perfil de mulheres em situação de violência atendidas em um serviço especializado?”; “Qual a rota crítica percorrida por mulheres em situação de violência doméstica até chegarem a um Centro Especializado na atenção a esse tipo de violência em Campinas-SP?”. O trabalho se justifica pois o Centro especializado não é um recurso presente em todos os municípios do país, e conhecer a rota crítica e o perfil das mulheres pode fornecer subsídios para a melhoria da atenção às que vivenciam situações de violência no município e contribuir para a ampliação dos atendimentos realizados pelo serviço especializado. Traçamos, assim, os objetivos desta pesquisa apresentados na sequência.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo Geral

- Analisar a rota crítica de mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) em Campinas-SP.

### 2.2. Objetivos específicos

- Verificar na literatura como são as rotas críticas percorridas por mulheres em situação de violência doméstica;
- Caracterizar o perfil das mulheres em situação de violência doméstica que buscaram atendimento junto ao CEAMO;
- Conhecer a percepção que as mulheres em situação de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo têm sobre o atendimento nos serviços do município;
- Comparar as rotas críticas percorridas pelas mulheres em situação de violência doméstica descritas na literatura e aquelas referidas por mulheres que buscaram atendimento no CEAMO.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa de abordagem predominantemente qualitativa, com componente quantitativo. O método qualitativo desvela processos sociais, uma vez que se aplica ao estudo das relações, percepções, opiniões e crenças que são o produto das interpretações humanas a respeito de como vivem, sentem e pensam<sup>(75)</sup>. A pesquisa quantitativa refere-se a análise de dados quantitativos, incluindo a estimativa de parâmetros ou indicadores estatísticos cuja apresentação pode se dar por meio de tabelas e representações gráficas<sup>(76)</sup>.

#### 3.2 Cenário do estudo

O campo de estudo desta pesquisa foi o Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO), localizado em Campinas-SP.

Inaugurado em 2002, é um serviço de proteção social especial de média complexidade voltado ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica no município. Conta com uma equipe para acolher, atender e prestar apoio jurídico, social e psicológico às mulheres. Além disso, busca realizar oficinas nos bairros divulgando o serviço e a prevenção de violência contra a mulher<sup>(72)</sup>. Escolhemos este campo de estudo por se tratar de um serviço de referência municipal específico para o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica.

Depois de ter funcionado por 12 anos em um bairro da cidade, a partir do final de 2014 a unidade passou a funcionar em um prédio na área central do município. Em relação ao espaço físico, possui uma sala de recepção, três salas para atendimento individual, uma sala da coordenação, uma sala de reuniões, uma brinquedoteca, área de cozinha e banheiros para funcionários, sala de arquivo dos prontuários de atendimento, além da disponibilidade de um espaço na cobertura do prédio.

Atualmente, a equipe é composta por duas assistentes sociais (sendo que uma é a coordenadora do Centro), uma psicóloga, uma agente de ação social, uma recepcionista, uma

advogada, uma funcionária da limpeza, um guarda de empresa de segurança e duas estagiárias de psicologia.

Além dos atendimentos individuais, há um grupo aberto a todas as mulheres, com duração aproximada de duas horas semanais. Neste grupo, além das mulheres em atendimento diretamente pelo CEAMO, semanalmente é ofertado transporte que traz as mulheres em situação de abrigo (SARA-M) para participarem dos encontros.

O grupo é conduzido pela psicóloga, mas é apoiado por outras profissionais da equipe. A agente de ação social está sempre disponível na brinquedoteca para cuidar dos filhos das mulheres enquanto estas são atendidas. A assistente social oferece suporte caso chegue alguma mulher para acolhimento enquanto o grupo ocorre.

Outras atividades, como oficina de beleza (em que as mulheres são capacitadas para realizar cortes de cabelo, por exemplo), atendimentos com Reiki, oficinas de artesanato, entre outras atividades, dependem de alguns profissionais que não fazem parte da equipe permanente do serviço, são realizadas com trabalhadoras ou estagiárias voluntárias, o que faz com que ora ocorram, ora não.

No momento da coleta de dados, uma terapeuta corporal voluntária estava realizando atividades semanais com as mulheres do CEAMO. Além disso, alunas do curso de Artes Cênicas de uma universidade em Campinas realizavam oficinas de teatro com as mulheres em atendimento.

Outra característica é a presença de estudantes realizando pesquisas no serviço. Por ser um Centro de Referência, recebe alunos de graduação e pós-graduação de diversos cursos e áreas, como enfermagem, geografia, jornalismo, psicologia, assistência social, ciências sociais, entre outros.

Desta forma, não houve resistência da equipe em relação à nossa inserção no campo. Fomos bem recebidas desde o início e encontramos fácil acesso aos documentos e informações sobre o funcionamento do serviço.

### 3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram dez mulheres em situação de violência doméstica no município de Campinas-SP em atendimento no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) e as nove trabalhadoras do serviço.

Para a análise do perfil das mulheres atendidas no CEAMO tivemos como critério de inclusão todas as 397 atendidas entre 2013 e 2015.

Para as entrevistas em profundidade com as mulheres atendidas pelo serviço os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos; ter sofrido violência doméstica praticada por parceiro íntimo, de qualquer natureza; ter buscado auxílio em Centro de Referência e ter dado continuidade aos atendimentos (estar pelo menos pela segunda vez no serviço).

No caso das entrevistas, tratou-se de uma amostra selecionada por conveniência e de maneira intencional<sup>(76)</sup>. Em relação ao tamanho da amostra, optamos pela amostragem por saturação, ou seja, delimitamos no grupo em estudo, após um certo número de informações coletadas com as mulheres, quando começou a haver repetições no conteúdo das entrevistas<sup>(78)</sup>. Foram realizadas 10 (dez) entrevistas no total.

Além das mulheres em atendimento, foram também sujeitos desta pesquisa todas as nove funcionárias do serviço por meio da observação participante.

### 3.4 Técnicas de coleta e análise dos dados

#### Revisão integrativa de literatura

A pesquisa bibliográfica e a revisão de literatura permearam todo o processo de pesquisa. Ao percebermos a importância de conhecermos de maneira mais sistematizada as publicações sobre a rota crítica percorrida pelas mulheres em situação de violência, no mundo, optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura sobre esta temática<sup>(77)</sup>.

Primeiramente, pensando nos objetivos da pesquisa, elaboramos a pergunta norteadora: “Qual a rota crítica de mulheres em situação de violência doméstica?”.

A definição dos melhores descritores exigiu a leitura cuidadosa de diversos artigos para sabermos quais termos seriam os mais utilizados nas pesquisas que responderiam nossa pergunta. Apesar do tempo despendido na leitura dos 265 resumos selecionados e mais de 32

artigos lidos na íntegra, realizarmos a revisão integrativa contribuiu de modo inestimável à análise dos dados das entrevistas.

### Pesquisa documental

Na pesquisa documental, a fonte da coleta de dados está restrita a documentos que constituem o que se denomina de fontes primárias<sup>(76)</sup>.

Na primeira parte deste trabalho fizemos uma pesquisa documental utilizando as Fichas de Acolhimento (Anexo 1) das mulheres no CEAMO. Quando uma mulher em situação de violência procura o serviço pela primeira vez, o profissional que a atende realiza o preenchimento desta ficha que possui dados de identificação pessoal, informações sociodemográficas e socioeconômicas, motivo da procura do serviço, tipo de violência sofrida, entre outras informações.

Observando que tais dados poderiam caracterizar a população atendida no CEAMO, trazendo, desta forma, contribuições para o serviço, anunciamos na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (FENF/UNICAMP) a proposta para que alunas de graduação trabalhassem conosco. Duas conseguiram financiamento de pesquisas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Danyelle Ferreira Farias<sup>iv</sup>, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonieta Keiko Kakuda Shimo<sup>v</sup>, com a pesquisa intitulada “Mulheres vítimas de violência no município de Campinas-SP”, e Silvia Maria Ferreira dos Santos<sup>vi</sup>, orientada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliete Maria Silva<sup>vii</sup>, com a pesquisa intitulada “Perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência doméstica atendidas em Centro de Referência em Campinas”. Realizamos a orientação em conjunto da segunda pesquisa.

Iniciamos a coleta de dados em setembro de 2015 e finalizamos em janeiro de 2016. Consideramos 397 fichas dos atendimentos entre 2013 a 2015, totalizando o intervalo de três anos. Analisamos os resultados por meio de estatística descritiva. Das análises, produzimos um artigo em cooperação, cuja versão final se encontra nos resultados desta tese.

---

<sup>iv</sup> Currículo disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7305124963976743>

<sup>v</sup> Currículo disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0944994680635704>

<sup>vi</sup> Currículo disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2511515437823597>

<sup>vii</sup> Currículo disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7999444993409183>

Além das duas iniciações científicas citadas, parte dos dados foi analisada pela nutricionista Joy Bergmann Soares<sup>viii</sup>, em seu Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Estadual de Campinas, em 2017, com o título “Mulheres em situação de violência atendidas em um Centro de Referência: relações familiares”. Analisamos o perfil das mulheres em situação de violência atendidas no CEAMO que relataram residir com menores de 18 anos (provavelmente filhos), discutindo a influência dessa situação para as relações familiares. Também realizamos a orientação em conjunto deste trabalho.

### Entrevistas

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, uma conversa metódica efetuada face a face, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto<sup>(76)</sup>.

Para as entrevistas, utilizamos um guia de entrevista traduzido, testado e validado por pesquisadoras do sul do país na pesquisa: “Rotas críticas: o caminho das mulheres no enfrentamento das violências” (Anexo 2)<sup>(54)</sup>. Tal instrumento foi estruturado com base no utilizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) na pesquisa “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia”, que realizou estudo de caso em dez países<sup>(47)</sup>.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, primeiramente pedimos indicação da psicóloga que conduz o grupo de apoio e realiza atendimentos sobre quais mulheres deveríamos contatar primeiro. Como no primeiro semestre de 2016 já havíamos conhecido algumas mulheres por termos participado de alguns grupos, primeiramente fizemos contato via telefone com aquelas que já havíamos encontrado pessoalmente. Todas as mulheres responderam positivamente quando à realização das entrevistas, não havendo dificuldades nesse sentido. Por telefone, combinamos dia e horário para a realização das entrevistas, conforme disponibilidade das mulheres.

Realizamos as entrevistas no mês de julho de 2016. Todas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de voz para celular e transcritas manualmente, pois consideramos já ser esta etapa importante para análise, sendo a primeira familiarização com os dados.

---

<sup>viii</sup> Currículo disponível em: <http://lattes.cnpq.br/7238135606509326>

A entrevista mais longa teve duração de uma hora, 57 minutos e 15 segundos; a mais curta durou 26 minutos e 41 segundos. No total, foram aproximadamente dez horas e 30 minutos de gravações.

Todas foram realizadas em salas individuais no próprio CEAMO a portas fechadas, ambiente e iluminação adequados, preservando a privacidade das mulheres. Somente uma entrevista teve interrupção, pois uma funcionária do CEAMO desejava dar um recado, porém sem prejuízo do conteúdo da entrevista.

Para a análise das entrevistas, utilizamos a estratégia de análise temática indutiva descrita por Clarke e Braun (2013), cujas etapas são comuns a diversas análises qualitativas<sup>(79)</sup>. A materialização desta etapa está descrita no terceiro artigo que compõe esta tese, na seção Resultados.

### Observação participante

Na observação participante, o pesquisador se incorpora ao grupo em estudo ficando tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando, participando das atividades normais dele<sup>(76)</sup>.

Realizamos observação participante das atividades do CEAMO, mais sistematicamente no grupo de mulheres que acontece semanalmente, com duração aproximada de duas horas. Utilizamos um Roteiro de Observação Participante (Apêndice A). Apesar da inserção no campo ter acontecido desde 2015, inclusive com participação no grupo de mulheres, as observações em consonância com os objetivos da pesquisa aconteceram entre agosto e dezembro de 2016, totalizando aproximadamente 30 horas de observação especificamente no grupo. Foram 15 dias de atuação no grupo, sendo que em cada um deles havia participação em média de 15 mulheres.

Após cada grupo, realizamos as anotações das observações em um diário de campo. O diário de campo é um caderno de notas em que o pesquisador anota suas impressões e observações no dia a dia<sup>(75)</sup>. Desta forma, após o grupo registrávamos quem estava presente naquele dia, quais assuntos foram abordados, por meio de quais técnicas, as principais falas das mulheres, além de impressões a respeito do ambiente e intercorrências. É importante

salientar que as observações participantes do funcionamento do CEAMO também aconteceram durante a coleta dos dados das fichas de acolhimento e das entrevistas.

Da mesma maneira que nas entrevistas, analisamos as anotações das observações utilizando as etapas descritas anteriormente pelas autoras Clarke e Braun<sup>(79)</sup>.

### 3.5 Aspectos éticos

A realização da pesquisa foi aprovada pela Prefeitura Municipal de Campinas, por meio de autorização do Secretário Municipal de Saúde (Anexo 3). Também obtivemos autorização da coordenadora do Centro de Referência e Apoio à Mulher (Anexo 4).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, tendo sido aprovada aos 21 dias do mês de maio de 2015, sob parecer nº 1.073.136 (Anexo 5). Foram cumpridos os preceitos da resolução CNS 466/12, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos.

A investigação sobre violência contra as mulheres levanta desafios éticos e metodológicos importantes para além dos propostos por qualquer investigação. Por isso, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu recomendações de condutas éticas em pesquisas sobre violência contra a mulher que foram seguidas em nossa pesquisa. As demandas das mulheres que surgiram durante a pesquisa, como encaminhamentos para outros serviços, informações e orientações foram respeitadas e cumpridas. Também houve preparo da pesquisadora principal, recebendo suporte psicológico para lidar com as questões da pesquisa.

Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa receberam da pesquisadora um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma versão destinada às usuárias do CEAMO (Apêndice B) e outra destinada aos trabalhadores do serviço (Apêndice C) que continham duas vias, uma para posse da pesquisadora e outra para o participante da pesquisa. O TCLE foi assinado pelas usuárias antes de participarem de todas as fases do trabalho de campo propostas pela pesquisa. Já o TCLE dos trabalhadores foi assinado ao final das observações, para se evitar vieses na pesquisa. Houve uma recusa de participação na pesquisa, porém a convivência conosco no decorrer da pesquisa permaneceu tranquila.

Para que não fosse possível identificar as participantes do estudo, a cada uma foi solicitado que escolhesse um nome próprio para ser utilizado na pesquisa, garantindo o sigilo nos resultados que apresentamos no próximo capítulo.

## **4. RESULTADOS**

Apresentamos os resultados desta tese no formato de três artigos. O primeiro (Artigo 1) apresenta os dados que encontramos na revisão de literatura.

O segundo artigo (Artigo 2) foi elaborado por meio da análise dos dados das 397 fichas de acolhimento inicial do CEAMO, considerado o período entre 2013 e 2015, seguido de discussão sobre o papel da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

O terceiro artigo (Artigo 3) trata, principalmente, dos dados encontrados nas entrevistas e observações participantes.

Artigo 1: Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão de literatura

**Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão de literatura**

Daniella Yamada Baragatti<sup>1</sup>

Ana Carine Arruda Rolim<sup>2</sup>

Cristiane Pereira de Castro<sup>3</sup>

Marcio Cristiano de Melo<sup>4</sup>

Eliete Maria Silva<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Enfermeira, Mestre em Ciências, Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. CEP 13083-887. E-mail: [danybaragatti@gmail.com](mailto:danybaragatti@gmail.com). Telefone: +55 19 981336348 (Autor correspondente)

<sup>2</sup>Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

<sup>3</sup>Enfermeira, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

<sup>4</sup>Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

<sup>5</sup>Enfermeira, Doutora, Livre-docente, Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

## Resumo

A violência contra as mulheres é um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura objetivando conhecer a sequência de decisões e ações executadas por mulheres em situação de violência e as respostas encontradas na busca por ajuda, ou seja, a rota crítica. As bases de dados pesquisadas foram LILACS, MEDLINE, PubMed, EMBASE, Scopus, Web of Science e Cochrane com os descritores: Método do caminho crítico, Procedimentos clínicos, Comportamento de busca de ajuda, Violência contra a mulher, Maus tratos conjugais, Mulheres agredidas e Violência doméstica. Foram incluídos 31 artigos publicados entre 2001 a 2016 e categorizados em: Perfil das mulheres que buscam ajuda, Influência da cultura na busca de ajuda, Locais onde as mulheres buscam ajuda e Motivos para não buscarem ajuda. As mulheres buscam primeiro ajuda informal, com a família. Buscam apoio formal quanto maior é a gravidade dos casos e maior é sua escolaridade. A violência está presente em diversas sociedades, globalmente, devido às normas culturais de gênero. Devem-se ampliar as discussões sobre gênero com a sociedade e os profissionais que atendem essas mulheres, assim como ampliar os serviços de atenção.

**Palavras-chave:** *Método do Caminho Crítico; Comportamento de Busca de Ajuda; Violência contra a Mulher; Maus-Tratos Conjugais; Violência Doméstica.*

## Introdução

Muitas formas de violência física e psicológica são englobadas pelo termo “violência contra as mulheres”, tais como a violência praticada por parceiro íntimo, o estupro, a mutilação genital feminina, homicídios, tráfico de mulheres, entre outras<sup>1</sup>.

Globalmente, cerca de 30% das mulheres (uma em cada três) sofreram violência física e/ou sexual cometida por parceiro íntimo. Dessas, 42% apresentaram lesões resultantes da violência. Sobre os homicídios femininos ao redor do mundo, 38% foram cometidos por parceiros homens em 2013<sup>1</sup>.

Desta forma, a violência contra as mulheres não é um problema restrito a algumas sociedades, mas uma questão de saúde pública de proporções epidêmicas, bem como uma violação sistemática dos direitos humanos das mulheres<sup>1</sup>.

As mulheres em situação de violência podem buscar auxílio para lidar com o que vivenciam. A sequência de decisões, as ações executadas, bem como as respostas encontradas pela mulher em sua busca por ajuda são chamadas de rota crítica.

O início da rota crítica se dá quando o silêncio é rompido e a mulher, com o intuito de melhorar a sua situação, conta a uma pessoa os seus problemas. Trata-se de um processo constituído por fatores internos que a impulsionam e a levam a empreender ações, de modo que as respostas dos prestadores de serviços afetam os fatores que estimulam as mulheres a buscar auxílio<sup>2</sup>.

O itinerário na rota crítica não é linear, sendo que as mulheres podem passar por diversos setores como, por exemplo, saúde, judiciário e policial, educação, comunitário e vinculado a Organização Não Governamental (ONG)<sup>2</sup>.

Tendo em vista a magnitude da violência contra a mulher e a importância do apoio para essa população, busca-se como objetivo deste trabalho conhecer a rota crítica de mulheres em situação de violência doméstica no mundo em sua busca por ajuda.

## Métodos

Obteve-se a síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidas mundialmente a partir do método de revisão integrativa de literatura<sup>3</sup>.

Partiu-se da pergunta norteadora: “Qual a rota crítica de mulheres em situação de violência doméstica?”. Realizou-se a pesquisa no mês de setembro de 2016 por meio de consulta às bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), PubMed Central, EMBASE, Scopus, *Web of Science* e *Cochrane Library*.

A partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e/ou do *Medical Subject Headings* (MeSH) obteve-se os descritores utilizados, que na língua inglesa compreendem os termos: “*Critical Path Method*” e “*Violence Against Women*” (DeCS), e “*Critical Pathways*”, “*Help-Seeking Behavior*”, “*Spouse Abuse*”, “*Battered Women*” e “*Domestic Violence*” (DeCS e MeSH).

Utilizou-se expressão booleana “AND” e cruzou-se sempre um dos três primeiros descritores com um entre os quatro últimos: “*Critical Path Method*” AND “*Violence Against Women*”; “*Critical Path Method*” AND “*Spouse Abuse*”; “*Critical Path Method*” AND

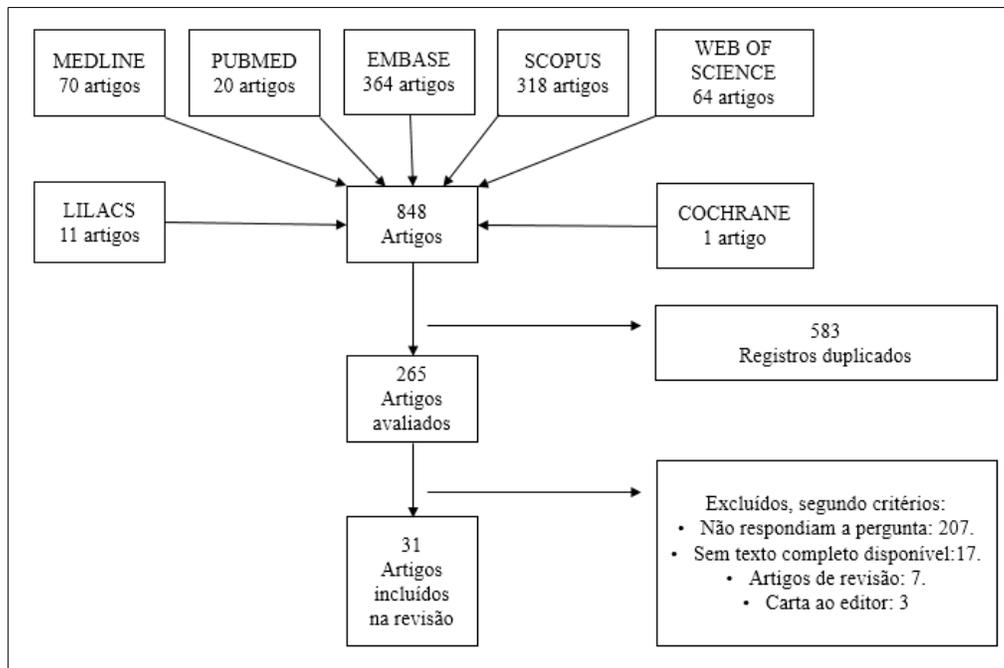
"Battered Women"; "Critical Path Method" AND "Domestic Violence"; "Critical Pathways" AND "Violence Against Women"; "Critical Pathways" AND "Spouse Abuse"; "Critical Pathways" AND "Battered Women"; "Critical Pathways" AND "Domestic Violence"; "Help-Seeking Behavior" AND "Violence Against Women"; "Help-Seeking Behavior" AND "Spouse Abuse"; "Help-Seeking Behavior" AND "Battered Women"; "Help-Seeking Behavior" AND "Domestic Violence".

Em todas as bases de dados realizou-se pesquisa em inglês, exceção apenas às bases LILACS e MEDLINE, que viabilizam outros idiomas e onde se pesquisou também em português (“Método do caminho crítico”, “Procedimentos clínicos”, “Comportamento de busca de ajuda”, “Violência contra a mulher”, “Maus tratos conjugais”, “Mulheres agredidas” e “Violência doméstica”) e espanhol (“Método de la Ruta Crítica”, “Vías Clínicas”, “Conducta de Búsqueda de Ayuda”, “Violencia contra la Mujer”, “Maltrato Conyugal”, “Mujeres Maltratadas” e “Violencia Doméstica”).

No caso da base de dados EMBASE empreendeu-se também pesquisa com vocabulário próprio por meio do qual se obteve melhores resultados a partir de sugestões mediante a digitação de descritores.

Não houve restrição quanto à data de publicação. Como critérios de inclusão consideraram-se: artigos na íntegra disponíveis online que tratassem do tema da pesquisa e respondessem à pergunta norteadora, publicados em português, inglês e espanhol. Artigos incompletos, com acesso apenas ao resumo, que tratassem de violência com outras populações (idosos, crianças), teses e dissertações, cartas ao editor e outros resultados que não respondiam à pergunta norteadora foram excluídos.

Encontrou-se 848 artigos, dos quais 583 eram duplicados. Assim, exclui-se 234 documentos por outros motivos e 31 integraram a presente revisão, conforme fluxograma da Figura 1.



**Figura 1:** Fluxograma da seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa. Elaborado pelos autores, 2016.

Deu-se prosseguimento, então, à leitura dos títulos e resumos dos 265 artigos encontrados após a exclusão das duplicações, todos lidos por dois avaliadores separadamente. Nos casos em que os trabalhos abordaram o tema da revisão realizou-se leitura na íntegra seguida da sistematização dos dados que responderam à pergunta norteadora. Após a leitura dupla dos artigos, nos casos em que houve discordância quanto à inclusão ou exclusão deu-se a submissão do texto a um terceiro avaliador.

## Resultados

Incluiu-se um total de 31 artigos nesta revisão, sendo 29 publicados originalmente em língua inglesa e dois em português, todos sistematizados e dispostos no Quadro 1.

**Quadro 1:** Caracterização dos estudos incluídos segundo autoria, ano de publicação, delineamento do estudo e principais achados. Elaborado pelos autores.

ARTIGOS	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS ACHADOS
Adegbite e Ajuwon, 2015.	Entrevistas com mulheres casadas que experimentaram violência em uma cidade da Nigéria.	A maioria das mulheres não buscou ajuda. Quando buscou, falou com a família ou amigos prioritariamente.
Ahmad et al., 2009.	Grupos focais com mulheres imigrantes do Sul da Ásia, que vivem em Toronto e sofreram violência.	Demoram a buscar ajuda devido ao estigma social, aos rígidos papéis de gênero, à perda de apoio social após a migração, ao conhecimento limitado sobre recursos disponíveis e mitos sobre o abuso cometido pelo parceiro.
Alaggia et al., 2009.	Entrevistas com informantes-chave e grupos focais com mulheres imigrantes vítimas de violência no Canadá.	Há barreiras sistêmicas e estruturais claramente presentes nas leis e políticas de imigração, fazendo com que as mulheres evitem procurar apoio.
Amar et al., 2012.	Questionário e grupos focais sobre violência realizados com mulheres universitárias nos Estados Unidos.	As normas sociais do ambiente do campus influenciam o comportamento de busca de ajuda quando as mulheres sofrem violência.
Anderson et al., 2003.	Análise de formulários de mulheres atendidas em um Centro de Atendimento para vítimas de violência nos Estados Unidos.	As mulheres encontram muitas barreiras ambientais, culturais e sociais para a busca de ajuda.
Ansara e Hindin, 2010.	Análise de dados de mulheres e homens canadenses sobre padrão de violência e procura de ajuda formal e informal.	Buscam mais apoio informal, como família e amigos, buscando apoio formal quando a violência se torna mais severa.
Bibi et al., 2014.	Entrevistas com mulheres atendidas em um hospital do Paquistão sobre prevalência e comportamento de busca de ajuda em casos de violência.	48% das mulheres não buscaram ajuda; 50% deram queixa aos seus pais; apenas 2% das mulheres buscaram ajuda formal.
Brabeck e Guzmán, 2009.	Análise dos fatores socioculturais e da busca de ajuda por imigrantes mexicanas vítimas de violência nos Estados Unidos.	Mulheres com valores machistas e valorização familiar forte buscaram mais apoio informal. Aquelas com maior nível educacional buscaram mais ajuda formal.

Bruschi et al., 2006.	Entrevistas com mulheres brasileiras que sofreram violência para identificar os tipos de ajuda procurados.	Buscam mais ajuda quando a violência é mais grave. A maioria buscou primeiro o apoio da família.
Bui, 2003.	Entrevistas com mulheres vietnamitas nos Estados Unidos para analisar o comportamento de busca de ajuda quando sofrem violência.	Isolamento econômico e cultural impede seus esforços de buscar ajuda. Primeiro as mulheres buscaram a família e os amigos.
Chatzifotiou e Dobash, 2001.	Entrevistas com mulheres em um abrigo para vítimas de violência na Grécia.	Fatores socioculturais fazem com que a mulher demore a buscar ajuda. Buscam quando a violência se torna severa. Primeiramente falam com amigas, irmãs ou madrinhas.
Dalal, 2011.	Análise de uma amostra representativa na Índia da exposição das mulheres à violência e seu comportamento de busca de ajuda.	Buscaram ajuda de membros da própria família e da família do marido, polícia e outra pessoa. As mulheres que trabalham buscaram mais ajuda.
Daruwalla et al., 2009.	Estudo descritivo sobre um Centro de Atendimento às vítimas de violência na Índia.	Primeiro contato de uma mulher em crise é com amigos e vizinhos. Chegam ao Centro de Referência encaminhadas pela comunidade ou por profissionais do hospital, por alguém que já passou por atendimento no local e/ou por iniciativa própria.
Djikanovic et al., 2011.	Questionário aplicado às mulheres vítimas de violência na Sérvia para conhecer seu perfil, busca de ajuda e satisfação com os serviços oferecidos.	Apenas 22% das mulheres abusadas buscaram ajuda de instituições formais. Buscam ajuda quando a violência tem um forte impacto ou os filhos estão sofrendo.
Duterte et al., 2008.	Entrevistas por telefone com mulheres nos Estados Unidos para verificar a ocorrência de violência e busca de ajuda formal.	Quando aumenta a gravidade da violência aumenta a procura de ajuda médica e jurídica. A maioria das mulheres não buscou ajuda.
Ergöçmen et al., 2013.	Entrevistas com mulheres na Turquia para comparar a relação entre gravidade/frequência da violência e características das mulheres.	A maior parte usou estratégias informais para lidar com a violência (família, vizinhos e amigos). Buscam apoio formal quando não conseguem mais lidar com a violência.
Flicker et al., 2011.	Análise dos dados de uma pesquisa sobre violência contra mulher nos Estados Unidos com relação a busca de apoio formal e informal.	Buscam ajuda aquelas que têm maior escolaridade. Buscam ajuda com a família, amigos, profissionais de saúde e saúde mental, além da polícia.

Frias, 2013.	Análise de dados de uma pesquisa nacional com mulheres mexicanas para saber se buscam agências de execução da lei ao sofrerem violência.	Buscaram ajuda 26,08% das mulheres que relataram violência. A maior parte falou com a família. Algumas falaram com a polícia, autoridades públicas ou foram a agências do governo.
Frias e Agoff, 2015.	Grupos focais para analisar a busca de ajuda de mulheres mexicanas vítimas de violência.	Família nem sempre é fonte de apoio, pois às vezes critica a vítima. Mais da metade das que sofreram violência não buscou ajuda formal.
Horn et al., 2016.	Entrevistas e grupos focais com mulheres de dois países do continente africano para conhecer fatores que influenciam a busca de ajuda por vítimas de violência.	Papel dos vizinhos, família e amigos é fundamental para a tomada de decisão. Cultura influencia a busca de ajuda. As mulheres apontam barreiras estruturais.
Hyman et al., 2009.	Análise de dados de um inquérito sobre vítimas de violência de diferentes grupos raciais no Canadá.	Buscam ajuda na família e nos amigos, com colegas de trabalho, profissionais de saúde, advogado, padre, polícia, serviços sociais. Não houve diferença significativa entre os grupos raciais.
Kamimura et al., 2013.	Entrevistas com mulheres japonesas que sofreram violência durante a vida e busca de ajuda.	Buscam mais apoio informal. É mais fácil buscarem ajuda se têm apoio formal ou informal.
Kiss et al., 2012.	Revisão narrativa e dados de inquérito sobre violência doméstica no Brasil para discutir o padrão de procura de ajuda das mulheres.	Maioria busca apoio informal (família, amigos, vizinhos). As que buscam apoio formal sofreram violências mais graves e falam com a polícia, trabalhadores de saúde, conselheiros e padres.
Kyriakakis, 2014.	Entrevistas com mulheres imigrantes sobreviventes de violência e informantes-chave sobre seu processo de busca de ajuda.	Redes informais (família e amigos) têm papel fundamental, inclusive na indicação para o apoio formal.
McCleary-Sills et al., 2015.	Grupos focais e entrevistas com trabalhadores e mulheres que sofreram violência na Tanzânia para explorar as barreiras que limitam a busca por apoio.	Há barreiras socioculturais, como gênero e normas sociais, que diminuem a busca de ajuda. Também há limitada confiança nas respostas do sistema.
Meneghel et al., 2011.	Entrevistas com mulheres em situação de violência e operadores sociais no Brasil para estabelecer a rota crítica.	Dão-se conta de que sofrem violência e então buscam primeiramente familiares, amigos e

		colegas de trabalho. Apenas depois recorrem a delegacias, polícia e profissionais de saúde.
Morse et al., 2012.	Grupos focais com mulheres imigrantes na Jordânia para descrever suas experiências com violência.	Descrevem como recurso de ajuda a família, cônjuge, agências de violência familiar, agências de aplicação da lei, serviços de saúde, religião e líderes comunitários.
Pinnewala, 2009.	Analisar três modelos teóricos e casos de mulheres que sofreram violência no Sri Lanka para elaborar uma nova teoria sobre a busca de ajuda.	O modelo teórico precisa ter dois componentes: um cognitivo, de recursos internos, e um de recursos externos/suporte/componentes do sistema.
Postmus, 2015.	Entrevistas com mulheres caucasianas, afroamericanas e latinas vítimas de violência nos Estados Unidos sobre onde buscam ajuda.	Buscam mais apoio informal, como família e amigos. Dois tipos de suporte: formal (dados por profissionais, serviços jurídicos, abrigo, Centro de atendimento) e tangível (apoio financeiro e informal).
Prateek e Shrivastava, 2013.	Estudo transversal com mulheres casadas na Índia sobre o comportamento de busca de ajuda em situação de violência.	Em relação ao tipo de ajuda: 31,7% informaram os pais, 13,9% falaram com parentes ou vizinhos, 2% acionaram a polícia, 4% receberam ajuda de trabalhador social/ONG e 5% outras. Muitas não souberam onde procurar ajuda.
Thongpriwan et al., 2015.	Grupos focais com mulheres universitárias nos Estados Unidos para descrever como percebem situações violentas.	Fatores culturais e financeiros fazem com que as mulheres demorem a buscar ajuda. A maioria das participantes não sabia indicar locais que assistiam mulheres em situação de violência.

Sobre a distribuição geográfica dos estudos, verificou-se prevalência de trabalhos realizados no continente Americano, somando 11 nos Estados Unidos, quatro no Canadá, dois no México e três no Brasil. Identificaram-se dois trabalhos na Europa (um na Grécia e um na Sérvia), três na África (um na Nigéria, um em Serra Leoa/Libéria e um na Tanzânia) e seis na Ásia (dois no Paquistão, um na Índia, um na Turquia, um no Japão e um no Sri Lanka).

Com relação ao ano de publicação verificou-se um artigo em 2016, cinco textos em 2015, três trabalhos publicados em 2014, quatro artigos em 2013, três em 2012, quatro em 2011, um artigo em 2010, seis artigos em 2009, um em 2008, um em 2006, dois artigos em 2003 e um artigo em 2001.

A análise do conjunto de artigos permitiu a construção de quatro categorias temáticas com base no objetivo deste estudo. O critério de categorização obedeceu à temática principal abordada; logo, constituíram-se quatro categorias com as fontes que apresentaram o mesmo contexto ou ideia: 1) Perfil das mulheres que buscam ajuda; 2) Influência da cultura na busca de ajuda; 3) Locais onde as mulheres buscam ajuda e 4) Motivos para não buscarem ajuda.

## **Discussão**

A maioria das publicações está em inglês e realizou-se sobretudo nas Américas, sendo que apenas a Oceania mostrou-se como continente não abrangido nos estudos.

Apesar desta revisão não possuir uma limitação de tempo, o artigo mais antigo é datado de 2001. Esse achado aponta que, antes deste ano, não foi priorizada a publicação de artigos que envolvam essa temática. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) sintetiza diversos acordos internacionais com a Declaração do Milênio<sup>4</sup>, que traz uma série de compromissos adotados pelos estados membros da ONU. Dentre eles está a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, o que pode justificar os achados deste artigo quanto ao ano das publicações.

## **Perfil das mulheres que buscam ajuda**

Vários artigos encontrados trataram da busca de ajuda por mulheres imigrantes em outros países (no Canadá as imigrantes asiáticas ou de outras origens; nos Estados Unidos as mexicanas, vietnamitas e jordanianas)<sup>5-11</sup>. Uma das dificuldades dessas mulheres quando sofrem violência é a perda do apoio e o isolamento social causados após a imigração<sup>5,8,11</sup>, o que faz com que lidem sozinhas com a situação. As leis e políticas de imigração apresentam barreiras sistêmicas e estruturais<sup>6,7,11</sup>. Outra dificuldade encontrada por essas mulheres imigrantes é o desconhecimento da língua do país em que estão<sup>7,9</sup>.

O empoderamento econômico e a alta escolaridade são fatores considerados protetores de violência cometida por parceiro íntimo<sup>12,13</sup>. Além disso, há a associação entre escolaridade alta e procura por ajuda formal encontrada em diversos artigos<sup>7,14,15</sup>. Possuir uma escolaridade mais alta faz com que as mulheres tenham melhor entendimento sobre as leis e políticas contra a violência, bem como facilita a leitura e o acesso à informação sobre onde buscar ajuda.

Os filhos tanto podem ser motivação para que as mulheres em situação de violência busquem ajuda, como podem fazer com que tenham mais dificuldade em deixar a situação de violência. Assim, as mulheres buscam ajuda quando veem que seus filhos sofreram por causa da situação de violência<sup>16</sup>, para mantê-los a salvo<sup>17</sup>, porque as crianças testemunharam situações de violência<sup>18</sup> e/ou porque as crianças a incentivaram a buscar ajuda<sup>10</sup>. Em contrapartida, as mulheres podem permanecer na situação de violência por mais tempo por medo de não conseguir sustentar os filhos sozinhas<sup>5</sup>, para preservar a família por causa das crianças<sup>6,19</sup>, para evitar que seus filhos sofram<sup>20</sup>, por medo de perder as crianças<sup>16</sup>, porque as crianças são muito novas<sup>13</sup> e porque acreditam que para um futuro melhor para as crianças devem permanecer com o marido<sup>21</sup>.

A busca por ajuda formal cresceu com o aumento da gravidade e severidade da violência<sup>9,13,19,22</sup>, possivelmente porque as mulheres precisaram de segurança, apoio financeiro, habitação, cuidados com as crianças, transporte<sup>23</sup>, necessidade de cuidados físicos e de saúde devido às lesões físicas severas<sup>16,24,25</sup> ou não sabiam mais lidar com a situação de violência<sup>14</sup>.

### **Influência da cultura na busca de ajuda**

Muitos artigos destacam a influência que a cultura de cada sociedade tem sobre a busca de ajuda pelas mulheres em situação de violência<sup>5-8,10,16,17,20-22,28-31</sup>.

Apesar de sermos seres biológicos e psicológicos, somos seres sociais. Assim, em cada sociedade, em um dado contexto histórico, todos sabem e aprendem o que devem fazer em todas as condições, comandados pela educação e pela vida em comum, havendo uma intervenção da consciência pelos comportamentos aprendidos socialmente<sup>26</sup>.

A prática social dos papéis atribuídos aos homens e mulheres dentro de uma sociedade é determinada pelo gênero, palavra que não se refere às características sexuais e/ou biológicas que diferenciam homens e mulheres, mas às construções sociais desses papéis. A diferenciação de gênero, e, conseqüentemente, o poder atribuído socialmente ao sexo masculino, legitima a violência contra a mulher<sup>27</sup>.

Verificou-se que as sociedades ao redor do mundo frequentemente têm em comum os papéis sociais da mulher como subservientes ao homem, ou seja, dá-se a diferenciação de gênero. Assim, o estigma social, os rígidos papéis de gênero impostos pela cultura patriarcal

e machista, as obrigações do casamento etc. influenciam o comportamento das mulheres fazendo com que em situação de violência demorem a buscar ajuda<sup>5-8,16,17,20-22,28-30</sup>. Quando buscam ajuda, a cultura influencia também as atitudes dos profissionais que atendem essas mulheres, fazendo com que, muitas vezes, as maltratem<sup>19</sup>.

Para que as mulheres possam ser apoiadas e busquem ajuda é preciso trabalhar com a comunidade o conceito de gênero relacionado à violência, pois socialmente há influência da família e sociedade nas atitudes das mulheres<sup>17,31</sup>, sendo que a indicação de possíveis locais para busca de ajuda é, frequentemente, feita por pessoas em contato com as mulheres<sup>10</sup>.

### **Locais onde as mulheres buscam ajuda**

As mulheres podem levar anos até decidirem pela busca de ajuda, pois, conforme se discutiu neste artigo, dá-se o enfrentamento do isolamento social (às vezes por serem imigrantes), dificuldades financeiras, baixa escolaridade, presença de filhos, violência severa, questões sociais e de gênero, dentre outras dificuldades.

Desta maneira, o primeiro passo para a busca de ajuda é reconhecer que vivenciam uma situação de violência. Identificou-se nesta revisão que o sistema informal foi escolhido pela maioria das mulheres em situação de violência, ou seja, em sua maioria optaram por não buscar ajuda no sistema formal.

Quando decidem buscar ajuda o fazem de maneira informal, falando primeiramente com a família e amigos<sup>8,9,11,12,14,15,17,19,21-23,31-36</sup>. Quanto mais ligadas às questões sociais de valorização da família e gênero, mais as mulheres procuram a própria família no lugar de instituições formais<sup>7</sup>. Também buscam a família quando não consideram grave a violência sofrida<sup>14,34</sup>. Algumas vezes a família foi fundamental na busca por apoio formal, indicando serviços onde as mulheres poderiam ser auxiliadas<sup>8,10,35</sup>.

Apesar do agressor ser, geralmente, o companheiro/marido, a família do parceiro foi bastante citada nos artigos desta revisão como importante recurso de busca de ajuda<sup>10,12,14,15,17,21,34</sup>. As mulheres em situação de violência buscam, principalmente, mulheres da família do marido<sup>14</sup> e o sogro<sup>10,14</sup>. Geralmente, os parentes do marido tentam mediar a situação de conflito, apoiando que o casal permaneça junto<sup>17</sup>. Como visto nos artigos, a cultura machista é predominante. Desta forma, buscar auxílio com a família do

marido pode fazer com que a mulher permaneça mais tempo em situação de violência, pois há tendência em incentivar a manutenção do núcleo familiar.

Algumas vezes os vizinhos estão entre os primeiros a saberem da situação de violência<sup>14,17,18,21,35</sup>. Assim, são importante recurso de ajuda tanto para apoio emocional quanto para ajuda prática<sup>17</sup>, pois, por exemplo, muitas mulheres ficaram sabendo da existência de um Centro de Referência para atendimento de mulheres em situação de violência por eles ou pela comunidade<sup>35</sup>. Destaca-se, então, a importância em se trabalhar com a comunidade o tema da violência e os recursos disponíveis para o seu combate, dada a chance de disseminação da informação caso conheçam alguém nesta situação.

Outro recurso frequentemente citado foi a busca por líderes religiosos, como padres e pastores<sup>9,11,12,18,32,34</sup>, às vezes referenciados mais do que locais de atendimento da saúde<sup>34</sup>. Para algumas mulheres, os líderes religiosos podem influenciar parceiros abusivos a diminuir a violência familiar. Porém, em alguns casos a religião contribui para uma naturalização da violência contra a mulher a partir da ideia de subserviência feminina. Os valores religiosos estão estruturados por meio da subjetividade e do plano simbólico, atribuindo determinados comportamentos sociais que podem contribuir para a manutenção de uma relação desigual e violenta<sup>11</sup>. Destaca-se a importância de que as discussões relacionadas à violência contra a mulher sejam intersetoriais, contando com equipamentos presentes nas comunidades, inclusive os religiosos.

No que se refere à busca de ajuda pelo sistema formal, as ONGs aparecem como recurso para as mulheres em situação de violência<sup>12,14,17,21,33</sup>. Nos artigos desta revisão foram o local em que as mulheres buscaram ajuda, porém pouco se discute sobre o papel institucional que desempenham e sobre a avaliação do atendimento que oferecem. Sugere-se, portanto, novas pesquisas nessas instituições, o que pode contribuir com a melhoria e a ampliação da rede de atenção às mulheres em situação de violência.

A polícia também aparece como um dos locais em que as mulheres buscam ajuda<sup>9,11,12,14,15,18,23,32,33</sup>, principalmente se a violência é severa<sup>17,19,23</sup>. As mulheres mais novas buscaram mais a polícia que as mais velhas<sup>19</sup>. Algumas vezes as mulheres buscam mais a polícia do que locais de atendimento para a saúde<sup>34</sup>, mesmo estando pouco satisfeitas com o serviço prestado pela polícia<sup>16,36</sup>, considerada incapaz de assegurar a proteção às mulheres<sup>36</sup> e as encorajando a voltar para o parceiro violento<sup>37</sup>.

Algumas mulheres buscaram ajuda do sistema de justiça e advogados<sup>8,9,11,23,31</sup>, principalmente nas formas graves de violência e de longa data<sup>24</sup>. Os operadores jurídicos algumas vezes pressionaram as agredidas a permanecer na relação conjugal<sup>36</sup>.

Os abrigos de proteção às mulheres foram locais procurados para dar suporte devido às dificuldades financeiras e necessidade de auxílio aos filhos, à gravidade da violência<sup>7,8,22,31,34,37</sup> e também quando havia muito controle por parte do agressor<sup>23</sup>.

Nos artigos analisados, os Centros de Apoio às pessoas em situação de violência foram citados com frequência como locais em que as mulheres buscam apoio<sup>9,13,14,17,18,22,31</sup>, principalmente quando a violência é grave<sup>19,23</sup>. Um dos artigos refere-se à pesquisa realizada com mulheres atendidas em um Centro de Referência às vítimas<sup>22</sup>. Outro fator importante relativo aos Centros de Referência é a escassez desses equipamentos, sendo uma das barreiras encontradas pelas mulheres que buscam ajuda formal<sup>11,22</sup>. Se os Centros de Referência são locais frequentes nas rotas das mulheres precisam ser ampliados para se tornarem mais acessíveis à população.

A busca por serviços de saúde também mostrou-se frequente para as mulheres em situação de violência nos mais diversos locais, como hospitais, unidades de saúde da família, ambulatórios de saúde mental<sup>8,11,12,14,16,18,19,21,24,25,31,34-36</sup>. Nas pesquisas citam-se profissionais de diferentes categorias, como médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, dentistas, assistentes sociais ou outros profissionais de saúde<sup>5,9,15,23,31</sup>.

A maioria das mulheres visitou uma unidade de saúde no último ano<sup>5</sup>, às vezes porque a violência sofrida foi tão grave que necessitou de cuidados de saúde<sup>33</sup>. Denota-se, portanto, a importância dos profissionais estarem sensibilizados e capacitados para trabalhar com as situações vivenciadas por essas mulheres.

Nesse sentido, algumas características dos profissionais de saúde são importantes para que as mulheres falem sobre a situação que vivenciam, tais como atitudes de não julgamento, ouvir amigavelmente e oferecer uma escuta que respeita as diferentes culturas<sup>5,14,19,36</sup>. Além disso, os serviços de saúde foram as instituições com maior potencial para ajudar as mulheres, segundo a avaliação delas próprias<sup>11,16</sup>.

### **Motivos para não buscar ajuda**

A maioria das mulheres que vivenciou uma situação de violência não buscou ajuda formal<sup>9,13,14,16,18,19,24,25,31-33</sup>. Dentre os motivos citados está a crença de que a violência é culpa delas<sup>16,19,28</sup>, o medo do julgamento da sociedade/família (questões de gênero, por serem responsáveis pela família)<sup>16,18,19,21,28-30</sup>, a percepção de que a violência sofrida é suportável/pouca coisa<sup>9,14,16,18,19</sup>, de que era o último episódio<sup>16</sup> ou por não saber aonde recorrer<sup>9,14,21</sup> e ter medo das ameaças do parceiro<sup>18,19,21</sup>. Destaca-se que os principais motivos para não buscar ajuda estão relacionados diretamente às questões de gênero, em especial à hegemonia da cultura machista, segundo os achados desta revisão.

Em alguns artigos encontrou-se que as mulheres que sofrem violência sexual buscam menos ajuda do que as que sofrem os demais tipos de violência<sup>13,25</sup>, talvez pela vergonha em expor a verdade sobre sua condição<sup>15</sup>.

A falta de confiança nas instituições de atendimento às mulheres em situação de violência também se evidenciou com frequência como motivo para que as mulheres não buscassem ajuda<sup>16,17,19,29,30,36</sup>.

A família, que aparece como principal recurso de apoio escolhido pelas mulheres, muitas vezes não se configura no suporte esperado, como discutimos<sup>13</sup>. Algumas mulheres ao buscarem seus pais encontraram neutralidade ou negatividade, principalmente por pressão relacionada à manutenção da família<sup>13,22,30</sup>, além da persuasão para não buscarem ajuda<sup>19</sup>. Mais uma vez, a pressão para a manutenção da família, relacionada ao papel exercido pela mulher na sociedade e no casamento, impera no caminho de quem busca apoio.

Nos artigos as mulheres apontaram diversas barreiras ambientais que as impediam de buscar ajuda, como falta de dinheiro<sup>17,20</sup>, falta de lugares como um Centro de Referência aonde recorrer<sup>20,36</sup>, falta de apoio/fragmentação da polícia/justiça/saúde<sup>17,20,36,37</sup>, medo de perder os filhos<sup>17,37</sup>, dificuldades em entender as orientações e processos<sup>36</sup>, medo de aumentar a violência<sup>11</sup>, para manter a violência em segredo ou dentro da família<sup>11</sup>, medo de estigma<sup>11</sup> e isolamento geográfico da família<sup>11</sup>.

Nota-se, assim, que as mulheres têm dificuldade em buscar ajuda por motivos internos às suas subjetividades, relacionados às questões culturais, por falta de apoio da família e amigos e por falta de conhecimento e disponibilidade dos serviços existentes.

### **Considerações finais**

A violência contra as mulheres, bem como a busca de ajuda empenhada por elas, destaca-se objeto de estudo no mundo todo principalmente a partir do século XXI. Quando decidem buscar auxílio primeiramente referem a família e pessoas da comunidade, ou seja, a oferta de ajuda informal, sendo que a busca por apoio formal acontece quando os casos se tornam mais graves.

A violência é permitida e encontra respaldo em diversas sociedades devido às normas culturais de gênero. Assim, mostra-se fundamental que sejam ampliadas e discutidas tais questões em todos os setores da sociedade para que sejam diminuídas as barreiras culturais encontradas pelas mulheres em situação de violência.

As barreiras sistêmicas merecem atenção e devem ser minimizadas, discutindo-se o assunto com os diversos setores que têm contato com mulheres em situação de violência, bem como os serviços especializados para atendimento devem ser ampliados e sua divulgação feita de maneira eficiente.

Por fim, considera-se necessário qualificar cada vez mais a assistência prestada às mulheres em situação de violência por meio da promoção de uma postura acolhedora e sem julgamentos por parte de todas as pessoas e serviços identificados na rota crítica dessa população, visto que o sofrimento por elas enfrentado pode ser aliviado quando decidem falar sobre o vivido e encontram respaldo para tal.

## Referências

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence 2013. [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2016 Dec 4]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1)
2. Sagot M. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. [Internet]. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165880/1/9275323348.pdf>
3. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm

- [Internet]. 2008 [cited 2016 Dec 5];17(4):758-764. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
4. United Nations. United Nations Millennium Declaration. [Internet]. 2000. New York: United Nations. Available from: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
  5. Ahmad F, Driver N, McNally MJ, Stewart DE. Why doesn't she seek help for partner abuse?" An exploratory study with South Asian immigrant women. Soc Sci Med [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 5];69(4):613-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.011>
  6. Alaggia R, Regehr C, Rishchynski G. Intimate partner violence and immigration laws in Canada: How far have we come? Int J Law Psychiatry [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 5]; 32(6):335-41. doi: [10.1016/j.ijlp.2009.09.001](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.001)
  7. Brabeck KM, Guzmán MR. Exploring Mexican-Origin Intimate Partner Abuse Survivors' Help-Seeking Within Their Sociocultural Contexts. Violence Vict [Internet]. 2009 [cited 2016 Dec 5]; 24(6):817-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20055217>
  8. Bui HN. Help-seeking behavior among abused immigrant women. A case of Vietnamese American woman. Violence Against Women [Internet]. 2003 Feb [cited 2016 Dec 5]; 9(2):207-39. doi: [10.1177/1077801202239006](https://doi.org/10.1177/1077801202239006)
  9. Hyman I, Forte T, Du Mont J, Romans S, Cohen MM. Help-Seeking Behavior for Intimate Partner Violence among Racial Minority Women in Canada. Womens Health Issues [Internet]. 2009 Mar-Apr [cited 2016 Dec 5]; 19(2):101-8. doi: [10.1016/j.whi.2008.10.002](https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.002)
  10. Kyriakakis S. Mexican immigrant women reaching out: the role of informal networks in the process of seeking help for intimate partner violence. Violence Against Women [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 5]; 20(9):1097-116. doi: [10.1177/1077801214549640](https://doi.org/10.1177/1077801214549640)
  11. Morse DS, Paldi Y, Egbarya SS, Clark CJ. An Effect That Is Deeper Than Beating: Family Violence in Jordanian Women. Fam Syst Health [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Dec 5]; 30(1):19-31. doi: [10.1037/a0027137](https://doi.org/10.1037/a0027137)

12. Dalal K. Does economic empowerment protect women from intimate partner violence? *J Inj Violence Res* [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Dec 5]; 3(1):35-44. doi: 10.5249/jivr.v3i1.76.
13. Frías SM, Agoff CM. Between Support and Vulnerability: Examining Family Support Among Women Victims of Intimate Partner Violence in Mexico. *J Fam Violence* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 5]; 30(3):277–91. doi: 10.1007/s10896-015-9677-y
14. Ergöçmen BA, Yüksel-Kaptanoğlu I, Jansen HAFM. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 5]; 19(9):1151-74. doi: [10.1177/1077801213498474](https://doi.org/10.1177/1077801213498474)
15. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, Tang W, Watts A, Xia Y, Talbot NL. Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and Latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 6]; 17(8):1067-85. doi: [10.1177/1077801211414846](https://doi.org/10.1177/1077801211414846)
16. Djikanović B, Wong SL, Jansen HA, Koso S, Simić S, Otasević S, Lagro-Janssen A. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Fam Pract* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 6]; 29(2):189-95. doi: [10.1093/fampra/cmr061](https://doi.org/10.1093/fampra/cmr061)
17. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. 'I don't need an eye for an eye': Women's responses to intimate partner violence in Sierra Leone and Liberia. *Glob Public Health* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Dec 7]; 11(1-2):108-21. doi: 10.1080/17441692.2015.1032320
18. Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights* [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Dec 7]; 14(1): E64-77. Available from: [http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.64?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/healhumarigh.14.1.64?seq=1#page_scan_tab_contents).
19. Frías SM. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. 2013; 19(1):24-49. doi: 10.1177/1077801212475334

20. Anderson MA, Gillig PM, Sitaker M, McCloskey K, Malloy K, Grigsby N. Why Doesn't She Just Leave?": A Descriptive Study of Victim Reported Impediments to Her Safety. *J Fam Violence* [Internet]. 2003 Jun [cited 2016 Dec 4]; 18(3):151-5. doi: 10.1023/A:1023564404773
21. Shrivastava PS, Shrivastava SR. A study of spousal domestic violence in an urban slum of mumbai. *Int J Prev Med* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 15]; 4(1):27-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570908/>
22. Chatzifotiou S, Dobash R. Seeking informal support: Marital violence against women in Greece. *Violence Against Women* [Internet]. 2001 [cited 2016 Nov 18]; 7(9):1024-50. Available from: <https://student.cc.uoc.gr/uploadFiles/181-%CE%9A%CE%9C%CE%9C%CE%9A397/Chatzifotiou%20and%20Dobash-Seeking%20informal%20support%20greece.pdf>
23. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010 Apr [cited 2016 Dec 7]; 70(7):1011-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.009
24. Duterte EE, Bonomi AE, Kernic MA, Schiff MA, Thompson RS, Rivara FP. Correlates of medical and legal help seeking among women reporting intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Jan-Feb [cited 2016 Nov 26]; 17(1):85-95. doi: 10.1089/jwh.2007.0460.
25. Kamimura A, Yoshihama M, Bybee D. Trajectory of intimate partner violence and healthcare seeking over the life course: study of Japanese women in the Tokyo metropolitan area, Japan. *Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 27]; 127(10):902-7. doi: [10.1016/j.puhe.2013.06.003](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.06.003)
26. Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif; 2015.
27. Saffioti HI. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos pagu* [Internet]. 2001 [cited 2016 Nov 29]; (16):115-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>
28. Amar AF, Sutherland M, Laughon K, Bess R, Stockbridge J. Peer influences within the campus environment on help seeking related to violence. *J Natl Black Nurses Assoc* [Internet] 2012 Jul [cited 2016 Dec 9]; 23(1):1-7. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/23061163>

29. McCleary-Sills J, Namy S, Nyoni J, Rweyemamu D, Salvatory A, Steven E. Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Glob Public Health* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 28]; 11(1-2):224-35. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2015.1047391?journalCode=rph20>. doi: [10.1080/17441692.2015.1047391](https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1047391).
30. Thongpriwan V, Buseh A, Arunothong W. Reflections on attitudes, experiences, and vulnerability of intimate partner violence among Southeast Asian college women living in United States. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Nov 28]; 18:70-4. doi: [10.1016/j.ajp.2015.09.007](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.007)
31. Postmus JL. Women from different ethnic groups and their experiences with victimization and seeking help. *Violence Against Women*. 2015; 21(3):376-93. doi: 10.1177/1077801214568254
32. Adegbite OB, Ajuwon AJ. Intimate Partner Violence among Women of Child Bearing Age in Alimosho LGA of Lagos State, Nigeria. *Afr J Biomed Res* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 8]; 18(2):135-46. Available from: <http://www.ajol.info/index.php/ajbr/article/view/118494>
33. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PM. Prevalence instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad Sindh. *Pak J Med Sci*. 2014; 30(1):122-5. doi: 10.12669/pjms.301.4533.
34. Bruschi A, de Paula CS, Bordin IA. Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2016 Dec 7]; 40(2):256-64. doi: 10.1590/S0034-89102006000200011.
35. Daruwalla N, Fernandez A, Salam J, Shaikh N, Osrin D. Conflict, crisis, and abuse in Dharavi, Mumbai: experiences from six years at a centre for vulnerable women and children. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Jul [cited 2016 Dec 6]; 6(7): e1000088. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000088>
36. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Critical trajectories of female victims of gender violence: discourse analysis of women and staff professionals in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Apr [cited 2016 Dec 6]; 27(4):743-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/13.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400013

37. Pinnewala P. Good women, martyrs, and survivors: a theoretical framework for South Asian women's responses to partner violence. *Violence Against Women* [Internet]. 2009 Jan [cited 2016 Dec 6]; 15(1):81-105. doi: [10.1177/1077801208328005](https://doi.org/10.1177/1077801208328005)

Artigo 2: Mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado e implicações à rede de atenção

**Mulheres em situação de violência atendidas em serviço especializado e implicações à rede de atenção**

Daniella Yamada Baragatti<sup>6</sup>

Danyelle Ferreira Farias<sup>7</sup>

Silvia Maria Ferreira dos Santos<sup>8</sup>

Antonietta Keiko Kakuda Shimo<sup>9</sup>

Eliete Maria Silva<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup>Enfermeira, Mestra em Ciências, Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [danybaragatti@gmail.com](mailto:danybaragatti@gmail.com). Telefone: +55 19 981336348 (Autor responsável)

<sup>7</sup> Obstretriz, Mestra, graduanda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [danydfs06@gmail.com](mailto:danydfs06@gmail.com). Telefone: +55 13 974090705

<sup>8</sup> Graduanda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [silviafsantos94@hotmail.com](mailto:silviafsantos94@hotmail.com). Telefone: +55 19 997935646

<sup>9</sup> Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [akkshimo@gmail.com](mailto:akkshimo@gmail.com). Telefone: +55 19 996275109

<sup>10</sup> Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária- Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: [emsilva@unicamp.br](mailto:emsilva@unicamp.br). Telefone: +55 19 997249137

## Resumo

**Objetivo:** Analisar o perfil das mulheres em situação de violência atendidas em Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) e discutir as implicações para a rede de atenção à mulher. **Materiais e Método:** Estudo documental e retrospectivo dos formulários de acolhimento das mulheres em situação de violência atendidas no CEAMO em Campinas, estado de São Paulo, entre os anos de 2013 e 2015 por meio de estatística descritiva. **Resultados:** A média de idade foi 40,1 anos; a maioria possuía companheiro, ensino médio completo e renda própria. O principal motivo de procura do serviço foi “ocorrência recente de violência”. A sazonalidade dos atendimentos aconteceu por características do serviço como diminuição da equipe e alteração do local de funcionamento. **Conclusões:** Mulheres que buscaram o CEAMO apresentavam escolaridade, renda e condição de trabalho maiores e melhores do que aquelas que sofrem violência doméstica em geral. Conhecer este perfil implica diretamente na rede de atenção, que deve oferecer educação permanente aos profissionais e conscientização da importância do trabalho em rede, assim como ações para ampliar o acesso da população ao serviço.

**Descritores:** Violência contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Violência Doméstica; Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

## Introdução

Desde a elaboração da “Declaração para eliminação da violência contra a mulher”, em 1993, a comunidade internacional reconheceu publicamente este tipo de violência como um problema mundial de saúde pública e violação dos direitos humanos. Admite-se, pois, que a violência contra a mulher pode ter como resultado possível ou real danos físicos, sexuais ou psicológicos fruto de atos baseados em questões de gênero, incluindo ocorrências na vida pública ou privada como ameaças, coerção, privação da liberdade, golpes, abuso sexual de meninas, violação relacionada à herança, estupro pelo marido, mutilação genital, exploração, tráfico de mulheres, prostituição forçada, entre outras<sup>(1)</sup>.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a mais alta prevalência de violência por parceiro íntimo encontra-se na África Central (65,6%) e a mais baixa na Ásia Oriental (16,3%). Na região das Américas, que inclui o Brasil, a prevalência estima-se entre 23,68% e 40,63%<sup>(2)</sup>.

Estudos recentes em diversos países como Irã, Suécia, Turquia, Tanzânia e Brasil descrevem que a violência contra a mulher é um problema comum, alcançando taxas de prevalência altas com índices de até 65%<sup>(3-7)</sup>.

O perfil socioeconômico das mulheres que sofreram algum tipo de violência varia conforme o local onde a pesquisa é realizada. Na Nigéria, pesquisa populacional encontrou que as mulheres casadas mais propensas a sofrer alguma violência foram as que não trabalhavam fora de casa, não possuíam formação educacional formal, integravam casamentos poligâmicos e cujos maridos faziam uso de bebida alcoólica<sup>(8)</sup>. Já no Brasil, pesquisa realizada no Instituto Médico Legal do Rio de Janeiro apontou prevalência de mulheres que sofreram violência entre as que trabalham (63,3%), possuem Ensino Médio completo (46,6%) e são chefes de família (50,9%)<sup>(9)</sup>.

As altas prevalências de violência contra a mulher estão relacionadas ao gênero, ou seja, às construções sociais dos papéis próprios atribuídos aos homens e mulheres responsáveis por sustentar relações de poder<sup>(10)</sup>. Assim, o poder atribuído socialmente aos homens legitima a violência contra a mulher nesta lógica de organização atual.

Há diversas consequências negativas para a saúde apresentadas pelas mulheres em situação de violência, tais como depressão, ansiedade, distúrbios do sono, suicídio ou automutilação, uso de álcool e outras substâncias, sintomas inexplicáveis nos sistemas gastrointestinais, reprodutivos e do trato geniturinário (dor pélvica, disfunção sexual, infecção de urina frequente), dor crônica, dores de cabeça, problemas cognitivos, repetidas consultas de saúde sem diagnóstico claro, entre outras condições<sup>(11-13)</sup>.

Tendo em vista a alta prevalência de violência e as consequências negativas para a vida das mulheres, o Brasil tem articulado diversas políticas públicas para o enfrentamento do problema. Lançada em 2011, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres é a medida mais recente com o objetivo de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, bem como a assistência às vítimas por meio de uma rede de atenção à mulher<sup>(14)</sup>.

Esta rede é definida por um conjunto de ações e serviços envolvendo diferentes setores, principalmente assistência social, justiça, segurança pública e saúde. Compõe-se, ainda, por duas principais categorias de serviços: não especializados (hospitais gerais, serviços de atenção básica, Programa Saúde da Família, delegacias comuns, polícia militar,

Centros de Referência de Assistência Social, Ministério Público, defensorias públicas) e serviços especializados no atendimento exclusivo às mulheres em situação de violência (Centros de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, núcleos especializados em atender as mulheres nas Defensorias Públicas, Central de Atendimento à Mulher – 180, entre outros)<sup>(15)</sup>.

Desta forma, dentre os serviços especializados previstos pela rede de atenção à mulher para assistência em situação de violência encontram-se os Centros de Referência e Apoio à Mulher, que buscam promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação), constituindo estruturas essenciais para o enfrentamento desse problema<sup>(16)</sup>.

No entanto, a existência de diversos serviços não garante que a atenção às mulheres em situação de violência aconteça em redes. O trabalho em rede prevê a organização dos serviços na perspectiva da atenção integral, com trabalhos em equipe pautados em abordagem interdisciplinar e multiprofissional. Espera-se, portanto, que o trabalho dos diversos setores seja interligado, tanto dentro de cada serviço como entre os distintos setores que atendem essas mulheres<sup>(17)</sup>.

Considerando a importância da atuação em rede nos diversos serviços que atendem mulheres em situação de violência, almeja-se com este trabalho analisar o perfil das mulheres em situação de violência atendidas no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) e discutir suas implicações para a rede de atenção.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo documental retrospectivo dos formulários de acolhimento inicial das mulheres em situação de violência atendidas pela primeira vez no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) no município de Campinas, estado de São Paulo. Como critério de inclusão analisou-se o conjunto de fichas do primeiro atendimento das mulheres que procuraram o serviço entre os anos de 2013 a 2015, totalizando 397 fichas.

A coleta de dados deu-se entre setembro de 2015 e janeiro de 2016 por meio de formulário próprio cuja digitação transferia automaticamente os dados para uma planilha.

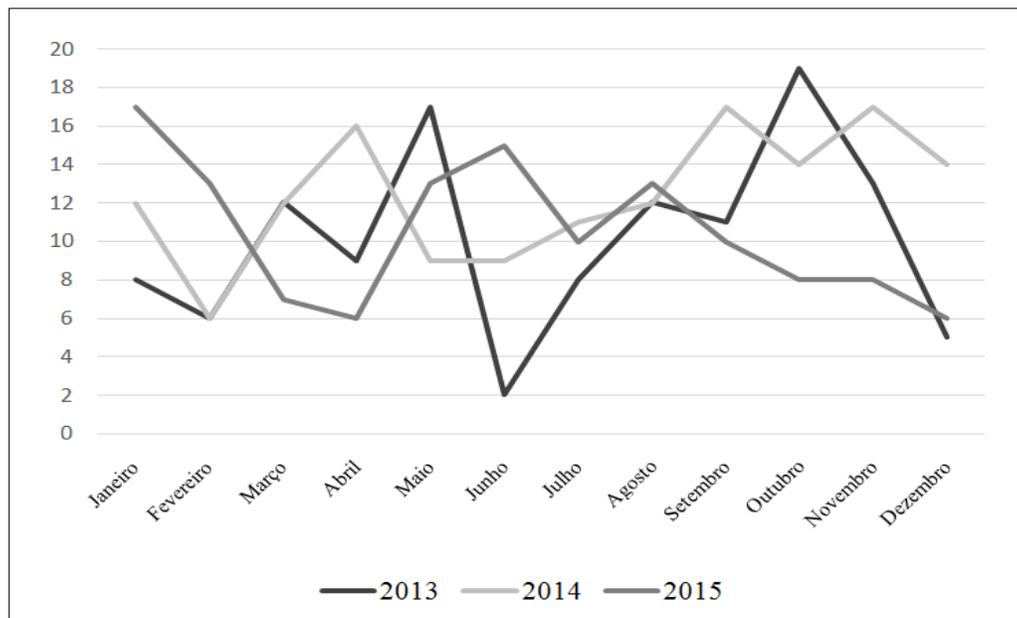
Neste estudo analisaram-se as seguintes variáveis: número de atendimentos por mês e ano, faixa etária, escolaridade, estado civil, situação no mercado de trabalho, município de residência, orientação sexual, tipo de moradia, local de ocorrência da violência, caracterização do tipo de violência, quem é o agressor e motivos para procurar o CEAMO.

Utilizou-se estatística descritiva seguida da discussão com base no referencial de redes de atenção às mulheres em situação de violência para a análise dos dados das fichas. A pesquisa atendeu aos aspectos éticos que envolvem seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Parecer 1.073.136/2015).

## Resultados

Analisou-se 397 fichas dos primeiros atendimentos realizados entre 2013 a 2015 assim distribuídas: 122 primeiros atendimentos em 2013; 149 atendimentos em 2014 e 126 registros em 2015. O fluxo mensal de atendimentos neste período pode ser observado na Figura 1:

**Figura 1** – Fluxo de atendimento mensal entre 2013 e 2015 no CEAMO. Campinas, SP: CEAMO, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados referentes ao perfil das mulheres atendidas no serviço de referência encontram-se sistematizados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil das mulheres atendidas no CEAMO entre 2013 a 2015. Campinas, SP: 2016.

Variáveis	Registros n (%)
<b>FAIXA ETÁRIA*</b>	
<20 anos	7 (1,8)
21 a 30 anos	79 (20)
31 a 40 anos	124 (31,4)
41 a 50 anos	112 (28,4)
51 a 60 anos	48 (12,1)
> 61 anos	25 (6,3)
<b>ESCOLARIDADE**</b>	
Analfabeto	5 (1,3)
Ensino Fundamental Incompleto	104 (27)
Ensino Fundamental Completo	99 (25,7)
Ensino Médio Completo	133 (34,5)
Ensino Técnico Completo	11 (2,9)
Ensino Superior Completo	33 (8,6)
<b>ESTADO CIVIL***</b>	
Solteira	71 (20,7)
Casada ou com companheiro	195 (56,8)
Viúva ou divorciada/separada	77 (22,5)
<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO****</b>	
Trabalha	187 (50,3)
Desempregada ou afastada	161 (43,3)
Aposentada	24 (6,4)

\*n= 395; \*\*n=385; \*\*\*n=343;

\*\*\*\*n=372 (algumas informações estavam incompletas).

Com relação ao tipo de moradia em que residem as mulheres, 207 (57,7%) moram em residência própria; 81 (22,5%) em residência alugada, outras em moradia cedida (71= 19,7%). Não constava tal informação em 38 das fichas analisadas.

Por se tratar de serviço local verificou-se que 385 mulheres atendidas (97%) eram moradoras de Campinas, sendo que as demais 12 (3%) declararam ser moradoras da região metropolitana de Campinas ou cidades próximas até 100 km.

Nas 131 (33%) fichas em que havia anotação sobre a orientação sexual das mulheres, todas declararam ser heterossexuais. Em 266 (67%) atendimentos não havia anotação sobre

o tema. Com relação à identidade étnico-racial, a ficha de primeiro atendimento não prevê tal informação sobre raça/cor.

Apesar de não haver informação referente ao local onde ocorreram as violências em 335 fichas (84,4%), as que continham tal informação revelaram que 62 casos (15,6%) configuraram-se como violência doméstica.

Em 93 fichas (23,4%) havia informação referente às características da violência. Neste conjunto, encontrou-se que 61 (65,6%) das ocorrências foram de violência doméstica, 13 (13,9%) de violência psicológica, nove (9,7%) casos de violência física, seis (6,5%) ocorrências de violência moral, dois (2,1%) casos de violência patrimonial, um (1,1%) abuso sexual e um (1,1%) caso de violência urbana.

Quando considerados os motivos que levaram as mulheres a procurar o CEAMO mais de uma resposta mostrou-se possível. Do total de 307 fichas em que havia o preenchimento desta questão obteve-se 360 respostas, consideradas como 100%.

A ocorrência de algum tipo de violência levou as mulheres ao CEAMO em 180 (50%) das respostas; o segundo motivo mais citado foi a separação (81 respostas; 22,5%); seguido do alcoolismo na família (22 relatos; 6,1%). Os demais motivos de procura do CEAMO foram: questões relacionadas à renda (19 casos; 5,3%), ameaça de morte (16 relatos; 4,4%); questões relacionadas aos filhos (12 citações; 3,3%), moradia (11 menções; 3,1%), outros motivos (dez ocorrências; 2,8%) e consumo de drogas (nove atendimentos; 2,5%).

## **Discussão**

Observou-se que nos meses de férias escolares (fevereiro, junho, julho e dezembro) houve redução dos atendimentos no CEAMO. A exceção é o mês de janeiro, em que há um aumento no número de atendimentos. Análise dos Boletins de Ocorrência de casos de violência contra a mulher em um município de Minas Gerais encontrou dados similares<sup>(18)</sup>.

No ano de 2015 houve queda nos atendimentos do CEAMO. Esta diminuição é explicada pelo fato de que, em setembro de 2014, o serviço precisou mudar de local de atendimento, passando a funcionar em área central da cidade. Neste período, o espaço físico ficou reduzido e somente no final de 2015 o CEAMO mudou-se para o local atual, mais adequado e ocupando um andar inteiro em prédio que conta com salas individuais para

atendimento, brinquedoteca, sala de reunião e espaço físico para realização de grupos e oficinas com as mulheres.

A sazonalidade dos atendimentos no CEAMO é explicada mais por características do serviço do que por questões relativas às usuárias, tais como a diminuição da equipe de trabalho e mudanças no espaço físico e local de atendimento. É importante que os Centros de Referência estejam em locais de fácil acesso à população, bem como contem com equipe de referência e espaço físico suficiente e adequado.

Notou-se o predomínio de mulheres acima dos 31 anos, sendo que a média de idade foi de 40,1 anos. No Centro de Referência no Ceará, encontrou-se maioria de mulheres com até 29 anos de idade, sendo que 70,3% possuíam entre 20 e 39 anos<sup>(19)</sup>, índice que em nosso estudo foi de 51,4%. Já no Espírito Santo, assim como em nossos achados, houve predomínio de mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos<sup>(20)</sup>.

Considerando-se a atenção às mulheres em situação de violência como uma rede, conhecer a idade na qual as mulheres chegam ao serviço de referência pode subsidiar ações e políticas para que seja ampliado o acesso daquelas com menor faixa etária, bem como trabalhadas diferentes abordagens dos profissionais que atendem estas mulheres em toda a rede de atenção.

Em relação à escolaridade, a maior proporção encontrada foi de ensino médio completo (37,4% se contabilizadas com ensino técnico completo), o que é semelhante ao encontrado em Centros de Referência de dois estados brasileiros nos quais a escolaridade predominante também foi o ensino médio completo<sup>(12, 20)</sup>.

Ainda em relação à escolaridade, uma pesquisa na Inglaterra encontrou associação entre baixa escolaridade e ocorrência de violência contra mulher por parceiro íntimo<sup>(21)</sup>. Na Turquia, as mulheres em situação de violência com alta escolaridade procuraram mais ajuda formal<sup>(22)</sup>. Apesar de a violência poder estar associada à baixa escolaridade, a alta escolaridade parece significar maior acesso ou comportamento de busca de ajuda em serviços de referência.

A maior parte das mulheres encontra-se casada ou com companheiro. Apesar da violência por parceiro íntimo estar entre as mais frequentes ocorrências contra a mulher<sup>(2)</sup>, analisando apenas a ficha de acolhimento inicial no serviço de referência não foi possível identificar muitas das vezes se o agressor é o parceiro íntimo.

Pouco mais da metade das mulheres desta pesquisa tem renda (56,7% trabalham ou são aposentadas). A dependência econômica da mulher em relação ao marido está associada à ocorrência de violência conjugal, porque dificulta que a mulher deixe a relação violenta por não ter como se manter economicamente, mas também pelas questões de gênero. A representação social do homem como chefe de família e da mulher como subserviente pode levar a relações violentas, independentemente de quem tem maior renda<sup>(23, 24)</sup>.

Encontrou-se que 57,7% das mulheres atendidas no CEAMO moram em residência própria. Este achado é corroborado pelo que pesquisadores encontraram em um Centro de Referência que atende mulheres em situação de violência no Ceará, no qual 50% das mulheres atendidas moram em residência própria<sup>(19)</sup>.

Das mulheres que buscaram atendimento no CEAMO, evidenciou-se maioria de moradoras de Campinas e/ou cidades próximas, o que é explicado pelo fato de se tratar de um Centro de Referência municipal para o atendimento de mulheres em situação de violência. Tendo em vista as altas prevalências de violência contra as mulheres em diferentes espaços e a importância desses serviços como parte da rede de atenção às mulheres em situação de violência, considera-se urgente a ampliação e divulgação do serviço para atendimento da região ou a criação e implantação de serviços semelhantes em outros municípios.

A maior proporção dos achados (67%) não continha a informação sobre orientação sexual das mulheres atendidas. Das que continham esta informação, todas declararam ser heterossexuais. Apesar da maioria dos estudos sobre violência por parceiro íntimo tratar da violência contra a mulher tendo o homem enquanto agressor mostra-se importante abordar a violência também de modo mais amplo devido às novas configurações sociais e familiares<sup>(25)</sup> que podem resultar em violência também em outros tipos de arranjos.

Nas fichas de acolhimento do Centro de Referência não há anotação sobre a raça/cor das mulheres atendidas. Em análise de boletins de ocorrência e entrevistas com mulheres vítimas de violência em Porto Alegre (RS), no entanto, os autores constataram que há uma sobrerrepresentação das mulheres negras nos boletins e entre entrevistadas sobre a violência, porém o mesmo não ocorre nos processos judiciais, em que há menor número de mulheres negras.

Apesar dessa diferença, os juízes acreditam que os fatores gênero/raça/etnia não interferem no acesso à justiça<sup>(26)</sup>. Seria fundamental ter esta informação na ficha de acolhimento para se discutir se a prevalência de violência contra a mulher na população atendida pelo CEAMO varia conforme a raça/cor, o que poderia representar diferentes incidências de violência na população geral ou diferenças de acesso aos serviços de saúde e assistência social.

Quase todas as fichas que continham o local da ocorrência da violência apontaram para a residência. Apenas uma ficha apontava como local a ocorrência em via pública. Outros estudos sobre atendimentos em Centros de Referência que atendem mulheres em situação de violência também apontaram que o principal local de ocorrência da violência é a residência<sup>(19, 20)</sup>.

A violência psicológica evidenciou-se como a mais citada nos formulários, seguida pela violência física, achado que corrobora outra pesquisa brasileira em Centro de Referência<sup>(27)</sup>. Ao contrário, nas ocorrências policiais de violência contra mulher em Rio Grande (RS), a violência física é a mais comum, seguida pela psicológica, o que pode ser explicado por se tratar de uma pesquisa que investigou boletins de ocorrência e não o perfil de atendimentos em um serviço especializado<sup>(28)</sup>.

Os principais motivos para as mulheres procurarem o CEAMO foram a ocorrência recente de violência e separação. Estudos demonstram que as mulheres buscam ajuda nos diversos setores da rede de atenção quando aumenta a severidade e a frequência da violência<sup>(22, 29)</sup>, para que o perpetrador não cometa violência novamente<sup>(30, 31)</sup>, para proteção dos filhos e para obterem ajuda institucional na resolutividade da sua demanda<sup>(31)</sup>.

Uma limitação deste estudo deve-se às fichas de atendimento, pois havia um grande número de itens não preenchidos, o que dificultou a análise. Não havia padronização em relação ao preenchimento das fichas. É importante enfatizar que nesta pesquisa analisaram-se as fichas de acolhimento inicial do serviço. Neste primeiro atendimento, o foco encontra-se no acolhimento da mulher e na escuta de suas queixas, o que pode explicar o não preenchimento de alguns itens.

Na devolutiva para o serviço de referência sobre a pesquisa realizada discutiu-se com os profissionais a necessidade de padronização do preenchimento para melhorar a qualidade das informações obtidas.

## Conclusões

As variáveis escolaridade, renda e condição de trabalho das mulheres que buscaram ajuda em Centros de Referência mostraram-se maiores e melhores do que estas condições em mulheres da população em geral que sofrem violência doméstica.

Verificou-se predomínio da violência psicológica, sendo que a ocorrência de algum tipo de violência recente foi o principal motivo de busca das mulheres pelo serviço. Considerando estes achados, enfatiza-se a necessidade de se pensar estratégias para trabalhar com a população em geral melhorando o acesso às informações sobre os direitos das mulheres, as relações de igualdade de gênero e os impactos da violência na saúde e qualidade de vida.

Conhecer o perfil das mulheres em situação de violência atendidas em um Centro de Referência pode fornecer subsídios para que sejam ampliadas as discussões sobre a atuação da rede de atenção, viabilizando o desenvolvimento e aprimoramento de estratégias para que se alcancem as mulheres que não acessam o serviço de referência.

Visando este fim sugere-se a divulgação do serviço e discussões com a população sobre questões de gênero, capacitações periódicas dos profissionais que atuam na rede de atenção às mulheres em situação de violência (principalmente equipes de saúde, assistência social, jurídico, polícia) para um melhor acolhimento das mulheres, desenvolvimento de escuta ampliada e conhecimento dos serviços de apoio para atendimento.

## Referências

1. Organización Panamericana de la Salud, Division de Salud y Desarrollo Humano. Programa de la Mujer ISyD. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. s/l: Organizacion Panamericana de la Salud; 1998.
2. Organization World Health. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. s/l: World Health Organization; 2013.
3. Abbaspoor Z, Momtazpour M. Domestic Violence and its related factors based a prevalence study in Iran. Glob J Health Sci. 2016;8(12):55206.
4. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in southern Sweden. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:228..

5. Ozcan NK, Gunaydin S, Citil ET. Domestic violence against women in Turkey: a systematic review and meta analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):620-9.
6. Kazaura MR, Ezekiel MJ, Chitama D. Magnitude and factors associated with intimate partner violence in mainland Tanzania. *BMC Public Health*. 2016;16:494.
7. Sgobero JKGS, Monteschio C, Vicentine L, Zurita RCM, Oliveira RR, Mathias TAF. Intimate Partner violence perpetrated during pregnancy: prevalence and several associated factors. *Aquichan*. 2015;15(3):339-50.
8. Adegbite OB, Ajuwon AJ. Intimate partner violence among women of child bearing age in alimosho LGA of Lagos State, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*. 2015;18(2):135-46.
9. Oliveira SF, Cardoso KRL, Almeida CAP, Cardoso LR, Gutfilen B. Violence against women: profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *Journal of forensic and legal medicine*. 2014;23:49-54.
10. Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053-75.
11. Soleimani R, Ahmadi R, Yosefnezhad A. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, Health & Medicine*. 2016:1-6.
12. Netto L, Moura M, Queiroz A, Tyrrell M, Pastor M. Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):458-64.
13. Al Dosary AH. Health impact of domestic violence against Saudi women: cross sectional study. *International journal of health sciences*. 2016;10(2):165.
14. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (Brasil): SEdPPpa; 2011.
15. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (Brasil): SEdPPpa; 2011.
16. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (BR). Norma técnica de uniformização: Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Brasília (Brasil): SEdPPpa; 2006.
17. Schraiber LB, Pires A, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital: revista de pensamento e investigación social*. 2012;12(3):237-54.

18. Sousa AKA, Nogueira DA, Gradim CVC. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde colet.* 2013; 21( 4 ): 425-431.
19. Moreira KdAP, Costa AMd, Marques JF, Fernandes AFC, Henriques ACPT. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência. *Rev Rene.* 2011 jul/set; 12(3):627-35.
20. Leite FMC, Bravim LR, Lima EdFA, Primo CC. Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor. *Rev pesqui cuid fundam(Online).* 2015;7(1):2181-91.
21. Khalifeh H, Hargreaves J, Howard LM, Birdthistle I. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *American journal of public health.* 2013;103(3):462-72.
22. Ergocmen BA, Yuksel-Kaptanoglu I, Jansen H. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence against Women.* 2013;19(9):1151-74.
23. Gomes NP, Diniz NMF, Camargo CL, Silva MPd. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2012;33(2):109-16.
24. Teixeira SVB, Moura MAV, Silva LRd, Queiroz ABA, Souza KVd, Albuquerque Netto L. Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015;49(6):882-9.
25. Cezario ACF, Lourenço LM. Violência conjugal contra o homem: uma análise bibliométrica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia.* 2013;6(1):144-56.
26. Silveira RS, Nardi HC. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. *Revista Psicologia & Sociedade.* 2014;26(spe).
27. Vieira LJEdS, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RMd. Factors associated to the imposition of types of violence against women informed in sentry services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2013;21:920-7.
28. Acosta DF, Gomes VLdO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2013;26:547-53.
29. Djikanovic B, Wong SLF, Jansen H, Koso S, Simic S, Otasevic S, et al. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Family Practice.* 2012;29(2):189-95.

30. Linos N, Slopen N, Berkman L, Subramanian SV, Kawachi I. Predictors of help-seeking behaviour among women exposed to violence in Nigeria: a multilevel analysis to evaluate the impact of contextual and individual factors. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(3):211-7.
31. Becker-Vieira L. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. *Aquichan*. 2013;13(2):197-205.

Artigo 3: Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em Centro Especializado brasileiro

**Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo atendidas em Centro Especializado brasileiro**

Daniella Yamada Baragatti<sup>1</sup>

Diene Monique Carlos<sup>2</sup>

Maria Neto da Cruz Leitão<sup>3</sup>

Maria das Graças Carvalho Ferriani<sup>4</sup>

Eliete Maria Silva<sup>5</sup>

**Resumo**

Este estudo analisou o comportamento de busca de ajuda de mulheres em situação de violência até um Centro Especializado brasileiro por meio de entrevistas e observação de grupo de apoio junto a mulheres sobreviventes à violência. As mulheres buscam ajuda quando as agressões se tornam graves, reportando-se inicialmente aos filhos, mãe, amigas e irmãs. Passam por diversos setores e serviços antes do acesso ao Centro Especializado, tais como policial, jurídico, saúde, social e comunitário. O atendimento é fragmentado e

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutoranda em Ciências, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: danybaragatti@gmail.com

<sup>2</sup> Pós-doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Livre-docente, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

dependente da postura do profissional que as atende. O Centro Especializado é reconhecido como importante local de apoio pelas mulheres.

**Palavras-chave:** Violência por Parceiro Íntimo; Violência doméstica; Maus tratos conjugais; Comportamento de busca de ajuda.

## Introdução

A violência contra a mulher emerge como um grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos no mundo contemporâneo. Aproximadamente um terço (30%) das mulheres que já esteve em um relacionamento experimentaram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, sendo que em algumas regiões tal índice chega a 38%. Quando se trata do total de assassinatos de mulheres, 38% dos casos foram cometidos pelo parceiro íntimo<sup>(1, 2)</sup>.

Em relação aos atendimentos em hospitais às mulheres vítimas de agressão, no Brasil 30,5% dos atos violentos foram praticados pelo companheiro ou ex-companheiro, sendo o domicílio o local mais frequente das agressões (47,5%)<sup>(3)</sup>.

Apesar da magnitude representada pelos índices de mortalidade e morbidade relacionados a este fenômeno, entende-se que tais situações representam o cume de uma pirâmide que permite uma melhor representação do problema. Nesta configuração, a sua base é composta por casos não fatais de agressões sofridas em dimensão ainda desconhecida. Isso significa, de acordo com recente relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a maior parte das pessoas que experiencia a violência nunca se reportará a serviços de proteção, mesmo sofrendo-a cotidianamente, o que gera a subnotificação de ocorrências<sup>(4)</sup>.

Segundo a literatura, há mecanismos fisiológicos que associam a exposição à violência a diferentes efeitos sobre a saúde por meio de respostas neurais, neuroendócrinas e imunes, complexas e interconectadas para estresse agudo e crônico<sup>(5-7)</sup>. Logo, pode haver implicações para a saúde mental e o funcionamento cognitivo, além do sistema imune se tornar suscetível, exacerbando o risco de câncer e infecções virais.

Além destes fatores, o estresse contínuo e elevado associa-se também a doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, distúrbios gastrintestinais, dores crônicas e desenvolvimento de diabetes mellitus<sup>(8)</sup>. O estresse durante a gravidez tem sido associado ao nascimento de recém-nascidos de baixo peso, trabalho de parto e nascimento prematuros<sup>(1)</sup>.

Fatores comportamentais de risco são relatados para além das respostas biológicas, tais como o fato de algumas mulheres buscarem manejar as consequências negativas da violência por meio do uso de álcool, medicação prescrita, tabaco e outras drogas<sup>(9)</sup>.

Outro fator de agravamento à saúde presente em situações de violência contra a mulher diz respeito ao controle psicológico em algumas relações de intimidade, manifestado nos comportamentos de controle por parte do parceiro, que visa limitar as interações sociais da mulher. Geralmente ocorre concomitante à violência física e sexual e sugere-se que tal controle pode limitar a habilidade da mulher em gerir suas decisões reprodutivas e sexuais, dificultando o seu acesso a serviços de saúde e proteção ou a sua adesão a tratamentos<sup>(2)</sup>.

A variação da prevalência da violência identificada entre comunidades, regiões e países demonstra tratar-se de fenômeno que não é inevitável, mas pode ser prevenido. Evidências científicas crescentes sobre os fatores que influenciam estas variações globais têm apontado características econômicas e socioculturais como vinculadas à cultura da violência contra a mulher.

Este fato também inclui a importância de mudanças em normas sociais patriarcais que reforçam o controle e a autoridade masculina sobre as mulheres, comportamentos geralmente aceitos como o de que a violência contra mulheres seria “perdoável” ou “justificável”. Como estratégias de prevenção à violência sugerem-se a redução de níveis de crianças expostas/testemunhas de atos violentos; a reforma de leis familiares discriminatórias; o fortalecimento dos direitos econômicos e legais femininos e a eliminação de inequidades de gênero no acesso à educação secundária e às vagas formais de trabalho<sup>(2)</sup>.

Tais movimentos de prevenção primária devem ser acompanhados da oferta de serviços organizados de acolhimento. O setor saúde possui papel essencial na resposta à violência contra a mulher, de modo que novas diretrizes clínicas e políticas da OMS enfatizam a urgente necessidade da integração das questões relacionadas à violência para preparo dos profissionais desse setor<sup>(10)</sup>.

Um aspecto importante para construir o cuidado voltado a esta população é a identificação de oportunidades para prover o suporte e conectar as mulheres com outros serviços de que precisam<sup>(11)</sup>. Para tal, entende-se ser importante conhecer o itinerário percorrido por estas mulheres a fim de identificar possíveis lacunas e fragilidades dos serviços e de suas conexões; as potencialidades do cuidado ofertado pelos diversos serviços

e setores, bem como os desafios presentes neste âmbito essencial à prevenção terciária da violência contra mulheres.

O presente estudo pautou-se nas orientações acima e sua principal contribuição é dar voz às mulheres em situação de violência buscando compreender o caminho por elas percorrido para obter apoio no enfrentamento deste fenômeno. Tal conhecimento no contexto brasileiro e em outros países em desenvolvimento ainda é incipiente, necessitando de discussões mais profundas e com aporte teórico que permita sua compreensão.

Os serviços de saúde devem integrar uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência diante da complexidade do problema, que prescreve a atuação conjunta de áreas como educação, segurança pública, assistência social, cultura. A atuação articulada entre instituições e serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade em geral, objetivando ampliar e melhorar a qualidade do atendimento assim como a identificação e o encaminhamento adequado dessas mulheres, são medidas urgentes para a melhoria no atendimento e na prevenção desse fenômeno<sup>(12)</sup>.

### **Referencial teórico**

A OMS propõe o modelo ecológico para a compreensão da violência, baseado na evidência de que nenhum fator singular pode explicar o maior risco ou maior proteção de algumas pessoas ou grupos à violência interpessoal. Este fenômeno resulta da interação de múltiplos fatores nos campos individual, relacional, comunitário e social requerendo a articulação de ações e intervenções nos vários níveis de cuidado e setores<sup>(13)</sup>.

No Brasil, como resposta às reivindicações de movimentos feministas, a partir da década de 1980, o Estado inicia a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres, neste período sendo inaugurados a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a primeira Casa-abrigo<sup>(12)</sup>.

As DDM são unidades de polícia especializadas no atendimento, proteção, prevenção e investigação às mulheres em situação de violência. Nelas atuam somente mulheres capacitadas para o acolhimento e orientação dos casos, sendo o órgão que realiza Boletins de Ocorrência e solicita medidas protetivas ao sistema judiciário. Já as Casas-abrigo são locais

mantidos em sigilo destinados a acolher mulheres em situação de violência que obtiveram medidas protetivas por haver risco de morte<sup>(17)</sup>.

Seguindo este movimento são criadas diversas normas e leis com o objetivo de sistematizar o enfrentamento da violência contra a mulher, tais como a Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual<sup>(14)</sup>; a promulgação da Lei 10.778/2003, que tornou compulsória a notificação de casos de violência contra a mulher; e a criação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), específica para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher<sup>(15, 16)</sup>.

As ações para o enfrentamento da violência contra a mulher são ainda ampliadas por meio da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, que cria novos serviços de atenção com a proposta de construção de redes de atendimento às mulheres em situação de violência <sup>(12)</sup>.

No Brasil, estas redes são definidas como o conjunto de ações e serviços de diversos setores que podem ser especializados ou não no atendimento às mulheres em situação de violência. Na assistência social, o país possui serviços de referência localizados em bairros considerados mais vulneráveis socialmente, aproximando-se da população que busca auxílio socioassistencial por meio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Há também abrigos transitórios onde as mulheres podem hospedar-se caso decidam, por exemplo, deixar sua casa<sup>(17)</sup>.

No setor judiciário, a chamada Defensoria Pública garante à população de baixa renda o acesso gratuito a advogados. Em caso de ocorrências policiais, a mulher pode recorrer à delegacia mais próxima, buscar o atendimento especializado na DDM ou ainda acionar a polícia via telefone. Também é possível fazer denúncia anônima por meio do telefone 180<sup>(17)</sup>.

A organização do sistema de saúde no Brasil acontece por meio da Atenção Primária à Saúde (APS). Existem Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), compostas por equipes multiprofissionais e localizadas em bairros para atender a uma população específica, com enfoque na prevenção de agravos e olhar para a família<sup>(18)</sup>. Alguns dos Hospitais possuem setores específicos voltados ao acolhimento e atendimento de mulheres que sofreram violência sexual<sup>(17)</sup>.

Tal rede de atendimento oferece ainda serviços de atenção especializados no enfrentamento da violência contra a mulher. Os Centros Especializados buscam promover a ruptura da situação de violência enfrentada por meio do atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) e que articula serviços governamentais e não-governamentais contribuindo, assim, para o fortalecimento da mulher e o resgate de sua cidadania<sup>(19)</sup>.

Apesar da importância dos Centros Especializados como espaços de apoio e da existência deles como parte estratégica da Política Nacional de Atenção às Mulheres em situação de violência, chegar a esses serviços nem sempre é algo fácil e linear. A sequência de decisões e ações executadas pelas mulheres em situação de violência, bem como as respostas encontradas em sua busca por soluções, é chamada de “rota crítica” e delinea os passos antes da chegada aos Centros de Referência<sup>(11)</sup>.

Para a definição do conceito de rota crítica, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou um estudo multicêntrico em dez países da América Latina que investigou os caminhos percorridos pelas mulheres em situação de violência e a atuação dos serviços que atendem esta população<sup>(11)</sup>. Tal definição proposta pela OPAS é associada em outros países ao termo “comportamento de busca de ajuda”.

A rota crítica é um processo interativo constituído por fatores que impulsionam ou inibem tanto as mulheres afetadas e suas ações, como a resposta social então encontrada, que é determinante na rota<sup>(11)</sup>. A tomada de decisão das mulheres é influenciada pela informação, pelo conhecimento, por suas percepções e atitudes, recursos disponíveis, experiência anterior, valorização da situação e apoios ou obstáculos encontrados. No âmbito institucional, as respostas estão associadas ao acesso, disponibilidade e qualidade dos serviços, e são determinadas tanto por fatores estruturais e normativos, quanto pelas representações sociais, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos. Estes fatores interrelacionados atuam na subjetividade da mulher fortalecendo ou debilitando suas decisões de começar e continuar sua busca por soluções<sup>(11)</sup>.

Tendo em vista a proporção da violência contra as mulheres e a importância dos Centros Especializados como recurso de apoio e enfrentamento à violência, busca-se com este trabalho conhecer e analisar a rota crítica de mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo até o Centro Especializado de um município brasileiro.

## **Percurso metodológico**

### **Tipo de estudo**

Pesquisa de abordagem qualitativa, entendida como aquela destinada ao estudo das relações sociais, relacionada ao fato da pluralização da vida mundial. O crescimento da individualização de caminhos de vida e padrões biográficos, bem como a dissolução de velhas inequidades sociais em novas diversidades de meios sociais, culturas, estilos de vida emergem como relevantes aos desafios desta abordagem. Permite o reconhecimento das perspectivas dos participantes diretamente envolvidos em determinado fenômeno e o respeito às suas singularidades e diversidades; a reflexão do pesquisador em sua pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento; a possibilidade e variedade de aproximações e métodos. O olhar para o contexto particular, local e temporal é aspecto importante para a descrição histórica, específica e concreta de sistemas de conhecimentos, práticas e experiências<sup>(20)</sup>.

### **Local e participantes**

Pesquisa realizada em Centro Especializado de assistência às mulheres em situação de violência de um município com mais de 1 milhão de habitantes, localizado no estado de São Paulo, Brasil. Economicamente, o estado de São Paulo é o mais rico do país, com a maior presença de indústrias e atividades produtivas, sendo também o estado onde se localiza o maior município do país.

O Centro Especializado oferece o atendimento individual com psicóloga, assistente social e advogada, e viabiliza às mulheres, ainda, a participação em oficinas para aprendizagem de atividades como corte de cabelos, um local adequado para deixar os filhos com uma educadora social durante o atendimento, e grupo de apoio com encontros semanais, passeios, entre outras atividades.

A amostra compôs-se por mulheres que buscaram atendimento neste serviço entre os anos de 2013 a 2016, e considerou-se como critérios de inclusão: (I) possuir mais de 18 anos; (II) ter sofrido violência doméstica por parte do parceiro íntimo de qualquer natureza; (III) ter buscado auxílio no Centro Especializado e (IV) ter dado continuidade aos atendimentos estando pelo menos pela segunda vez no serviço.

### Coleta de dados

A coleta de dados deu-se entre os meses de setembro de 2015 a novembro de 2016, por meio de entrevistas com mulheres em atendimento e observação participante do grupo de apoio.

Selecionou-se as participantes das entrevistas por conveniência e de maneira intencional, com tamanho definido por saturação, totalizando dez entrevistas em profundidade<sup>(21)</sup>. Utilizamos como guia o instrumento elaborado pela OPAS para investigar a rota crítica de mulheres em situação de violência, traduzido e validado por pesquisadoras brasileiras<sup>(11, 22)</sup>.

Iniciou-se as entrevistas perguntando sobre as características sociodemográficas das entrevistadas, como idade, estado civil, escolaridade, quantos filhos, lugar de residência, ocupação e renda familiar. Em seguida, abordaram-se as experiências de violência intrafamiliar vividas, o processo vivenciado na busca de solução para os problemas de violência intrafamiliar e, por último, as percepções, significados e informações que cada mulher possui sobre a violência intrafamiliar e as respostas encontradas na busca por ajuda.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de voz para aparelhos celulares e, posteriormente, transcritas manualmente. A entrevista mais longa apresentou uma hora, 57 minutos e 15 segundos de duração, enquanto que a mais curta durou 26 minutos e 41 segundos.

A observação participante desenvolveu-se nas atividades do Centro Especializado, principalmente acompanhando o grupo de aproximadamente 15 mulheres em encontros semanais com duas horas de duração, o que auxiliou a complementação dos resultados. Totalizou-se 30 horas de observação.

No grupo, conduzido pela psicóloga do serviço, observou-se o trabalho sobre questões de autoestima, gênero, ciclo da violência, indagações sexuais e de saúde, entre outros assuntos trabalhados por meio de dinâmicas (escolha de imagens para discussão, vídeos, notícias divulgadas na mídia), práticas corporais, utilização de uma caixa para inserção de perguntas anônimas, além das falas das participantes, que trazem questões da vida pessoal e de seu relacionamento diário.

A participação deu-se em 15 grupos diferentes, totalizando mais de 30 horas de observação. Após os encontros do grupo registraram-se as anotações em diário de campo: as pessoas presentes naquele dia, assuntos abordados, técnicas utilizadas, principais falas das mulheres, além de impressões a respeito do ambiente e eventuais intercorrências.

### **Considerações éticas**

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos e foi aprovada tanto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Parecer nº. 1.073.136/2015), quanto pelos órgãos públicos vinculados à Cidadania, Inclusão, Assistência Social e Saúde, além de obter autorização da coordenação do Centro Especializado no atendimento às mulheres em situação de violência. Manteve-se o anonimato das participantes com o uso de nomes fictícios, sendo suas informações coletadas apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Análise dos dados**

A análise de dados foi realizada a partir da técnica de análise temática indutiva, um método para identificar e analisar padrões de dados qualitativos vinculados principalmente à linguagem utilizada pelas participantes<sup>(23)</sup>.

Seguiram-se os seguintes passos: (I) familiarização com os dados – após transcrição das entrevistas e junção aos materiais provenientes da observação participante; (II) codificação das informações relevantes obtidas nos dados extraídos – em função das questões de pesquisa códigos foram utilizados para capturar a leitura semântica e conceitual dos dados; (III) busca por temas coerentes e significativos para o padrão dos dados relevantes – os códigos criados a partir das respostas às perguntas de pesquisa foram agrupados nestes temas; (IV) revisão de temas – checagem se os temas estão de acordo com os códigos de dados extraídos e sua relação com o conjunto geral de dados para serem considerados representativos do perfil analisado; (V) definição e nomeação dos temas – escrita detalhada da análise de cada tema identificando suas características essenciais; (VI) escrita final – elemento integral da análise temática, que envolve a tessitura conjunta da composição analítica bem como sua contextualização com literatura relevante da área, dispositivos legais e articulação com conceitos teóricos.

## Resultados e discussão

A média de idade das mulheres que buscaram o Centro Especializado foi de 40,10 anos. A maioria era casada, detentora de renda, possuía residência própria e Ensino Médio completo, considerado alta escolaridade em relação à média no Brasil.

### O início da rota crítica: para quem contam e por que decidem buscar ajuda?

Verificou-se que as mulheres decidiram buscar ajuda quando as agressões ficaram mais graves; quando a situação se tornou insustentável ou houve alguma situação extrema como, por exemplo, uma filha tentar suicídio pela situação de violência em que se encontrava a mãe:

*(...) Aí ele me agrediu e eu falei “Não! Chega! 60 anos, quase 61 anos apanhando!” (...) Porque eu não estou tendo uma vida (chorando). (...) Então eu saí quando achei que tinha que sair, porque eu não estava mais aguentando. (...) E também porque eu vi que o negócio era muito sério, né? Porque do jeito que ele me agrediu eu amanheci com o rosto todo inchado, o olho inchado. [Maria]*

*(...) Na semana em que minha filha estava tendo provas ele parece que ficou mais atacado ainda, começou a me xingar e a gente não dormia, e acabou que as crianças também não dormiam. Minha filha foi muito mal nas provas. Aí ela pegou e tomou um monte de remédio uns dois dias antes do natal. [Fernanda]*

A busca por ajuda também cresceu conforme aumentou a gravidade da violência, corroborando pesquisas no Canadá, Sérvia, Turquia, México e África<sup>(25-29)</sup>. Considera-se como o início da rota crítica quando as mulheres decidem romper o silêncio revelando sua situação para alguém externo ao seu convívio doméstico e familiar imediato, o que desencadeia as respostas encontradas pelas mulheres ao longo desse processo<sup>(11)</sup>.

Quando questionadas se contaram para alguém sobre a situação de violência, citou-se principalmente o apoio dos filhos:

*(...) Ela falou pro agressor: “Não! Aqui você não entra. E vai embora senão eu vou chamar a polícia!”. Aí ele saiu, foi embora. Aí ela falou “Mãe, você não vai mais embora. Você vai*

*ficar aqui na minha casa”. Aí ela pegou a chave e correu na outra casa pegar roupa pra mim, né? Correu lá, pegou umas roupas e voltou pra casa dela, onde eu fiquei [Maria].*

Outros apoios citados pelas mulheres referiam a mãe, as amigas e irmãs. As redes informais, particularmente família e amigas do sexo feminino, têm papel fundamental na prestação de assistência, pois muitas vezes ligam as mulheres aos serviços formais<sup>(30)</sup>. Para algumas mulheres, este foi o apoio percebido como mais importante na busca de ajuda, juntamente com o dos filhos.

Assim como nesta pesquisa, nos Estados Unidos da América (EUA), México e África, o principal apoio relatado por mulheres em situação de violência foi o da família<sup>(28, 29, 31)</sup>. Outra pesquisa brasileira corrobora a importância da família no início da rota crítica, uma vez que a maioria das mulheres não buscou apoio formal, contando somente para a família a situação de violência vivida<sup>(32)</sup>.

No entanto, apesar de saberem da situação de violência vivida pela mulher, muitas vezes os filhos, as mães e os membros da família não são percebidos pelas mulheres como fonte de apoio, conforme percebemos na fala a seguir:

*(...) contei sobre as brigas pra minha mãe, contei pros meus irmãos, contei pra todos eles, mas acharam que era uma briguinha à toa e que depois eu e o cara iríamos voltar. Aí quando eles viram que não era coisa boba, que eu fui agredida... Bom, já era tarde demais e ninguém podia me ajudar mais [Luzia].*

Verificou-se esta mesma não percepção da família e do meio social como apoio, embora soubessem da situação de violência enfrentada pela mulher, em estudo com mulheres em situação de violência na Turquia<sup>(27)</sup>. Tal aspecto emerge como relevante dificultador para enfrentamento da violência sofrida, visto a importância que este apoio não formal tem para o manejo desta situação, além de reforçar a culpa sobre a mulher<sup>(27)</sup>.

#### O setor policial e judiciário

Apesar da DDM ter sido o serviço que mais encaminhou mulheres em situação de violência para o Centro Especializado, constata-se que o atendimento nesse serviço é um dos mais criticados pelas mulheres. Na DDM elas são constantemente desencorajadas a dar continuidade no processo, incentivadas a dar uma nova chance ao companheiro e tratadas com frieza e descaso:

(...) *A mulher da DDM olhou bem pra minha cara e disse: “Você tem certeza de que quer, como que fala?, quer processar eles? Porque se você processar, ele vai pagar alguma cesta básica e vai ficar por isso mesmo”. (...) Pra mim essa atitude foi um descaso total, pois eu estava toda roxa. Não tinha um lugar em que você punha o dedo no meu corpo e falava “Aqui não tem marca”... [Patrícia].*

(...) *Aí as atendentes da DDM falaram: “Ah, tenta mais uma vez. Se ele quiser te agredir você volta aqui de novo”. Então voltei para casa e fui intimidada novamente. Ele perdeu o controle de novo. Então eu voltei lá na DDM outra vez e elas disseram: “Ah!, quer o quê? Quer que alguém daqui vá lá na sua casa com camisa de força pra trazer o Fulano pra cá? Isso aí nunca vai acontecer” [Elaine].*

Destaca-se que as DDM se configuram como importante recurso para o atendimento de mulheres em situação de violência, sendo que o Brasil foi pioneiro na criação deste tipo de serviço. Porém, trata-se de uma política que tem tido pouco investimento no país.

As profissionais que atendem na DDM devem ser capacitadas para melhor acolhimento e atendimento das mulheres em situação de violência, principalmente por se tratar do serviço com maior contato e potencial de auxílio junto a essas mulheres, reconhecido e legitimado pela população. A capacitação dos profissionais da DDM em comunicação não violenta foi sugerida por participante com o objetivo de melhorar o atendimento prestado:

*Eu acho que as pessoas, principalmente a polícia, deveriam fazer estudos sobre comunicação não violenta. Eu faço. Já vai pra 3 meses que eu tô nesse estudo sobre empatia. E eu aprendi muita coisa. Eu acho que eles deveriam fazer, entendeu? Que a empatia, a comunicação não violenta, ia por eles um pouco no lugar do outro. Eu acho que eles deveriam fazer isso. Porque você vai lá na DDM com um problema e ele vem com o relatório pronto. É aquilo que eles pensam e pronto! Quer dizer, num olhou “olho no olho”, entendeu? Não conversou comigo, ele fingiu que me ouviu. Cabeça deles está onde?! [Patrícia].*

Conclui-se que os dados encontrados sobre a DDM são semelhantes aos identificados na região sul do Brasil, onde a maioria das mulheres buscou este serviço e avaliou negativamente o atendimento recebido<sup>(22)</sup>. A única avaliação positiva do atendimento foi relatada em uma delegacia convencional, não especializada em atendimentos das mulheres:

*(...) O atendente era homem o atendimento foi normal. Até me orientou, né?, falou pra mim que era pra dar continuidade, porque muitos casos começam com uma agressão e depois pode chegar a virar até algo pior, um caso assim de morte, né? Quem me atendeu explicou bem isso de que o que eu sofri foi uma agressão. Ele falou pra dar continuidade, pra ir na DDM, ele orientou [Camila].*

O fato de o único relato positivo de atendimento em delegacia não ter acontecido em uma DDM pode demonstrar que um bom atendimento está relacionado ao perfil de quem atende, independentemente do local. Assim, destaca-se a importância de todos os profissionais dos serviços da rede de atenção às mulheres em situação de violência serem capacitados com o objetivo de melhorar o acolhimento ofertado.

Registrou-se Boletim de Ocorrência devido às situações de violência, geralmente mais de uma vez em mais da metade das entrevistadas realizadas. Porém, segundo a fala dessas mulheres, o registro do Boletim de nada adiantou.

Outro atendimento criticado pelas mulheres é o da Polícia. Segundo os dados obtidos, acionou-se a Polícia na maioria das vezes no momento em que passavam por agressão, porém a resposta encontrada geralmente não foi positiva:

*(...) Ai o policial falou assim: “Olha, senhora, a gente não pode fazer nada. Ele não bateu na senhora, não arrancou sangue, então a gente não pode levar ele preso”, e era sempre assim [Carol].*

Ao observar-se Turquia, EUA, México e Brasil encontram-se resultados semelhantes. A maior parte das mulheres em situação de violência que buscou ajuda formal acionou a polícia<sup>(27, 32-34)</sup>. Na região sul do Brasil, pesquisa realizada para conhecer a rota crítica de mulheres em situação de violência indicou que a polícia é incapaz de assegurar as medidas protetivas em vigor<sup>(22)</sup>.

A avaliação geralmente negativa do atendimento prestado pela polícia ressalta a importância de ações voltadas a esses servidores com o objetivo de melhorar o atendimento dos serviços. Além de políticas e mobilizações reivindicando o aumento do efetivo profissional, de maneira a garantir a segurança das mulheres em situação de violência, mostra-se necessário capacitar os profissionais hoje atuantes para lidar com esse público.

Verificou-se também que algumas mulheres buscaram o sistema judiciário com o principal objetivo de se separarem do marido violento. A avaliação do serviço foi ruim na

maioria das vezes, pois considerou haver certa imposição da postura de reconciliação com o companheiro. Os achados deste empreendimento são corroborados por pesquisa no sul do país que apontou em relatos a pressão dos trabalhadores do setor jurídico para que as mulheres permanecessem na situação de violência<sup>(22)</sup>.

*(...) eles falavam assim: “Não, é porque tem que ser assim mesmo, tem que ter uma reconciliação. Não pode ser assim e na primeira vez já ir separando”. Só que depois que acontece uma morte durante o casamento, uma coisa pior como essa, quem é que vai ser responsabilizada? Não são eles [Ivone].*

Houve a avaliação positiva do sistema judiciário por parte de uma mulher cuja indicação para o Centro Especializado se deu por meio da assistente social da Defensoria Pública, que além de encaminhá-la também a acompanhou até o serviço:

*(...) Nós marcamos e na hora em que cheguei, com 5 minutos de atraso, ela já estava lá buscando meios de saber se eu chegaria. Eu estava falando com ela: “Já estou te vendo, estou descendo!”. Ela veio aqui no Centro comigo a primeira vez [Maria].*

### O setor saúde

As mulheres buscam os serviços de saúde muitas vezes ao longo da vida, nos diversos níveis de atenção. Porém, embora o motivo dessas buscas sejam queixas relacionadas à violência (depressão, ansiedade ou lesões físicas, por exemplo), na maioria das vezes não informam no atendimento que sofrem violência.

Desvelou-se nesta pesquisa relatos da busca por atendimento nas unidades de APS, unidade de emergência e mesmo no serviço de especialidades de um hospital. Estudo realizado no Japão corrobora os achados quanto à busca de serviços de saúde relacionada à agressão física e lesões<sup>(35)</sup>, com mulheres em situação de violência geralmente omitindo sua real condição:

*(...) Ah, eu até desmaiava. Aí perguntavam o que acontecia e minhas filhas falavam: “Acho que é porque ela trabalha demais, chega muito cansada...”. Falavam isso porque eu pedia pra não falarem a verdade. Ficava nisso mesmo [Elaine].*

Os dados da OMS igualmente corroboram os apontamentos deste estudo, que enfatizam que os profissionais de saúde são os primeiros a terem contato com mulheres em situação de violência, uma vez que elas geralmente buscam cuidados em saúde devido a

lesões de agressões, mesmo que não digam o real motivo do agravo<sup>(10)</sup>. Entre as mulheres em situação de violência que buscaram os serviços de saúde, muitas almejavam encontrar tratamento para o marido devido à bebida alcoólica, atribuindo ao alcoolismo o uso recorrente da violência e nutrindo esperança de que as agressões cessariam caso o homem parasse de beber:

*(...) Aí o que eu queria era um tratamento pra ele... Um encaminhamento pra ele se tratar porque ele sempre foi um homem trabalhador, amoroso com a família. Depois da bebida é que começou a ficar assim [Marlene].*

Com relação à percepção da efetividade dos serviços de saúde oferecidos à mulher em situação de violência, observou-se que tanto hospitais quanto unidades de APS possuem como prática o encaminhamento a outros serviços de atenção como, por exemplo, o Conselho Tutelar e o Centro especializado. Assim, as mulheres percebem-se ajudadas quando se sentem acolhidas, têm suas queixas ouvidas e, principalmente, quando são encaminhadas a outro serviço.

*(...) A Fátima conversava comigo, tentava me tranquilizar... Eu falava pra ela que estava daquele jeito por causa do meu marido, que ele bebia muito e me agredia em palavras. Ela já me conhecia, conversava comigo, tentava me tranquilizar [Carol].*

*Eu fui ao postinho, aí o psicólogo de lá me encaminhou aqui [pro Centro Especializado](...) meu psicólogo falou assim: “ Vai lá no [Centro especializado], conversa lá, vê o que eles podem fazer” [Ivone].*

Tal acolhimento à mulher em situação de violência, reconhecido nos serviços de saúde brasileiros, corresponde ao ponto de vista de mulheres sérvias em situação de violência, que consideram os serviços de saúde como as instituições com maior potencial para ajudar em casos de violência por parceiro íntimo<sup>(26)</sup>. Neste sentido, destaca-se o potencial da APS para a detecção, acolhimento e encaminhamento dos casos de violência, por se tratarem de serviços próximos e disponíveis à comunidade.

Houve mulheres que avaliaram negativamente o atendimento recebido. Afirmaram, nestes casos, que a unidade de APS nem sempre possui profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, o que dificulta o atendimento às mulheres em situação de violência,

e que não se encaixam em um perfil para encaminhamento a outros serviços que disponham destes profissionais.

No hospital, a crítica foi relacionada à falta de sensibilização dos profissionais que prestaram atendimento, percebida em atitudes que culpabilizam as mulheres pela situação de violência:

*(...) “Ah, se apanhou do marido é porque alguma coisa fez” (...), era esse o comentário de um profissional com o outro: “Alguma coisa ela fez” [Patrícia].*

As atitudes relatadas no presente estudo explicam-se pelo fato de que os profissionais de saúde têm dificuldades em lidar com problemas como a violência, não reconhecendo essa situação como pertinente ao seu campo de atuação. Tal consideração corrobora estudo realizado no mesmo município da atual pesquisa, em que os profissionais da APS desvelaram dificuldades para o manejo e co-responsabilização em casos de violência envolvendo crianças e adolescentes. Diante de situação assim terminam por não saber como agir, replicando atitudes sem senso crítico e identificando-se às normas culturais da sociedade patriarcal<sup>(24)</sup>.

Constata-se que todas as entrevistadas tiveram contato com serviços de saúde por questões relacionadas à violência, o que é semelhante ao encontrado em pesquisa no Canadá, onde 81,8% das mulheres em situação de violência tiveram contato com serviços de saúde no último ano <sup>(36)</sup>.

#### O setor social e comunitário

As mulheres buscaram com frequência o serviço social como forma de auxílio, principalmente por meio do CRAS. Mais uma vez, a avaliação do serviço relacionou-se à forma como foram tratadas pelo profissional que as atendeu, sendo positiva quando se sentem acolhidas e são encaminhadas a outro serviço. De acordo com estudo realizado no mesmo município, a atenção à violência é “pessoa-dependente”. Muitas chegaram ao Centro Especializado por indicação de assistentes sociais não só do CRAS, mas também do abrigo, da Defensoria Pública e de uma ONG.

*(...) Aí eu fui no CRAS do bairro onde eu moro e conversei com a assistente social. Ela logo me passou pra conversar com a psicóloga e me encaminhou pra atendimento aqui o Centro Especializado [Camila].*

A avaliação negativa ao atendimento deste serviço relaciona-se ao fato do primeiro atendimento ter sido grosseiro. Nas entrevistas notou-se que voltar a qualquer serviço para atendimento está diretamente ligado à forma como são tratadas pelos profissionais na primeira vez em que buscam ajuda, o que reforça a importância da capacitação de todos os profissionais da rede em relação ao atendimento de pessoas em situação de violência.

Em pesquisa no Canadá sobre a demora em buscar ajuda em situações de violência, os autores descreveram características consideradas importantes nos profissionais para que as mulheres revelem sua situação, tais como alta taxa de confiança, atitudes de não julgamento, postura de ouvir amigavelmente e escuta que atravesse culturas<sup>(36)</sup>.

As mulheres em situação de violência também buscaram auxílio em instituições que atendem a comunidade, tais como Organizações não governamentais (ONG), organizações sem fins lucrativos ou instituições religiosas.

Geralmente, quando em situação de violência, as mulheres recebem a indicação de locais que atendem a comunidade no próprio bairro onde moram, prestando diversos auxílios. Entretanto, buscam essas instituições sem saber exatamente de que maneira podem ser auxiliadas. Uma das participantes relatou ter recebido indicação para procurar uma instituição católica no bairro onde mora, tendo conhecimento sobre o Centro Especializado por indicação desta instituição. Religiosos foram descritos como potenciais recursos de proteção ou ajuda em pesquisa realizada nos EUA, o que ratifica nossos achados<sup>(37)</sup>.

Outras mulheres tiveram sua situação de violência relatada pelos filhos em locais onde são atendidos, como ONGs e Organizações sem fins lucrativos voltadas a crianças e jovens. Nas entrevistas realizadas nesta pesquisa percebeu-se que os filhos contaram a terceiros a situação de violência cometida contra a mãe, ocasião em que os profissionais abordaram as mães para conversar. Ao serem questionadas, relataram a situação vivenciada e são encaminhadas ao Centro Especializado para mulheres em situação de violência. Destaca-se, assim, a importância dos profissionais estarem sempre atentos à possibilidade da ocorrência de violência, indagando nos atendimentos essa questão.

O Centro Especializado como alicerce no atendimento às mulheres em situação de violência

Todas as mulheres avaliaram o Centro Especializado positivamente, afirmando que se sentem bem no serviço e se percebem acolhidas para esquecer um pouco os problemas, poder chorar ou dizer o que pensam sem julgamentos:

*(...) Eu procurei ajuda do [Centro Especializado] justamente porque o que eu precisava naquele momento, naquela hora, era conversar com alguém que entendesse o meu lado e não que me julgasse [Leia].*

Algumas mulheres relataram, ainda, que o Centro Especializado foi o apoio mais importante que encontraram em sua rota crítica, pois nele aprenderam a lidar melhor com a situação. Disso advém relatos de mulheres que gostariam de passar mais tempo no serviço:

*(...) Eu gostei mais daqui, eu gosto. Se eu pudesse eu ficava todo dia aqui [Ivone].*

Nas observações participantes realizadas junto ao Grupo de apoio – um dos serviços ofertados pelo Centro Especializado – percebeu-se o quão importante é este espaço de empoderamento e alívio do sofrimento. Nesses encontros as mulheres trocam experiências, conversam sobre diversos assuntos, esclarecem dúvidas e expõem seus sentimentos sem medo. Assim, mesmo que não tenham deixado a situação de violência, o Centro Especializado destaca-se como importante recurso para essas mulheres, onde encontram compreensão e atitudes de não julgamento.

As recomendações de um estudo realizado por pesquisadoras inglesas na África Ocidental são de que as intervenções relacionadas às mulheres em situação de violência devem concentrar-se mais na prevenção do que em mecanismos para as mulheres deixarem os relacionamentos violentos, respeitando assim as decisões das mulheres<sup>(29)</sup>.

Percebeu-se que as mulheres procuram vários serviços antes de chegarem a uma oferta especializada com profissionais capacitados para atender casos de violência doméstica contra a mulher. Desta forma, enfatiza-se a importância de os profissionais da rede de atenção à mulher serem constantemente sensibilizados a conhecer melhor o perfil desse público e os serviços oferecidos no Centro Especializado, pois assim poderão realizar o encaminhamento mais adequadamente, uma vez que nem todos o fazem.

Encontrou-se nesta pesquisa que muitas mulheres souberam do Centro Especializado no atendimento de violência por parceiro íntimo pela mídia ou por meio de palestras. Assim, reforça-se a importância do tema ser discutido e ampliado nos veículos de imprensa, bem

como a necessidade constante de palestras que divulguem a existência do serviço nas comunidades.

A ausência de um Centro Especializado de referência para o atendimento de mulheres em situação de violência no sul do Brasil evidenciou-se como um dos pontos críticos apontados por mulheres em sua rota crítica, o que reitera, mais uma vez, a importância deste local para as mulheres<sup>(22)</sup>.

A avaliação do Centro Especializado deu-se positivamente por todas as entrevistadas, talvez porque os sujeitos desta pesquisa tenham sido mulheres atendidas neste serviço, sendo esta uma das limitações deste estudo. Outra limitação diz respeito a não realização de entrevistas com profissionais que atendem as mulheres em situação de violência, o que poderia ampliar as discussões.

### **Considerações finais**

Apesar da importância do atendimento em rede para mulheres em situação de violência, na prática percebe-se que o atendimento é fragmentado, segundo os discursos das mulheres atendidas. O Centro Especializado é reconhecido como apoio fundamental para as mulheres em situação de violência, sendo importante que os municípios implantem este serviço. Além disso, é importante que as equipes sejam ampliadas nos Centros já existentes para que os profissionais possam realizar ações nos territórios alcançando cada vez mais a comunidade.

A qualidade do suporte oferecido pela rede de atenção às mulheres em situação de violência depende muito das pessoas que atuam nela. Além dos esforços governamentais para manter a rede estruturada, é fundamental a educação permanente dos profissionais atuantes, uma vez que a avaliação positiva do serviço está relacionada à postura de quem atende e ao conhecimento dos serviços disponíveis por esses profissionais. Assim, sugere-se capacitações técnicas periódicas dos profissionais, em seus locais de trabalho, de forma contextualizada e por meio de metodologias ativas.

O encaminhamento das diversas unidades de saúde para outros serviços e, especialmente, para o Centro Especializado, deve ser precedido por postura profissional acolhedora, ética e conhecimento técnico, visando uma efetiva ajuda às mulheres em situação de violência. Novos estudos que vislumbrem os olhares de profissionais para estas vivências, com abordagens qualitativas, são recomendados.

## Referências

1. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol.* [on-line] 2011 Set [acesso em 30 nov 2016]; 38(3):351-84, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.007>
2. World Health Organization (WHO). London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). South African Medical Research Council (SAMRC). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes 2009, 2010 e 2011. Brasília (DF): Ministério da Saúde Brasília; 2013. Disponível em: URL: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf)
4. World Health Organization (WHO). Global status report on violence prevention 2014. Luxemburgo: WHO; 2014. Disponível em: URL: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf>
5. Black MC, Breiding MJ, National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence - United States, 2005. *MMWR* [on-line] 2008 Fev 8 [acesso em 13 nov 2016]; 57(05):113-7. Disponível em: URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5705a1.htm>
6. Howard L, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med.* [on-line] 2010 Jun [acesso em 10 nov 2016]; 40(6):881-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S003329170999158>

7. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med.* [on-line]. 2011 Jun 17 [acesso em 22 set 2016]; 5(5):428-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1559827611410265>
8. Miller AH. Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatr Clin North Am.* [on-line] 1998 Jun [acesso em 23 ago 2016]; 21(2):443-63. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9670236>
9. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. 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.* [on-line] 2008 Abr [acesso em 22 set 2016]; 371(9619): 1165-72. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
10. World Health Organization (WHO). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf)
11. Sagot M, Carcedo A, Guido L (coord.). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina - Estudios de caso en diez países. Organización Pan Americana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000 [acesso em 12 set 2016]. Disponível em: URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165880/1/9275323348.pdf>
12. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. POLÍTICA NACIONAL de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011 [acesso em 15 set 2016]. Disponível em: URL: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
13. World Health Organization (WHO). Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (editors). World report on violence and health. [on-line] 2002 [acesso em 13 ago 2016]. Disponível em: URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)

14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes – Norma Técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, v. 4); Disponível em: URL: [http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo\\_01.pdf](http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_01.pdf)
15. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília (DF): Presidência da República; 2003. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)
16. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Presidência da República; 2006. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
17. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. PACTO NACIONAL pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011 [acesso em 15 set 2016]. Disponível em: URL: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
19. Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Norma técnica de uniformização: Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 12 set 2016]. Disponível em: URL: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
20. Flick U. An introduction to qualitative research. 5a ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2009.
21. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7a ed. São Paulo: Atlas, 2010.
22. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores

- em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [on-line] 1998 [acesso em 13 dez 2016]; 27(4):743-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013>
23. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist*. [on-line] 2013 [acesso em 11 set 2016]; 26(2):120-3. Disponível em: URL: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155>
24. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina*. [on-line] 2013 [acesso em 12 set 2016]; 92(2):134-40. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v92i2p134-140>
25. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. [on-line] 2010 Mar [acesso em 07 out 2016]; 70(7):1011-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.009>
26. Djikanovic B, Wong SL, Jansen HA, Koso S, Simić S, Otasević S, Lagro-Janssen A. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Fam Pract*. [on-line] 2012 Abr [acesso em 10 set 2016]; 29(2):189-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmr061>
27. Ergöçmen BA, Yuksel-Kaptanoğlu I, Jansen H. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women*. [on-line] 2013 Set [acesso em 25 set 2016]; 19(9):1151-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213498474>
28. Frías SM, Agoff MC. Between support and vulnerability: examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. *J Fam Viol*. [on-line] 2015 Abr [acesso em 27 nov 2016]; 30(3):277-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-015-9677-y>
29. Horn R, Puffer ES, Roesch E, Lehmann H. 'I don't need an eye for an eye': Women's responses to intimate partner violence in Sierra Leone and Liberia. *Global Public Health*. [on-line] 2016 Fev 7 [acesso em 23 nov 2016]; 11(1-2):108-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2015.1032320>

30. Kyriakakis S. Mexican immigrant women reaching out: the role of informal networks in the process of seeking help for intimate partner violence. *Violence Against Women*. [on-line] 2014 Set [acesso em 22 ago 2016]; 20(9):1097-116. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801214549640>
31. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, Tang W, Watts A, Xia Y, Talbot NL. Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and Latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women*. [on-line] 2011 Ago [acesso em 15 dez 2016]; 17(8):1067-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801211414846>
32. Kiss L, D'Oliveira AFL, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: Government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. [on-line] 2012 Jun [acesso em 3 out 2016]; 14(1). Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773099>
33. Frías SM. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women*. [on-line] 2013 Fev 11; [acesso em 12 dez 2016]; 19(1):24-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212475334>
34. Thongpriwan V, Buseh A, Arunothong W. Reflections on attitudes, experiences, and vulnerability of intimate partner violence among Southeast Asian college women living in United States. *Asian Journal of Psychiatry*. [on-line] 2015 Dez [acesso em 19 nov 2016]; 18:70-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.09.007>
35. Kamimura A, Yoshihama M, Bybee D. Trajectory of intimate partner violence and healthcare seeking over the life course: Study of Japanese women in the Tokyo metropolitan area, Japan. *Public Health*. [on-line] 2013 Out [acesso em 02 ago 2016]; 127(10):902-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2013.06.003>
36. Ahmad F, Driver N, McNally MJ, Stewart DE. "Why doesn't she seek help for partner abuse?" An exploratory study with South Asian immigrant women. *Soc Sci Med*. [on-line] 2009 Ago [acesso em 15 out 2016]; 69(4):613-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.011>

37. Morse DS, Paldi Y, Egbarya SS, Clark CJ. "An Effect That Is Deeper Than Beating": Family Violence in Jordanian Women. *Fam Syst Health*. [on-line] 2012 Fev 13 [acesso em 15 out 2016]; 30(1):19-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0027137>

## 5. DISCUSSÃO GERAL

Em diversos países a rota crítica ou comportamento de busca de ajuda (Help-seeking behavior- termo utilizado na língua inglesa) aparece como algo complexo, iniciada por alguma situação extrema ou quando a violência se torna mais grave. As mulheres buscam auxílio, primeiramente, com amigos e familiares, e depois passam por diversos serviços na procura por ajuda<sup>(50)</sup>. O que faz diferença neste caminho são os encontros, que podem impulsionar ou não a continuidade da rota.

O que foi comum nos relatos das mulheres em nossa pesquisa é que a avaliação do serviço e a ajuda recebida realizou-se com base na relação estabelecida nos atendimentos, ou seja, se gostaram de quem as atendeu elogiam o serviço, assim como ocorre o contrário. Nossos achados são corroborados por outras pesquisadoras que afirmam que os profissionais da rede de atenção às mulheres em situação de violência devem ter uma escuta qualificada e acolhedora, postura interessada e não julgadora<sup>(64)</sup>. Além disso, a postura inicial dos profissionais ao encontrarem uma mulher em situação de violência é fundamental para a continuidade da busca por ajuda<sup>(47)</sup>.

As discussões sobre a atuação dos profissionais de saúde da rede de atenção às mulheres em situação de violência devem ser realizadas dentro da lógica da Educação Permanente em Saúde, ou seja, orientadas por iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde que levem em consideração os contextos locais. A especificidade de cada problema é necessariamente afetiva e local<sup>(65)</sup>.

As mulheres em situação de violência no município de Campinas passam por diversos profissionais e serviços quando decidem buscar ajuda formal: igrejas, ONGs, serviços sociais, hospitais, Centros de Saúde, entre outros, contexto similar ao que encontramos em estudos em outros países<sup>(47, 51-62)</sup>.

A existência de diversos serviços que atendem mulheres em situação de violência não significa que essa atuação se dê em redes de atenção. Para tal, os serviços devem estar integrados intersetorialmente, com equipes trabalhando de maneira interdisciplinar e multiprofissional<sup>(66)</sup>, com resposta eficiente e encaminhamento adequado<sup>(55)</sup>. Notadamente,

pelos relatos das mulheres entrevistadas os serviços em Campinas não funcionam como uma rede, sendo a atenção fragmentada.

Desde o início da pesquisa buscamos informações por escrito relativas às políticas e redes de atenção à violência do município de Campinas-SP e encontramos poucas referências. Acreditamos que essa ausência de sistematização se deva à complexidade de um município com 1.080.113 habitantes<sup>(67)</sup>, porém, tal situação não justifica essa escassez.

Nas políticas de Campinas o enfoque está na rede de atenção à violência sexual por meio do Programa ILUMINAR<sup>(69)</sup>. Apesar de reconhecermos sua importância, enfatizamos que há uma fragilidade na organização das políticas e descrição da rede às mulheres que sofrem outros tipos de violência. Historicamente, verificamos que as construções de políticas públicas para as mulheres vieram como resposta às reivindicações de movimentos de mulheres<sup>(34-36)</sup>. Pelas fontes consultadas não foi possível avaliar de que forma aconteceram as construções das políticas em Campinas.

Pensando que os profissionais de saúde são as peças fundamentais do atendimento efetivo em rede para as mulheres em situação de violência, e considerando o tamanho da população de Campinas, que dificulta o conhecimento de todos os serviços disponíveis, é fundamental e urgente que todas as informações sobre as redes de atenção estejam sistematizadas por escrito para serem devidamente divulgadas.

Há uma reunião mensal da rede da mulher do município na qual a violência é um dos assuntos abordados. Também não encontramos informações por escrito sobre esta reunião, embora tenhamos participado de alguns encontros que descobrimos por interesse próprio. Nessas ocasiões havia profissionais de diversos setores da rede de atenção de Campinas<sup>(68)</sup>, da gestão, guarda municipal, Conselho Tutelar, Casa-abrigo, CEAMO, ONG, mas não havia profissionais de saúde da atenção primária.

Enfatizamos que os profissionais da atenção primária têm contato com as mulheres em situação de violência no dia a dia do trabalho e que, por esse motivo, se encontram em posição fundamental para auxiliá-las diretamente, configurando uma grave falha não estarem incluídos nesta reunião.

Destacamos a facilidade em acessar o campo da pesquisa e a colaboração das mulheres que entrevistamos. Imagínávamos que falar da situação seria reviver algo muito

ruim, o que poderia culminar em resposta negativa à participação. Todavia encontramos disponibilidade.

A coleta de dados em conjunto com alunas de graduação e a coorientação de Iniciação Científica e Trabalho de Conclusão de Curso foram experiências que consideramos proveitosas para o processo de Doutorado, pois permitiram o desenvolvimento de outras competências.

Verificamos que o perfil das mulheres que buscaram atendimento no CEAMO nos anos pesquisados é diferente das mulheres que sofrem violência de maneira geral. As atendidas no CEAMO têm maior escolaridade e melhores condições de vida. Isso reflete a diferença no acesso ao serviço especializado, dependendo da escolaridade e do acesso à informação. Precisamos pensar estratégias para que mulheres com qualquer escolaridade cheguem ao serviço, uma vez que constatamos ser um importante apoio para as mulheres em situação de violência, independentemente de deixarem ou não o ambiente violento.

Encontramos predomínio da violência psicológica entre as mulheres atendidas no Centro de Referência. Os profissionais de saúde, por terem formação com enfoque nas questões biológicas, podem não reconhecer essas mulheres enquanto passíveis de auxílio, já que este tipo de violência não deixa marcas físicas. Podem, também, não saber o que fazer com demandas que nem sempre se caracterizam como adoecimentos, ainda que causem sofrimentos e potenciais danos à saúde<sup>(64)</sup>. Na prática, pode significar que as mulheres que buscaram auxílio podem não ter tido suas necessidades identificadas e, portanto, não foram atendidas de modo integral.

Percebemos, tanto nas entrevistas como nos grupos – com mais clareza nas atividades coletivas –, a influência das normas sociais de gênero nos discursos e nas atitudes das mulheres<sup>(26)</sup>. Foram comuns os relatos de que continuavam cumprindo seus papéis de mães e esposas, seguindo as imposições dos companheiros, mudando de comportamentos considerados inapropriados por eles, cedendo a relações sexuais sem vontade e apenas para satisfação do parceiro.

Para que a violência contra a mulher possa ser erradicada é preciso que haja discussões sobre as questões de gênero em diferentes espaços sociais.

Sobre a avaliação dos serviços pelas mulheres, destacamos que elas enfatizaram a importância do Centro de Referência como espaço de apoio e escuta acolhedora e sem

juízos, mesmo que não tenham deixado a situação de violência. Contudo, apesar de estar localizado em área central e de fácil acesso à população, atualmente o serviço conta com apenas uma dupla de psicóloga e assistente social, o que dificulta ações externas de divulgação do serviço.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das estratégias que recomendamos como fundamental para melhorar o acesso no município das mulheres em situação de violência aos serviços, dentre eles o CEAMO, é que as políticas, os fluxos e serviços disponíveis na rede estejam sistematizados por escrito de maneira clara, concisa, fácil e acessível para consulta pelos profissionais e população em geral. Além disso, as discussões que culminam em políticas públicas devem necessariamente incluir mulheres envolvidas com as lutas feministas, uma vez que, historicamente, avançamos nesse sentido quando há participação desses movimentos populares.

As questões de gênero devem ser discutidas nos diversos setores da sociedade. Especificamente os Conselhos de Saúde são espaços com grande potencial de discussão e difusão dessas ideias.

Também acreditamos que diversos espaços públicos, com grande concentração de pessoas, tais como igrejas, supermercados, praças em regiões centrais etc., podem ser espaços de debates para a desconstrução da violência, assim como divulgação dos diferentes serviços da rede. Essas ações poderiam melhorar o acesso de mulheres com menor escolaridade ao serviço de referência.

Como elementos fundamentais da rede de atenção às mulheres em situação de violência, as discussões com os profissionais de saúde devem ser realizadas na lógica da Educação Permanente em Saúde. Devem ser curtas, frequentes e nos serviços em que atuam os profissionais, de maneira descentralizada. Recomendamos que sejam utilizadas situações do próprio dia a dia dos trabalhadores para discussão da temática, de maneira dialogada.

O CEAMO é reconhecido pelas mulheres como importante espaço de apoio e escuta, principalmente porque nos atendimentos e grupos não se sentem julgadas. Se a rede estiver realmente funcionando como tal, e os profissionais que nela atuam encaminharem as mulheres, poderemos obter maior amplitude de atendidas e beneficiadas pelo serviço. Com mais mulheres acessando tal equipamento, poderíamos justificar e requerer a extensão do serviço aos gestores municipais, por meio de melhorias do espaço físico e ampliação das equipes.

No começo da pesquisa, pensávamos que ajudar uma mulher em situação de violência era auxiliar para que, necessariamente, deixassem a situação vivida. Ao ouvirmos suas

histórias, porém, percebemos que sabemos muito pouco do que experienciam. Aos poucos, a representação social de que mulheres em situação de violência estão lá porque querem e de qual é o papel do profissional de saúde vão se desfazendo.

Deixamos a posição de sabedoria do que é melhor para o outro e encontramos-nos na posição de seres humanos que sentem, pelo menos por um curto intervalo de tempo, a dor suportada por elas. Seus sentimentos, dificuldades e fragilidades só foram percebidos com a convivência durante as entrevistas e grupos de apoio. Elas sofrem e se configuram como guerreiras. E por incrível que pareça, ao final os motivos relatados para permanecerem com os agressores fazem sentido no espaço particular de cada vida.

Para além da construção dos saberes no campo teórico e científico, aprendemos que respeitar as escolhas é questão de humanidade e cuidado, papel fundamental do enfermeiro e dos profissionais de saúde. De todas as considerações possíveis, a maior aprendizagem é a de que, independentemente de a mulher deixar a situação de violência ou não, ouvir com carinho e empatia, acolher o seu sofrimento sem julgamento e respeitar o seu tempo e espaço próprios são atitudes que fazem a diferença na vida delas e nas nossas.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Linda L. Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: URL: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
2. García-Moreno C (coord.), World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005 [acesso em 8 fev 2016]. Disponível em: URL: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summary\\_report\\_English2.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf)
3. Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Programa de la Mujer. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. s/l: Organización Panamericana de la Salud; 1998.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
5. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. American Journal of Lifestyle Medicine [Internet] 2011 [acesso em 18 ago 2016]; 5(5):428-39. Disponível em: URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1559827611410265>. doi: 10.1177/1559827611410265
6. Campinas (SP). Boletim SISNOV. Campinas (SP): Prefeitura Municipal de Campinas; 2013:1-20.
7. Devries KM, Mak JYT, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science [Internet] 2013 [acesso em 22 set 2016]; 340(6140):1527-8. Disponível em: URL: <http://science.sciencemag.org/content/340/6140/1527?sid=3296b5d8-3fcb-4715-b887-7e5b20b67140>. doi: [10.1126/science.1240937](https://doi.org/10.1126/science.1240937)
8. Al-Atrushi HH, Al-Tawil NG, Shabila NP, Al-Hadithi TS. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. BMC Women's Health [Internet] 2013 Set. 10 [acesso em 23 set 2016]; 13:37. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852841/>. doi: [10.1186/1472-6874-13-37](https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-37)
9. Tiwari A, Cheung DST, Chan KL, Fong DYT, Yan ECW, Lam GLL, Tang DHM. Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. BMC Women's Health [Internet] 2014 Mai 19 [acesso em 22 abr 2016]; 14:70. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039065/>. doi: [10.1186/1472-6874-14-70](https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-70)
10. Puri M, Misra G, Hawkes S. Hidden voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal. BMC Public Health [Internet] 2015 Abr [acesso em 22 abr 2016]; 15(1):261. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377054/?tool=pubmed>. doi: [10.1186/s12889-015-1610-z](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1610-z)

11. Abbaspoor Z, Momtazpour M. Domestic Violence and Its Related Factors Based a Prevalence Study in Iran. *Glob J Health Sci* [Internet] 2016 [acesso em 21 nov 2016]; 8(12):55206. Disponível em: URL: link. doi: [10.5539/gjhs.v8n12p1](https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n12p1)
12. Rodriguez-Borrego MA, Vaquero-Abellan M, ROSA LB. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* [Internet] 2012 jan-fev [acesso em 19 ago 2016]; 20(1):11-8. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100003). doi: [10.1590/S0104-11692012000100003](https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100003)
13. Finnbogadottir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2016 out 26 [acesso em 17 dez. 2016]; 16(1):327. Disponível em: URL: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1122-6>. doi: [10.1186/s12884-016-1122-6](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6)
14. Ozcan NK, Gunaydin S, Citil ET. Domestic Violence Against Women In Turkey: A Systematic Review And Meta Analysis. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 2016 acesso em 15 ago 2016]; 30(5):620-9. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27654248>. doi: [10.1016/j.apnu.2016.04.013](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.013)
15. Semahegn A, Belachew T, Abdulahi M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. *Reproductive Health* [Internet] 2013 nov. 11 [acesso em 22 set 2016]; 10:63. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879008/>. doi: [10.1186/1742-4755-10-63](https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-63)
16. Kazaura MR, Ezekiel MJ, Chitama D. Magnitude and factors associated with intimate partner violence in mainland Tanzania. *BMC Public Health* [Internet] 2016 mai 05 [acesso em 20 dez 2016]; 16:494. Disponível em: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902958/>. doi: [10.1186/s12889-016-3161-3](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3161-3)
17. Ferreira VP, Silva MA, Noronha Neto C, Falbo Neto GH, Chaves CV, Bello RP. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no Estado de Pernambuco, Brasil: um estudo transversal. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet] 2014 [acesso em 18 out. 2016]; 19:2255-64. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02255.pdf>. doi: [10.1590/1413-81232014197.10012013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10012013)
18. Ribeiro MRC, Silva AAM, Alves MTSSB, Batista RFL, Rocha LMLN, Schraiber LB, Medeiros NL, Costa DCS, Bettiol H, Barbieri MA. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in Sao Luis, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2014 [acesso em 22 set 2016]; 14:66. Disponível em: URL: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-66>. doi: [10.1186/1471-2393-14-66](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-66)
19. Barros EN, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzio L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2016 [acesso em

- 15 nov 2016]; 21:591-8. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0591.pdf>. doi: [10.1590/1413-81232015212.10672015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015)
20. Azevêdo ACC, Araújo TVB, Valongueiro S, Ludermir AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet] 2013 [acesso em 15 fev 2016]; 29:2394-404. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a05.pdf>. doi: [10.1590/0102-311X00161111](https://doi.org/10.1590/0102-311X00161111)
21. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. *Jornal de Pediatria* [Internet] 2013 [acesso em 15 ago 2016]; 89:83-90. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100013). doi: [10.1016/j.jped.2013.02.013](https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.013)
22. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery* [Internet] 2012 [acesso em 15 jan 2016]; 28:356-61. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775034>. doi: [10.1016/j.midw.2011.05.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.010)
23. Osís MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Revista de Saúde Pública* [Internet] 2012 [acesso em 15 fev 2016]; 46:351-8. Disponível em: URL: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240197017.pdf>
24. De Beauvoir S. *O Segundo sexo: fatos e mitos*. 4ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1980.
25. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade* [Internet] 1991 [acesso em 22 jan 2016]; 20(2):71-99. Disponível em: URL: <http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>
26. Saffioti HI. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos pagu* [Internet] 2001 [acesso em 21 fev 2016]; 16:115-36. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>
27. Minayo MCS. *Violência e saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006:1-6. Disponível em: URL: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-00.pdf>
28. Mandelbaum B, Schraiber LB, D'Oliveira AFP. Violence and family life: psychoanalytic and gender approaches. *Saúde e Sociedade* [Internet] 2016 [acesso em 12 ago 2016]; 25(2):422-30. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200422&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200422&script=sci_arttext&tlng=en). doi: [10.1590/S0104-12902016145768](https://doi.org/10.1590/S0104-12902016145768)
29. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos avançados* [Internet] 2003 [acesso em 15 jan 2016]; 17(49):87-98. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006). doi: [10.1590/S0103-40142003000300006](https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300006)
30. Brasil. Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945. Promulga a Carta das Nações Unidas. Brasília: Diário Oficial da União; 1945. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/d19841.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d19841.htm)

31. Brasil. Decreto nº 31.643, de 23 de outubro de 1952. Promulga a Convenção Interamericana sobre concessão dos direitos civis da mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 1952. Disponível em: URL: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-31643-23-outubro-1952-322462-publicacaooriginal-1-pe.html>
32. Brasil. Decreto nº 52.476, de 12 de setembro de 1963. Promulga a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 1963. Disponível em: URL: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-52476-12-setembro-1963-392489-publicacaooriginal-1-pe.html>
33. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios de diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
34. Osís MJMD. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. Cad. Saúde Públ [Internet] 1998 [acesso em 23 jan 2016]; 14(suppl 1):25-32. Disponível em: URL: <http://br.123dok.com/document/myjdp65y-paism-um-marco-na-abordagem-da-saude-reprodutiva-no-brasil.html>
35. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cadernos de Saúde Pública [Internet] 2002 [acesso em 15 mar 2016]; 18:S103-S112. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700011). doi: [10.1590/S0102-311X2002000700011](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011)
36. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. Sociedade e Estado [Internet] 2014 [acesso 12 fev 2016]; 29(2):449-69. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008). doi: [10.1590/S0102-69922014000200008](https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008)
37. Brasil. Lei nº 7.353. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 1985. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/L7353.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm)
38. Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP [Internet] 2001 [acesso em 15 jan 2016]; 51:104-13. Disponível em: URL: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35104>. doi: [10.11606/issn.2316-9036.v0i51p104-113](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p104-113)
39. Brasil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. Disponível em: URL: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)
40. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; 1988. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
41. Penna LHG. A temática da violência contra a mulher na formação da enfermeira. Tese (Doutorado) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005, 233p. Disponível em: URL: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3409>
42. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2008. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for

- atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Diário Oficial da União; 2003. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)
43. Brasil. Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011. Disponível em: URL: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>.
44. Brasil. Lei nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. Disponível em: URL: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
45. Brasil. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2006b. Disponível em: URL: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria\\_gm1356\\_2006.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf)
46. Brasil. Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011. Disponível em: URL: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>
47. Carcedo A, Sagot M, Guido L La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. s.l: Pan American Health Org, 2000. Disponível em: URL: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Violencia-Domestica-Ruta-Critica-2011.pdf>
48. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública [Internet] 1999 [acesso em 10 fev 2016]; 15(suppl 2):7-14. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000600002&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0102-311X1999000600002
49. Andrade GR, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência & saúde coletiva [Internet] 2002 [acesso em 15 mar 2016]; 7(4):925-34. Disponível em: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400023) doi: 10.1590/S1413-81232002000400023
50. Dutra MDL, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. Ciência & Saúde Coletiva [Internet] 2013 [acesso em 17 ago 2016]; 18(5):1293-1304. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>
51. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. Soc Sci Med [Internet] 2010 mar [acesso em 22 abr 2016]; 70(7):1011-8. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20122774>. doi: 10.1016/j.socscimed.2009
52. Dalal K. Does economic empowerment protect women from intimate partner violence? Journal of injury & violence research [Internet] 2011 [acesso em 12 abr

- 2016]; 3(1):35-44. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21483213>. doi: [10.5249/jivr.v3i1.76](https://doi.org/10.5249/jivr.v3i1.76)
53. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, Tang W, Watts A, Xia Y, Talbot NL. Concomitant Forms of Abuse and Help-Seeking Behavior Among White, African American, and Latina Women Who Experience Intimate Partner Violence. *Violence against Women* [Internet] 2011 ago [acesso em 14 abr 2016]; 17(8):1067-85. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821618>. doi: [10.1177/1077801211414846](https://doi.org/10.1177/1077801211414846)
54. Meneghel SN, Bairos F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet] 2011 abr [acesso em 14 fev 2016]; 27(4):743-52. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/13.pdf>
55. Djikanovic B, Wong SLF, Jansen HAFM, Koso S, Simic S, Otasevic S, Lagro-Janssen A. Help-seeking behaviour of Serbian women who experienced intimate partner violence. *Family Practice* [Internet] 2012 abr [acesso em 12 jan 2016]; 29(2):189-95. Disponível em: URL: <https://academic.oup.com/fampra/article/29/2/189/460206/Help-seeking-behaviour-of-Serbian-women-who>. doi: [10.1093/fampra/cm061](https://doi.org/10.1093/fampra/cm061)
56. Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: Government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health and Human Rights* [Internet] 2012 [acesso em 18 fev 2016]; 14(1):e64-77. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22773099>
57. Morse DS, Paldi Y, Egbarya SS, Clark CJ. "An Effect That Is Deeper Than Beating": Family Violence in Jordanian Women. *Families Systems & Health* [Internet] 2012 mar [acesso em 22 fev 2016]; 30(1):19-31. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329396>. doi: [10.1037/a0027137](https://doi.org/10.1037/a0027137)
58. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PM. Prevalence, instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad, Sindh. *Pakistan Journal of Medical Sciences* [Internet] 2013 [acesso em 22 mai 2016]; 30(1):122-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24639844>. doi: [10.12669/pjms.301.4533](https://doi.org/10.12669/pjms.301.4533)
59. Ergocmen BA, Yuksel-Kaptanoglu I, Jansen H. Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence against Women* [Internet] 2013 set [acesso em 12 jan 2016]; 19(9):1151-74. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142955>. doi: [10.1177/1077801213498474](https://doi.org/10.1177/1077801213498474)
60. Frias SM. Strategies and Help-Seeking Behavior Among Mexican Women Experiencing Partner Violence. *Violence against Women* [Internet] 2013 jan [acesso em 13 abr 2016]; 19(1):24-49. Disponível em: URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801212475334>
61. Shrivastava PS, Shrivastava SR. A study of spousal domestic violence in an urban slum of Mumbai. *International Journal of Preventive Medicine* [Internet] 2013 [acesso em 12 fev 2016]; 4(1):27-32. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3570908/>

62. Kyriakakis S. Mexican immigrant women reaching out: the role of informal networks in the process of seeking help for intimate partner violence. *Violence Against Women* [Internet] 2014 set [acesso em 10 fev 2016]; 20(9):1097-116. Disponível em: URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25234812>. doi: 10.1177/1077801214549640
63. Mccleary-Sills J, Namy S, Nyoni J, Rweyemamu D, Salvatory A, Steven E. Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health* [Internet] 2016 [acesso em 14 fev 2016]; 11(1-2):224-35. Disponível em: URL: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L605175447>. doi: [10.1080/17441692.2015.1047391](https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1047391)
64. D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina* [Internet] 2013 [acesso em 12 mai 2016]; 92(2):134-40. Disponível em: URL: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/79953/83887>
65. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde* [Internet] 2005 [acesso em 12 jul 2016]; 9(16):161-77. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>
66. Schraiber LB, Pires A, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital: revista de pensamento e investigação social* [Internet] 2012 [acesso em 10 fev 2016]; 12(3):237-54. Disponível em: URL: <http://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-etal>. doi: [10.5565/rev/athenead/v12n3.1110](https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v12n3.1110)
67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Homepage na internet. 2010 [acesso em 06 fev 2016]. Disponível em: URL: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350950>
68. Campinas (SP). Protocolo de Saúde da Mulher. Campinas (SP): Prefeitura Municipal de Campinas; 2003. 67 p.
69. Campinas (SP). ILUMINAR Campinas: cuidando das vítimas de violência sexual [acesso em 06 fev 2016]. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/atencao-a-saude/iluminar/textobase.php>
70. Campinas (SP). Decreto nº 19.049, de 08 de março de 2016. Institui o projeto “Guarda Municipal Amigo da Mulher”. Campinas (SP): 2016. Disponível em: URL: <http://campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/216987798.pdf#page=1>
71. Campinas (SP). Secretaria de Saúde. Homepage [acesso em 06 fev 2016]. Disponível em: URL: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>
72. Campinas (SP). Prefeitura Municipal de Campinas. Homepage [acesso em 14 jan 2016]. Disponível em: URL: <http://www.campinas.sp.gov.br/>
73. Campinas (SP). Enfrentando violências em Campinas. Campinas (SP): Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes; 2009. 141 p.
74. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
75. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
76. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2010. 297p.

77. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet] 2008 [acesso 22 fev 2016]; 17(4):758-64. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
78. Turato E. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003. 685p.
79. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The psychologist* [Internet] 2013 [acesso em 12 fev 2016]; 26(2):120-3. Disponível em: URL: <http://eprints.uwe.ac.uk/21155/3/Teaching%20thematic%20analysis%20Research%20Repository%20version.pdf>
80. World Health Organization. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: WHO; 2001.

## 8. APÊNDICES

### Apêndice A: Roteiro de Observação Participante

#### **Roteiro da Observação Participante**

- ✓ Data e horário
- ✓ Quem estava no serviço no dia da observação
- ✓ Participantes (quantos e quem são, relação com o serviço, tempo em que participam do grupo)
- ✓ Temas abordados (anotar os assuntos, relacionados ou não à violência)
- ✓ Metodologias utilizadas pela coordenadora do grupo (dinâmicas, vídeos, entre outros)
- ✓ Postura entre os participantes (observar empatia, forma de tratamento, como é a comunicação entre os membros)
- ✓ Principais expressões utilizadas (anotar falas dos participantes que refletem o conteúdo do encontro)
- ✓ Impressões a respeito da interação (percepções da pesquisadora sobre o dia de observação)
- ✓ Ambiente (anotar sobre iluminação, temperatura, tamanho do espaço físico)
- ✓ Intercorrências.

## Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuários)****ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**Pesquisador responsável:** Daniella Yamada Baragatti  
Doutoranda Faculdade de Enfermagem- UNICAMP  
**Número do CAAE:**43754115.1.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Esta pesquisa insere-se no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem oferecido pela Faculdade Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. O principal objetivo é conhecer o caminho percorrido e o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo em Campinas-SP e contribuir para a melhoria desse atendimento.

Serão entrevistadas mulheres que sofreram violência praticada pelo parceiro íntimo que estejam em atendimento no Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO) em Campinas- SP.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante, já que avanços na área da saúde ocorrem com estudos e pesquisas como esta. Assim, será possível subsidiar as políticas de atenção à violência contra a mulher no município por meio de novas discussões.

Participando do estudo, você está sendo convidado a responder algumas perguntas. Nas entrevistas, será utilizado um gravador de áudio para garantir a recuperação das informações, e para que estas possam ser analisadas posteriormente. As entrevistas terão duração de no máximo 40 minutos.

Os áudios gravados serão armazenados pela pesquisadora por cinco anos, sendo utilizados somente neste projeto.

Também será realizada observação dos ambientes em que ocorrem interações, como na chegada ao serviço e nas oficinas (cozinha, artesanato, entre outros). Não serão observados os atendimentos individuais realizados pela equipe do CEAMO, para que se evitem constrangimentos.

Como as entrevistas serão no CEAMO, não será necessário o reembolso relacionado ao deslocamento, uma vez que o serviço já oferece tal benefício, não sendo necessário, portanto, deslocamento fora da rotina.

Os riscos relacionados com sua participação na pesquisa poderiam ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade viesse a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma. Poderá, eventualmente, haver

inconvenientes pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa. Poderá também haver constrangimento no momento em que você relatar a situação de violência a que foi submetida, porém sua imagem não será divulgada, nem as informações que você fornecer, pois garantimos a privacidade das informações. Caso, ao relatar a violência sofrida, haja algum desconforto, a entrevista poderá ser interrompida, e a equipe do CEAMO poderá auxiliar no atendimento, uma vez que se trata de um serviço de apoio às vítimas.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa. Os benefícios relacionados à sua participação são a contribuição para a melhoria no atendimento às mulheres vítimas de violência que buscam ajuda. Assim, será possível subsidiar as políticas de atenção à violência contra a mulher no município por meio de novas discussões.

As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, no entanto será resguardada a sua identidade / participação.

### **Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Doutoranda: Daniella Yamada Baragatti  
Faculdade de Enfermagem- Pós graduação em enfermagem  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas-SP – Fone: (19) 981336348,  
email: danybaragatti@gmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

### **Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

### **Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

## Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (trabalhadores)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (trabalhadores)****ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**Pesquisador responsável:** Daniella Yamada Baragatti  
Doutoranda Faculdade de Enfermagem- UNICAMP  
**Número do CAAE:**43754115.1.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Esta pesquisa insere-se no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem oferecido pela Faculdade Enfermagem, da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. O principal objetivo é conhecer o caminho percorrido e o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo em Campinas-SP e contribuir para a melhoria desse atendimento.

Será realizada observação das interações que ocorrem entre os profissionais do CEAMO e as mulheres vítimas de violência nos espaços coletivos (chegada ao serviço, oficinas como de cozinha e artesanato, entre outras). Não serão realizadas observações dos atendimentos individuais para se garantir a privacidade dos atendimentos e se evitar constrangimentos.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante, já que avanços na área da saúde ocorrem com estudos e pesquisas como esta. Assim, será possível subsidiar as políticas de atenção à violência contra a mulher no município por meio de novas discussões.

Para participar do estudo basta que você desempenhe suas tarefas habituais no ambiente de trabalho e, em alguns momentos, poderá auxiliar a pesquisadora com dúvidas referentes ao funcionamento do serviço.

Como as observações serão no CEAMO, não será necessário o reembolso relacionado ao deslocamento, uma vez que os trabalhadores deslocam-se diariamente para o trabalho.

Os riscos relacionados com sua participação na pesquisa poderiam ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade viesse a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, pois sua imagem não será divulgada, nem as informações que você fornecer, pois garantimos a privacidade das informações. Poderá, eventualmente, haver inconvenientes pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa. Os benefícios relacionados à sua participação são a contribuição para a melhoria no atendimento às mulheres vítimas de violência que buscam ajuda. Assim, será possível subsidiar as políticas de atenção à violência contra a mulher no município por meio de novas discussões.

As informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, no entanto será resguardada a sua identidade / participação.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Doutoranda: Daniella Yamada Baragatti  
 Faculdade de Enfermagem- Pós graduação em enfermagem  
 Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas-SP – Fone: (19) 981336348,  
 email: danybaragatti@gmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

## 9. ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de Acolhimento Inicial - CEAMO

 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL CENTRO DE APOIO À MULHER OPEROSA - CEAMO Rua Francisco Alves, 112 - Botafogo - Campinas - CEP: 13020-300 - Fone: (19) 3236-3619			
FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO			
Nome:			Naturalidade:
Data Nascimento:	RG:	Orgão Emissor:	CPF:
Nome Mãe:		Nome Pai:	
Data atendimento:	Hora Atendimento:	Técnica responsável :	
Como soube do CEAMO?			Prontuário:
Foi atendida em algum serviço de apoio a mulher?		Instituição:	
Endereço:			NE
Bairro:		Cidade:	
Complemento:		UF:	CEP:
Endereço para correspondência:			
Telefone de contato:		Telefone Residencial:	Telefone Celular:
TIPO DE MORADIA: [ ] PRÓPRIA [ ] ALUGADA [ ] CEDIADA	ESTADO CIVIL:		HÁ QUANTO TEMPO:
SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO:			
Profissão:			Renda:
GRAU DE INSTRUÇÃO:			
Nome do cônjuge:			Data de nascimento:
Nome do agressor :			
Situação no mercado de trabalho:			Salário:
Profissão:		Escolaridade:	



## Anexo 2: Roteiro de entrevistas

### GUIA DE ENTREVISTA COM AS MULHERES AFETADAS PELA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Abaixo segue um instrumento para realizar entrevistas em profundidade com as mulheres afetadas pela violência intrafamiliar. Na capacitação para as entrevistadoras deve-se explicar o manejo do instrumento, os detalhes de coleta de dados, delinear um genograma da informante e as considerações éticas acerca do procedimento da entrevista.

Devido à complexidade e sensibilidade do tema, pode ser conveniente dividir a entrevista em duas sessões. Os temas a serem tratados na primeira sessão são:

- As características sociodemográficas da entrevista e a construção de um genograma;
- As experiências de violência intrafamiliar vividas.

Segunda sessão:

- O processo vivido na busca da solução para os problemas de violência intrafamiliar;
- As percepções, significados e informação que cada mulher tem sobre a violência intrafamiliar;
- As respostas encontradas na busca de ajuda e seus resultados.

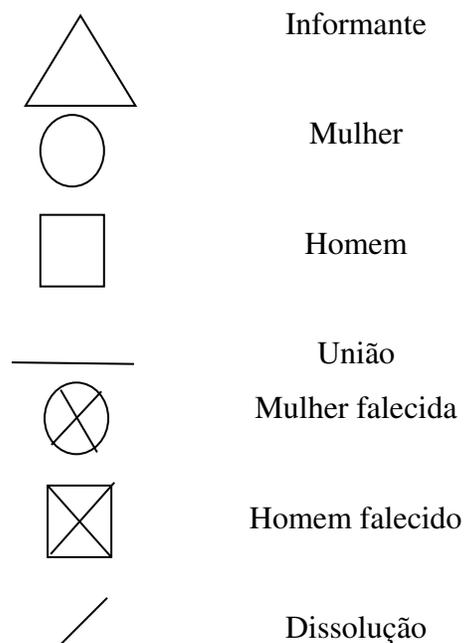
Também pode-se realizar a entrevista em uma só sessão, esta decisão depende do “entendimento” da investigadora. A entrevista pode durar de 1 a 5 horas dependendo da história de violência que a mulher tenha vivido e suas experiências com os prestadores de serviços (**saúde, educação, ONGS, setor judiciário e polícia**).

Ao concluir a entrevista deve-se elaborar o genograma correspondente a composição familiar da informante. Deve-se utilizar as formas comuns para indicar a informante chave, sexo do familiar, data de nascimento e falecimento. Na medida do possível, para o genograma de cada informante deve conter:

- Sua família de origem (pais e irmãos);
- Filhas (os);

- Cônjuges anteriores e atuais;
- Outros membros da família ou do ambiente familiar que sejam mencionados.

Para indicar a composição dos membros da família deve-se traçar um círculo que indiquem os membros da família e outros **com quien vive la entrevistadora (não seria a entrevistada?)**. Utilizando códigos previamente desenvolvidos marque todos os membros que tem sido promotores da violência intrafamiliar e todos os que tem sido vítima.



Pode-se utilizar o genograma durante a entrevista como ferramenta para confirmar a informação recebida. A demonstração da estrutura familiar as vezes ajuda a orientar a entrevistadora e se pode compartilhar o genograma com informantes não-alfabetizadas. Outra opção é a elaboração do genograma depois da entrevista como parte da realização dos apontamentos feitos.

GUIA DE ENTREVISTA COM AS MULHERES AFETADAS PELA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

**PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO**

**PRIMEIRA SESSÃO:**

1. Características sociodemográficas

- Idade: \_\_\_\_
- estado civil \_\_\_\_\_
- escolaridade \_\_\_\_\_
- filhas (os) \_\_\_\_
- lugar de residência \_\_\_\_\_ contato:
- ocupação \_\_\_\_\_
- status socioeconômico (renda) \_\_\_\_\_

2. Podes me contar sobre a situação de violência que vive ou viveste?  
(Perguntar sobre os momentos em que a violência ocorreu e os tipos de violência sofridos).

3. Genograma (Construa conforme a composição familiar da informante)

## SEGUNDA SESSÃO:

1.1. Em relação a situação de violência, contaste para alguém imediatamente?

1. Para quem?
2. O que esta pessoa te disse?
3. Se não falou, por que esperou para contar?
4. O que te fez decidir procurar ajuda? (Perguntar sobre percepções, informação, decisões, apoio)
5. Aonde foste a primeira vez buscar ajuda?
6. Quem indicou este lugar?
7. Quem a atendeu, o que lhe disseram e como a trataram?
8. Como te sentiste?
9. Alguém a acompanhou?
10. Foste a algum outro lugar depois? (Faça as perguntas de acordo com o serviço procurado/ Protocolos a seguir)

Perguntas específicas à quem buscou ajuda em serviços de saúde:

1. Quem a atendeu?
2. Que tipo de atenção lhe deram?
3. Fizeram algum exame médico? Quem o fez?
4. O que lhe disseram?
5. Como a trataram?
6. A encaminharam a algum outro lugar?

Perguntas específicas à quem buscou ajuda no sistema judiciário ou policial:

1. Quem a atendeu?
2. Como foi o processo? (trâmites legais)
3. O que lhe disseram?
4. Como a trataram?
5. A encaminharam a algum outro lugar?

Perguntas específicas à quem buscou ajuda no setor educativo (para jovens ou adolescentes matriculados no sistema educacional ou suas mães)

1. Com quem falou?
2. O que lhe disseram?
3. Como a trataram?
4. A encaminharam a algum outro lugar?

Perguntas específicas à quem buscou ajuda em setor comunitário- ONG

1. Quem a atendeu?
2. O que lhe disseram?
3. Como a trataram?
4. A encaminharam a algum outro lugar?
5. O que deveria se modificar no sistema de saúde, judicial, policial e educativo para que atenda melhor as pessoas afetadas?
6. Qual o resultado de sua busca de ajuda? Conseguiu deter a violência? Como?
7. Qual foi o apoio mais importante que encontrou?

FONTE: MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, Apr. 2011.

Adaptado e traduzido de: SHRADER, Elizabeth; SAGOT, Monserrat. **La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar: protocolo de investigación**. OPAS/OMS, 1998. 144 p.

## Anexo 3: Autorização para realização da pesquisa (Prefeitura Municipal de Campinas)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
Secretaria Municipal de Saúde



### **AUTORIZAÇÃO** 022/2015

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada “**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**”, que tem por objetivo conhecer o itinerário terapêutico e identificar as redes de atenção das mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo que buscaram atendimento em Campinas-SP.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós Graduação – Nível Doutorado em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, junto a mulheres vítimas de violência doméstica, atendidas nos serviços que compõem a rede municipal de saúde de Campinas, sob a orientação da Professora Doutora Eliete Maria Silva.

Campinas, 26 de março de 2015

  
**Cármino Antonio de Souza**  
Secretário Municipal de Saúde

Anexo 4: Autorização para realização da pesquisa (CEAMO)

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Elza Fratini Montali, coordenadora do Centro de Referência e Apoio à Mulher (CEAMO), no município de Campinas-SP, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "Itinerário terapêutico de mulheres vítimas de violência doméstica" sob responsabilidade da pesquisadora Daniella Yamada Baragatti no CEAMO.

Campinas, 26 de março de 2015

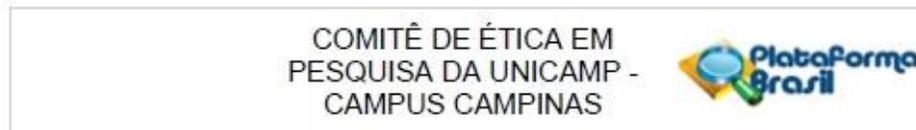


Elza Fratini Montali

Coordenadora do CEAMO

**Elza Fratini Montali**  
matricula 127735-9  
Coordenadora  
Centro de Referência e Apoio à Mulher - CEAMO  
Tel.: (19) 3236-3619  
ceamo@campinas.sp.gov.br

## Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

**Pesquisador:** Daniella Yamada Baragatti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43754115.1.0000.5404

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.073.136

**Data da Relatoria:** 21/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

A violência contra mulher perpetrada por parceiro íntimo é um fenômeno universal, que acontece em todos os países do mundo, tendo consequências devastadoras e efeitos traumáticos para as mulheres que a experimentam. Algumas mulheres, porém, podem buscar auxílio quando enfrentam esse tipo de situação. Esta pesquisa qualitativa e exploratória busca conhecer o itinerário terapêutico percorrido e a rede de atendimento relatada por mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo em Campinas-SP. Serão entrevistadas (entrevistas gravadas) pelo menos 10 mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo que estejam em atendimento no Centro de Referência e Apoio à Mulher do município. As entrevistas serão analisadas por meio de análise de conteúdo, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Além disso, no Centro de Referência, será realizada observação participante e análise dos prontuários de atendimento das mulheres. Para complementar os dados encontrados nas entrevistas, será feita observação participante do trabalho de campo da pesquisa. O observador fará parte do contexto em observação, ou seja, o CEAMO e, para registrar os fatos ocorridos no dia a dia de interações com os sujeitos pesquisados, será utilizado um diário de campo. Na observação participante o pesquisador vai anotar o que observou, impressões pessoais, ambiente, contradições nas falas, e outros dados que julgar interessante tomar nota. Por último, será realizada pesquisa documental.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.063-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.073.136

Neste tipo de técnica, a fonte de coleta de dados serão os prontuários das mulheres atendidas no CEAMO, para se verificar se algum fato relatado pelas mulheres para a equipe do Centro de Referência não foi contemplado pela entrevista, e assim, complementar os dados.

Além disso, serão analisados "formulários de acolhimento". Com esta pesquisa, espera-se contribuir para maiores discussões sobre política e serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica no município.

**Objetivo da Pesquisa:**

1.1. Objetivo geral

Conhecer o itinerário terapêutico e identificar as redes de atenção das mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada pelo parceiro íntimo que buscaram atendimento em Campinas-SP. 1.2. Objetivos específicos Conhecer as políticas de atenção à violência contra a mulher em Campinas-SP; Conhecer o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres vítimas de violência doméstica que buscam por atendimento em Campinas-SP; Identificar e descrever a rede de atenção referida pelas mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo no município; Conhecer a opinião das mulheres vítimas de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo sobre o atendimento nos serviços de proteção do município; Conhecer o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica que buscaram atendimento no Centro de Referência e Apoio às Mulheres (CEAMO).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS: Os riscos relacionados com a participação na pesquisa poderiam ser constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade viesse a público. Contudo, os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo. Poderá, eventualmente, haver inconvenientes pessoais pelo tempo despendido nas atividades da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto analise qualitativa onde participarão ao menos 10 mulheres através de entrevistas semi-dirigidas gravadas. Tbm são sujeitos da pesquisa funcionários que prestam atendimento a essas mulheres tendo parte de sua atuação avaliada. Projeto bem qualificado em todos os itens. Serão cumpridos os preceitos da resolução CNS 466/12, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa receberão do pesquisador um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE antes de participar de todas as fases do trabalho de campo propostas pela pesquisa, e só participarão após assinatura do termo. Além disso, não será possível identificar os participantes da pesquisa, garantindo assim o sigilo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.073.136

O Termo de Consentimento explicitará: a) os responsáveis pela pesquisa; b) os objetivos, desenho geral e procedimentos da pesquisa; c) a garantia de esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa; d) a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa; e) a garantia de liberdade para os sujeitos se recusarem a participar ou abandonarem o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo; f) a solicitação de autorização para utilização dos dados obtidos como material empírico da pesquisa; g) formas de contato com os responsáveis pela pesquisa e com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/ Unicamp. Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma para arquivo próprio e outra para arquivo da pesquisa. É também compromisso dos pesquisadores garantir o retorno dos resultados da pesquisa a todos os participantes e a divulgação dos mesmos para o público interessado em geral.

As entrevistas serão áudio-gravadas e as observações serão registradas em diários de campo, o que consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A transcrição das gravações respeitará a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas, assim como a descrição do que foi observado em campo.

A duração total da entrevista foi prevista e comunicada no TCLE e após término do estudo esse material gravado será destruído. Um TCLE específico para os membros da equipe do CEAMO foi idealizado, já que a "intervenção" não é uma entrevista mas sim a observação da atuação em campo.

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

Termos de apresentação obrigatória além do TCLE foram todos apresentados como folha de rosto, aprovação do projeto pelos responsáveis legais pelo CEAMO, no caso o Secretário da Saúde de Campinas.

**Recomendações:**

Pesquisadores atenderam a todas as pendências e inadequações apontadas na primeira avaliação do projeto.

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

nenhuma

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.073.136

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-867  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: oep@fom.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.073.136

CAMPINAS, 21 de Maio de 2015

---

Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br