



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**RELATÓRIO DE PESQUISA**  
**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A DINÂMICA DA**  
**VIOLÊNCIA ENTRE CASAIS A PARTIR DA ÓTICA DA MULHER**  
**AGREDIDA.**

Carolina Carvalho  
Juliana Regina Destro  
Sabrina Blasius Faust

Florianópolis, 2009.

CAROLINA CARVALHO  
JULIANA REGINA DESTRO  
SABRINA BLASIUS FAUST

**RELATÓRIO DE PESQUISA**  
**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A DINÂMICA DA**  
**VIOLÊNCIA ENTRE CASAIS A PARTIR DA ÓTICA DA MULHER**  
**AGREDIDA.**

Relatório de pesquisa elaborado pelas acadêmicas da 8º unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem do segundo semestre do ano de dois mil e nove da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Linha de Pesquisa: Violência.

Orientadora: Dra. Elza Berger Salema Coelho

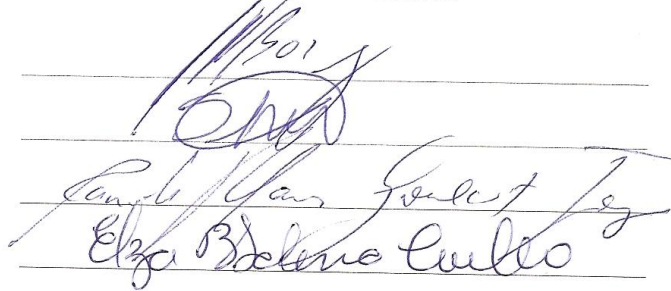
Florianópolis, 2009.

CAROLINA CARVALHO  
JULIANA REGINA DESTRO  
SABRINA BLASIU FAUST

**RELATÓRIO DE PESQUISA**  
**MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A DINÂMICA**  
**DA VIOLÊNCIA ENTRE CASAIS A PARTIR DA ÓTICA DA**  
**MULHER AGREDIDA.**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª fase, na disciplina INT 5162 - Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

  
The image shows four horizontal lines representing the exam board members. The first line has a signature that appears to be 'M. S. O.'. The second line has a signature that appears to be 'C. M. A.'. The third line has a signature that appears to be 'Paula Van Goolst Jey'. The fourth line has a signature that appears to be 'Elza Beatriz Cullio'.

Florianópolis, 26 de novembro de 2009.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>7</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
3.1 Objetivos Gerais .....	8
3.2 Objetivos Específicos .....	8
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
4.1 Violência Contra Mulher.....	9
4.2 Tipos de Violência Contra a Mulher.....	10
4.2.1 Violência Física.....	11
4.2.2 Violência Psicológica.....	11
4.2.3 Violência Verbal.....	12
4.2.4 Violência Sexual.....	13
4.3 O Parceiro Enquanto Aggressor.....	13
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
5.1 Sujeitos.....	17
5.2 Local de Estudo.....	17
5.3 Coleta de Dados.....	17
5.4 Análise dos Dados .....	18
5.5 Aspectos Éticos.....	18
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>40</b>
<b>10 APÊNDICES.....</b>	<b>41</b>

## **RESUMO**

O presente relatório de pesquisa visa investigar os tipos de violência entre casais a partir da percepção das mulheres agredidas, que freqüentam o Centro de Saúde da Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Para isso, realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, com 62 mulheres com idade entre 19 e 56 anos. As entrevistas foram realizadas durante as consultas de enfermagem entre os meses de agosto e outubro de 2009. As prevalências de violência psicológica e violência física foram estimadas pelo questionário Conflict Tactics Scales – Form R. Das 62 mulheres entrevistadas 93,6% (58), sofreram violência, destas 100% afirmaram ter sofrido violência psicológica e 19% (11) violência física. O principal motivo para começarem as agressões foi o ciúme que o parceiro demonstra pela mulher. Considerando que esta pesquisa se desenvolveu em um serviço de saúde e a proporção de situações de violência encontrado, podemos inferir ser este um local privilegiado para detecção e atenção a este grave problema presente na sociedade.

## 1 INTRODUÇÃO

Na segunda metade do século XX, foram dados importantes passos no sentido do surgimento de várias especialidades no campo da Saúde Pública, pela preocupação dos profissionais deste setor em conhecer as maneiras pelas quais os fatores ambientais, biológicos, físicos e sociais poderiam representar riscos traduzíveis em ameaças à saúde e à qualidade de vida. A partir desse momento houve o aumento do reconhecimento da subordinação dos agravos à saúde a fatores sociais. (FORATTINI, 2000).

Na década de 90, em âmbito mundial, que oficialmente o setor saúde começou a assumir os acidentes e a violência não só como uma questão social, mas como de grande importância enquanto campo de pesquisa na área da saúde pública, não só pelo impacto que provoca na qualidade de vida; como pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; mas também pela concepção ampliada de saúde, onde a violência é objeto de intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004).

A violência é um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial e seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, na configuração da violência se transpõem problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, além de questões do plano individual (MINAYO, 1994b).

Para (CARREIRA e PANDJIARJIAN 2003), a violência contra a mulher é um problema complexo, multifacetado, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de milhões de mulheres no Brasil e no mundo.

A partir dos anos 90, investigações indicaram altas prevalências de violência por parceiro íntimo (VPI), variando no mundo de 15,4% a 70,9%, para ocorrências de ao menos uma vez na vida de violência física e/ou sexual (GARCIA, 2006). Esse tipo de violência na literatura é consensual que possui gênese multicausal, assim a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm sugerido a avaliação de fatores que integre, em círculos concêntricos, fatores socioculturais, comunitários, familiares e individuais.

As repercussões da violência por parceiros íntimos se estendem à saúde física, psicológica e reprodutiva das mulheres, podendo permanecer mesmo após a cessação da violência (SCHRAIBER, 1999).

No Brasil, estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos

ou mais. Nessa investigação 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas.

Este estudo realizado em duas regiões brasileiras revela que a expressão de violência por parceiro íntimo mais freqüente é a da violência psicológica exclusiva, seguida pela física acompanhada da sexual e pelas três formas juntas. A sobreposição destas diversas formas de violência corresponde a 20% dos casos e constitui-se situação extremamente grave (VENTURI, 2004).

O ativismo pode ser a referência para explicar os valores relativamente mais altos no Brasil da violência psicológica, em relação às outras formas de violência e aos outros países. Desta forma uma menor aceitabilidade da violência por parceiro íntimo em geral poderia levar a uma maior sensibilidade e decorrente revelação da violência psicológica, relativamente aos outros países. Diferenças culturais sobre a facilidade de expressão também podem ser responsáveis por esse achado (GARCIA, 2006).

Assim, as estatísticas mostram que as mulheres estão sujeitas a serem agredidas por pessoas conhecidas como familiares, maridos, companheiros ou ex-companheiros, do que por desconhecidos, fato que muitas vezes leva à violência repetitiva, que se torna crônica com o passar dos meses, anos e até vidas inteiras.

Ocorrendo que as relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres têm na violência de gênero uma das suas manifestações mais perversas. O componente cultural [...] é seu sustentáculo e fator de perpetuação. (CARREIRA; PANDJIARJIAN, 2003, p.10).

Em 1996, a 49ª. Assembléia das Nações Unidas declarou que a violência é um grande e crescente problema de saúde pública ao redor do mundo, tendo conseqüências de curto e longo prazo para indivíduos, famílias, comunidades e países (Krug e col., 2002).

## **2 JUSTIFICATIVA**

A atenção à violência consiste atualmente em uma necessidade prioritária da Saúde Pública, devido à alta demanda por serviços de saúde. As mulheres somente foram enfocadas como vítimas da violência em 1991, no relatório “Las Condiciones de Salud em las Américas” da Organização Pan-Americana de Saúde, que reconheceu pela

primeira vez em um documento diretivo e global, a violência como causa de adoecimento das mulheres (CAMARGO, 2000).

É de suma relevância comentar que, ainda na atualidade, há maciças estimativas meramente estatísticas e escassez (CASTRO E RIQUER, 2003) de estudos sobre o contexto em que a violência perpassa. Sendo imprescindível, desta maneira, que haja pesquisas que considerem o caráter relacional da violência com seu contexto, levando em consideração a verbalização da vítima; uma vez que, a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero (MINAYO, 2003); não se podendo desprezar as mediações existentes entre as regras estruturais da sociedade e a conduta específica dos indivíduos, assim como o caráter interacional da violência.

Escolheu-se a atenção primária de saúde por que nela se constitui o cenário sobre a assistência prestada à saúde da mulher, uma vez que é na atenção primária que a assistência deve ser prestada, ou seja, as políticas públicas de saúde se implementam, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são observados. Tudo que se estabelece enquanto norma, lei, responsabilidade, ações estratégicas promoção à saúde, recuperação da saúde, proteção da saúde, é na rede básica que se concretiza.

Este estudo se justifica para além do aspecto quantitativo no que se refere ao índice de violência doméstica contra a mulher no Centro de Saúde da Trindade, importa não só em conhecer o tipo de violência praticado contra essas mulheres. Este estudo pretende também tratar dos aspectos qualitativos referentes a este universo, buscando conhecer a dinâmica da violência entre os casais a partir da mulher agredida.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Identificar a dinâmica da violência entre casais a partir da mulher agredida.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o índice de violência doméstica contra mulher que frequenta o Centro de Saúde do bairro Trindade, Florianópolis;
- Verificar quais os tipos de violência que as mulheres estão expostas;



- Identificar a partir do discurso das mulheres agredidas o motivo pelo qual inicia-se as agressões.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Violência contra a mulher**

Segundo a Rede Feminista de Saúde (2004), a violência contra a mulher, em todas as idades, etnias ou classe social é um fenômeno cotidiano – na maioria das vezes invisível, silenciado, não denunciado, e quando denunciado, não punido – que resulta em graves danos para a saúde física, reprodutiva e mental da mulher, sendo que, muitas vezes, leva à morte por assassinato ou suicídio.

A violência contra a mulher, uma das mais complexas vertentes do tema violência, considerada pela Organização Mundial da Saúde como um problema prioritário de Saúde Pública em 1996 (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1996), passa a ser oficialmente reconhecida mundialmente a partir da Declaração Sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela Conferência dos Direitos Humanos em Viena, no ano de 1993, que gerou uma definição oficial das Nações Unidas sobre a violência contra a mulher como:

todo ato de violência de gênero que resulte em ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada (UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 1993).

Apesar de secular, a violência contra a mulher só passou a ser considerada uma violação dos direitos individuais no fim da década de 1960, quase 12 anos após a publicação da Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948. Até então, não havia serviços para o atendimento de vítimas e os casos de punição eram raros - o mesmo valia para agressões cometidas contra crianças. Portanto, foi somente a partir da década de 1960, que se iniciaram questionamentos e análises críticas sobre a violência que transcorria na esfera doméstica. (VIA RS, 2002).

Muitas vezes, mulheres submetidas à violência doméstica mantêm certa cumplicidade com as atitudes agressivas do parceiro. Algumas delas vêm de famílias onde a violência em todos os seus seguimentos já fazia parte do cotidiano; e repetem

este contexto, em suas relações atuais, na escolha de um parceiro agressor. Estas mulheres “podem, escolher homens mais agressivos, admirados por elas nos tempos de namoro. O namorado brigão era visto como protetor e o ciúme exagerado que ele expressava era considerado uma ‘prova’ de amor”. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

Algumas mulheres sentem-se muito frustradas e culpadas por não “conseguirem” ter feito o casamento dar certo. Por terem sido educadas para cumprir o papel de mulher bem casada, sentem-se incapazes de encarar o fato de terem errado na escolha. Para elas, neste caso, falhar no casamento é pior que manter uma relação, ainda que péssima. Por vergonha e constrangimento, costumam esconder da sociedade que apanham dos seus parceiros, com a esperança de que o comportamento agressivo cesse com o tempo; chegando a ponto de o circuito violento tornar-se insuportável. A separação conjugal não significa o fim da violência. Numerosas vezes, o marido continua a importunar a ex-mulher, especialmente quando ela vive sozinha ou com os filhos. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

A violência doméstica não apenas acarreta prejuízos na saúde e na vida privada da mulher, mas também, em sua vida produtiva. Há casos de homens que agredem fisicamente e/ou verbalmente suas companheiras no setor de trabalho delas e até mesmo diante dos colegas das mesmas.

#### **4.2 Tipos de violência contra a mulher**

Em se tratando, de pesquisas sobre o tipo de violência perpetrada pelos agressores às suas vítimas, (DANTAS, BERGER e GIFFIN 2005) enfatizam que tanto no estudo pioneiro de Heise (1994), que reuniu dados de 35 estudos em 24 países, como no *World Report on Violence and Health* (2002), está comprovada estatisticamente a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica, a violência sexual e física de companheiros contra suas mulheres.

O conceito de violência entre parceiros refere-se a qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação. Este comportamento inclui: agressões físicas; maltrato psíquico; relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual; diversos comportamentos dominantes (por exemplo, isolar uma pessoa de sua família e amigos, vigiar seus movimentos e restringir seu direito à informação ou à assistência). (WHO, 2002, p.97).

#### 4.2.1 Violência Física

A violência física é o uso da força física com o objetivo de ferir a outrem, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros e tapas, agressões com diversos objetos e queimaduras por objetos ou líquidos quentes. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

Não havendo uma situação de co-dependência do(a) parceiro(a) à situação conflitante do lar, a violência física pode perpetuar-se mediante ameaças de "*ser pior*" se a vítima reclamar à autoridades ou parentes (BALLONE, ORTOLANI, 2003). Essa questão existe na medida em que as autoridades se omitem ou tornam-se complicadas as intervenções com o agressor.

#### 4.2.2 Violência Psicológica

A violência psicológica ou agressão emocional, às vezes tão ou mais prejudicial que a física, é caracterizada por rejeição, depreciação, discriminação, humilhação, desrespeito e punições exageradas. É um tipo de agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes indeléveis para toda a vida. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

Um tipo comum de agressão emocional é a que transcorre sob a autoria de comportamentos histéricos, cujo objetivo é mobilizar emocionalmente o outro para satisfazer a necessidade de atenção, carinho e de importância.

A intenção do(a) agressor(a) histérico(a) é mobilizar outros membros da família, tendo como chamariz alguma doença, alguma dor, algum problema de saúde, enfim, algum estado que exija atenção, cuidado, compreensão e tolerância. (BALLONE ORTOLANI, 2003).

No histérico, a característica predominante é o "histrionismo", palavra que significa teatralidade. O histrionismo é caracterizado por um comportamento dramático e com grande tendência em buscar atenção contínua. Normalmente a pessoa histérica conquista seus objetivos através de um comportamento afetado, exagerado, exuberante e por uma representação que varia de acordo com as expectativas da "platéia". Quando o histérico dá-se conta que ficar calado, recluso, isolado no quarto ou com ares de "*não*

*querer incomodar ninguém*” é a atitude de maior impacto para a situação, acaba conseguindo seu objetivo comportando-se dessa forma. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

Um dos tipos de agressão emocional dissimulada mais terríveis é fazer o outro se sentir inferior, dependente, culpado ou omissos. A mais infeliz atitude com esse objetivo é quando o agressor faz tudo corretamente, impecavelmente certinho, não com o propósito de ensinar, mas para mostrar ao outro o tamanho de sua incompetência. O agressor com este perfil tem prazer, quando o outro se sente inferiorizado, diminuído e incompetente. Normalmente é o tipo de agressão dissimulada pelo pai em relação aos filhos, quando esses não estão saindo exatamente do jeito idealizado ou do marido em relação às esposas. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

As ameaças de agressão física (ou de morte), bem como as crises de destruição de utensílios, mobílias e documentos pessoais, também são consideradas violência emocional, pois não há agressão física direta (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

#### 4.2.3 Violência Verbal

A violência verbal em geral ocorre concomitantemente com a violência psicológica. Alguns agressores verbais dirigem sua “artilharia” contra outros membros da família, incluindo momentos quando estes estão na presença de outras pessoas estranhas no lar (BALLONE, 2003). Em decorrência de sua menor força física e da expectativa da sociedade em relação à violência masculina, a mulher tende a especializar-se na violência verbal, mas, de sobremaneira, esse tipo de violência não é somente monopólio das mulheres.

Por razões psicológicas íntimas, normalmente decorrentes de complexos e conflitos, algumas pessoas se utilizam da violência verbal infernizando a vida de outras, querendo ouvir, obsessivamente, confissões de coisas que não fizeram. Atravessam noites nessa tortura verbal sem fim. "Você tem outra (o)... você olhou para fulana (o)... confesse, você queria ter ficado com ela(e)" e todo tipo de questionamento, normalmente argumentado sob o rótulo de um relacionamento que deveria se basear na verdade, ou coisa assim. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

A violência verbal existe até na ausência da palavra, ou seja, até em pessoas que permanecem em silêncio (BALLONE, ORTOLANI, 2003). O agressor verbal, vendo que um comentário ou argumento é esperado para o momento, se cala, emudece e,

evidentemente, esse silêncio machuca mais do que se tivesse falado alguma coisa. Nesses casos a arte do agressor está, exatamente, em demonstrar que tem algo a dizer e não diz.

#### 4.2.4 Violência Sexual

O estupro é a mais cruel manifestação de violência contra a mulher e, ao contrário do que pensa o senso comum, também é cometido no ambiente doméstico.

O estupro domiciliar é pouco divulgado e quase não há denúncia. A mulher, além de ter medo e vergonha, muitas vezes não sabe que está sofrendo violência dentro de seu próprio lar. [...] quando ela é forçada a manter relações sexuais com seu companheiro, sendo utilizada força física ou até mesmo psicológica, ela está sendo estuprada. [...] Apenas 10% das vítimas de abuso sexual, ocorridos em casa ou não, denunciam seus agressores, de acordo com o Conselho Nacional de Direitos da mulher, e destas, poucas são as que procuram atendimento médico. (INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO, 2002).

Há oscilações dos direitos da mulher mesmo em sociedades mais antigas. Ou seja:

Na França, por exemplo, qualquer relação sexual entre cônjuges que não seja consentida é considerada estupro. Na Grã-Bretanha a mulher que mata o marido normalmente recebe pena maior que o assassino da esposa. A lei inglesa parte do princípio de que, como a mulher é mais fraca fisicamente, só conseguirá matar um homem se houver premeditação. Esta constitui um agravante, que eleva a pena. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

No Brasil, quanto aos homens que assassinam suas companheiras, em geral, ou não são punidos ou são apenas brandamente, pois a critério da presente na legislação brasileira, considera-se como atenuante o estado de forte emoção do indivíduo.

#### 4.3 O parceiro enquanto agressor

A violência entre parceiros se produz em todos os países, independente do grupo social, econômico, religioso ou cultural. Embora as mulheres possam agredir seus parceiros masculinos, e a violência também possa se dar entre parceiros do mesmo sexo,

a proporção da violência infligida pelo homem à sua companheira é devastadora, comparada aos primeiros. (WHO, 2002, p. 97).

Investigações científicas internacionais questionaram a associação entre drogas e violência doméstica. O Centro Canadense de Estatísticas Judiciais, no ano de 2000, conduziu um estudo que envolveu 7.707 mulheres casadas ou vivendo conjugalmente. Cerca de 4% dessas mulheres tinham sido vítimas de violência doméstica nos últimos 30 dias, na época da pesquisa. Inicialmente, os investigadores averiguaram que homens violentos eram muito mais freqüentemente descritos como bebedores pesados e 50% dos agressores haviam se alcoolizado no momento em que agrediram suas mulheres. (JOHNSON, 2000).

Num segundo momento, de acordo com essa mesma pesquisa, foram analisados o uso de álcool pelos agressores juntamente a comportamentos cotidianos de outra natureza, como: costume de chamar a mulher com termos depreciativos, ciúme, tentativa de controlar o contato da mulher com outras pessoas, insistência em saber de todas as atividades e rotinas da mulher, não permitir acesso direto da mulher à renda doméstica, entre outros.

O autor desta pesquisa conclui que:

Esses comportamentos depreciativos e de controle da mulher são o que de fato explica estatisticamente a eclosão da violência doméstica, e não o ato de beber pesadamente, como tradicionalmente pensado. Em termos de variáveis sócio-econômicas, o fato de estar desempregado foi a variável de maior destaque, e não a baixa escolarização. [...] A associação entre o consumo de álcool e violência pode ser considerada espúria. [...] o que possivelmente ocorre nesses casos é a masculinidade ser vivenciada através dos dois comportamentos: beber pesadamente e agredir e atacar a esposa. (JOHNSON, 2000).

Em outro estudo realizado nos EUA, no ano de 2001, – sob o tema “*Violência doméstica entre parceiros adultos associada ao uso de álcool entre brancos, negros e hispânicos: principais achados de um estudo nacional*” por (CAETANO et al 2001) – foram pesquisados dois tipos de violência doméstica entre parceiros adultos: homem contra mulher e mulher contra homem.

Neste estudo, 23% dos casais negros, 11,5% dos casais brancos e 17% dos casais hispânicos pesquisados relataram incidentes de violência do homem contra a mulher nos últimos 12 meses, na época da pesquisa. A violência da mulher contra o homem foi de: 30% entre os negros, 15% entre brancos e 21% entre hispânicos. A

maior prevalência de violência entre grupos de minoria étnica não pode ser explicada por nenhum fator isolado, mas parece estar associada a uma combinação de fatores individuais, ambientais e ao tipo de relacionamento entre os parceiros. O álcool desempenhou um papel importante na violência entre parceiros íntimos. O estudo detectou que 30 a 40% dos homens e 27 a 34% das mulheres que agrediram seus parceiros estavam alcoolizados no momento da agressão. (CAETANO et al, 2001).

Para os autores desta pesquisa, o papel do álcool na violência íntima entre parceiros adultos pode ter várias hipóteses, não excludentes:

a) o efeito desinibidor do álcool, explicado fisiologicamente, contribuiria para a eclosão desse tipo de violência; b) a expectativa social de que o álcool desinibe as pessoas, fazendo com que elas ajam de modo insensato, poderia estar modelando esse comportamento; c) algumas pessoas poderiam conscientemente ingerir álcool para poder ter uma desculpa socialmente aceita para seu comportamento violento e d) talvez o uso pesado de álcool e a prática de agressão sejam apenas fatores de predição de um outro quadro, como personalidade impulsiva. (CAETANO et al, 2001).

A violência doméstica na infância da mulher, pode alterar a estrutura da personalidade e contribuir para a destruição da auto-estima, permitindo a tendência à repetição dos padrões, fazendo com que as mulheres procurem parceiros que se assemelhem, em vários quesitos (consumo de álcool, comportamento violento) aos seus pais agressores. Nesta pesquisa, o álcool pareceu corroborar a conduta violenta, não de forma direta, mas provavelmente por interferir nos padrões de comportamento facilitando a violência, uma vez que acentua o desequilíbrio de controle e poder exercidos pelo parceiro. No entanto, os reais mecanismos responsáveis por essa associação ainda estão por ser elucidados, não estando claro se o abuso de álcool funciona como um fator causal direto ou indireto, ou ainda como um modificador do efeito de outros fatores. (MENEZES et al, 2003, p.314).

Para Minayo e Deslandes (1998), o uso de álcool pelo homem (e não de drogas em geral) apresenta-se como um significativo fator de risco para a violência do parceiro contra sua mulher. Para Gomes et al (2002), em relação a esse tipo de associação, violência e drogas, vários estudiosos apontam que o álcool é a substância mais ligada as mudanças de comportamento, provocadas por efeitos psicofarmacológicos que desencadeiam a violência.

Para Deslandes (1994) e Giffin (1994), os agressores não possuem, necessariamente, perfil de doentes mentais, tornando-se necessário relativizar sua

"classificação patológica" e os conceitos utilizados nessa trajetória. Para Bentes (1999 apud Gomes et al, 2002) existe uma justaposição de conceitos jurídico-penais e psiquiátricos, utilizados para retratar tanto atos de delinquência, quanto o distúrbio de comportamento.

O fato de se construir uma explicação psicológica para os maus-tratos com base na análise da personalidade de quem maltrata, pode apresentar de forma patológica o agressor, que é reprovado, mas compreendido pela sua patologia. A explicação mais recorrente sobre a personalidade dos agressores refere-se à reprodução das experiências de violência familiar vividas durante a infância, contribuindo para que se perpetuem os maus-tratos. Assim, segundo essa visão de Korn et al (1998, p.455) ocorre um círculo vicioso: "as crianças recebem todos os impactos de situações de desajustes, perdendo os seus vínculos afetivos e tornando-se adultos agressivos, potencializando cada vez mais situações agressivas".

Para a WHO (2002), não há um fator único que explique porque algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência, é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência.

Dado ao exposto, para contribuir às pesquisas em relação à violência contra a mulher, seria importante investigar, a dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida. Tal estratégia contribuiria para tornar os profissionais da saúde mais conhecedores dos aspectos que emergem diante deste tipo de fenômeno; cujo conhecimento conseqüentemente, também os tornariam mais aptos a desenvolver linhas de intervenções terapêuticas e investigativas centrada no agressor e na vítima de violência. Uma vez que, possivelmente novas perguntas de pesquisas que requer este fenômeno, serão formuladas ao tornar os casais/parceiros como sujeitos da investigação do processo relacional pelo qual a violência perpassa.

## **5 METODOLOGIA**

Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória, descritiva, no Centro de Saúde Trindade, Florianópolis com o objetivo de identificar a dinâmica da violência entre casais a partir das mulheres que sofreram agressões. Sendo elegíveis mulheres que



tiveram qualquer tipo de relacionamento amoroso nos últimos 12 meses, com duração mínima de um mês.

## 5.1 SUJEITOS

Foram entrevistadas individualmente, 62 mulheres entre 19 e 56 anos, com ou sem história anterior de violência, da área de abrangência do Centro de Saúde Trindade.

## 5.2 Local do Estudo

O centro de Saúde (CS) da Trindade é uma das mais de 40 unidades de saúde do município de Florianópolis que prestam atendimento na rede básica de saúde, sendo os atendimentos prioritários aos moradores da sua área de abrangência. A unidade pertencente ao Distrito Sanitário Centro e está situada à Confluência da rua Henrique da Silva Fontes com Odilon Fernandes, nº 6.000. O quadro funcional efetivo do CS Trindade é composto por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de odontologia, coordenadora do CS, auxiliares administrativos e os agentes comunitários de saúde.

Este quadro funcional está subdividido em três equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo cada uma composta por um médico, um enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, um cirurgião dentista, e os agentes comunitários de saúde. Estas equipes são responsáveis por três áreas (850, 851 e 852) que compõem a área de abrangência do CS Trindade.

Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2000 com projeção para 2008, a população total da área de abrangência do CS Trindade é estimada em 19467, sendo que desta, 9222 são homens e 10245 são mulheres.

## 5.3 Coleta de Dados

Aplicou-se o questionário Conflict Tactics Form R (CTS-1), que foi adaptado de forma transcultural e validado para sua versão em português, utilizada para estimar a violência entre casais (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003). Inicialmente a

estratégia de abordagem foi realizar as entrevista na sala de espera da Unidade, devido a falta de privacidade do local e conseqüentemente a dificuldade de abordar o tema, foi necessário adotar nova estratégia para coleta de dados. Sendo assim as mulheres foram entrevistadas durante as consultas de enfermagem, como pré-natal, puericultura, puerpério e preventivo de câncer de colo uterino, no período entre agosto e outubro de 2009, durante a disciplina de Estágio Supervisionado II, da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. As perguntas referentes à violência psicológica e verbal abordavam questões como insultos, xingamentos, discussão, provocações e ameaças. Já as perguntas relacionadas à violência física abordavam empurrões, tapas, bofetadas, chutes, mordidas, sufocamento e uso de faca e arma.

#### 5.4 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em banco de dados construídos no Programa EpiData 3.1. A consistência e a análise dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata 9. Para analisar os tipos de agressão, dividiram-se as questões em duas categorias: violência psicológica e violência física

#### 5.5 Aspectos éticos

Foi realizada visita prévia ao Centro de Saúde da Trindade, com a finalidade de apresentar os objetivos e procedimentos necessários para a realização da pesquisa.

Antes da coleta dos dados o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, visando atender aos preceitos éticos de direitos humanos dos sujeitos da pesquisa. Esse procedimento seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos e foi aprovado pela Instituição sob número de certificado 184.

Para viabilizar a clareza em relação aos procedimentos da pesquisa e a confidencialidade das informações colhidas, foram expostos aos entrevistados os objetivos e importância da pesquisa.

Além disso, foram reforçados o direito de escolha de participar da pesquisa, o compromisso de sigilo absoluto da identidade dos sujeitos e a possibilidade de

desistência da participação na pesquisa no momento que desejarem. Com a concordância dos participantes, os mesmos assinaram um “termo de consentimento livre e esclarecido” antes de iniciar a entrevista.

## **6 RESULTADOS**

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do RELATORIO DA PESQUISA desenvolvido como TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA UFSC, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo. A seguir apresenta-se o artigo elaborado

**A dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida que frequentam o Centro de Saúde Trindade, Florianópolis.**

Carolina Carvalho<sup>1</sup>  
Juliana Regina Destro<sup>1</sup>  
Sabrina Blasius Faust<sup>1</sup>  
Elza Berger Salema Coelho<sup>2</sup>  
Antonio Fernando Boing<sup>2</sup>

**Resumo**

O presente artigo investiga os tipos de violência entre casais a partir da percepção das mulheres agredidas, que frequentam o Centro de Saúde da Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. Realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, com 62 mulheres com idade entre 19 e 56 anos. As entrevistas foram realizadas durante as consultas de enfermagem. As prevalências de violência psicológica e violência física foram estimadas pelo questionário Conflict Tactics Scales – Form R. Das 62 mulheres entrevistadas 93,6% (58), sofreram violência, destas 100% afirmaram ter sofrido violência psicológica e 19% (11) violência física. O principal motivo para começarem as agressões foi o ciúme que o parceiro demonstra pela mulher. A violência pode ser prevenida, para tanto é preciso que se implementem Políticas Públicas capazes de combater a violência, e que a sociedade assuma também esta responsabilidade. Considerando que esta pesquisa se desenvolveu em um serviço de saúde e a proporção de situações de violência encontrado, podemos inferir ser este um local privilegiado para detecção e atenção a este grave problema presente na sociedade.

Palavras Chave: Saúde Pública, Violência entre casais, Saúde da mulher

**Abstract**

The dynamics of violence between couples from the perspective of women who were attending the Trindade Health Center, Florianópolis.

This article investigates the types of violence between couples from the perception of battered women, who attend the center of Trinity Health, Florianópolis, Santa Catarina. There was an exploratory, descriptive, with 62 women aged between 19 and 56 years. The interviews were conducted during visits by nurses. The prevalence of psychological and physical violence were estimated by questionnaire Conflict Tactics Scales - Form R. Of the 62 women interviewed 93.6% (58), sexual violence, these 100% said they had suffered psychological violence and 19% (11) physical violence. The main reason for starting the attacks was the jealousy that the partner shows the woman. Violence can be prevented to do so it must be able to implement public policies to combat violence, and that society also assume this responsibility. Whereas this research has developed into a health service and the proportion of cases of violence found, we can infer that this is an ideal place for detection and attention to this serious problem in the society.

Key Words: Public Health, Violence between couples, Women's health

## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 90, em âmbito mundial, que oficialmente o setor saúde começou a assumir os acidentes e a violência não só como uma questão social, mas como de grande importância enquanto campo de pesquisa na área da saúde pública, não só pelo impacto que provoca na qualidade de vida; como pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, mas também pela concepção ampliada de saúde, onde a violência é objeto de intersectorialidade, na qual o campo médico-social se integra (MINAYO, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) violência é o uso intencional da força física ou o poder, sob a forma de ameaça real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em dano, morte, prejuízo psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

A forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo, a qual se refere a qualquer ato ou comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (Krug *et al.*, 2002). Inclui as agressões físicas, o maltrato psíquico, as relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, e diversos comportamentos dominantes (GARCIA, JANSEN *et al.*, 2005).

No Brasil, um estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, realizado com amostra de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. A expressão de violência por parceiro íntimo mais frequente é a da violência psicológica exclusiva, seguida pela física acompanhada da sexual e pelas três formas juntas. A sobreposição destas diversas formas de violência corresponde a 20% dos casos e constitui-se situação extremamente grave (VENTURI, 2004).

A violência contra a mulher é um problema complexo, multifacetado, que destrói vidas e compromete o desenvolvimento pleno e integral de milhões de mulheres no Brasil e no mundo. Sendo que no Brasil 70% dos crimes contra mulheres acontecem dentro de casa e o agressor é o marido ou o companheiro. (CARREIRA E

PANDJIARJIAN 2003). Apenas 10 a 30% dos casos de violência contra a mulher são denunciados.

As mulheres estão sujeitas à agressão principalmente por pessoas conhecidas como familiares, maridos, companheiros ou ex-companheiros, fato que muitas vezes leva à violência repetitiva, que se torna crônica com o passar dos meses, anos e até vidas inteiras.

Esses dados revelam o caráter privado deste tipo de violência e uma relativa tolerância social, que têm contribuído para inibir a visibilidade do problema em suas justas proporções (SANMARTÍN, 2004).

Na saúde da mulher, as conseqüências da violência doméstica são profundas e pode persistir muito tempo após as agressões terem cessado. São inúmeras as influências da violência na saúde, que vão desde fraturas, hematomas, DST's e gravidez indesejada, até doenças crônicas, como fibromialgia e hipertensão arterial. (SCHRAIBER e D'OLIVEIR, 1999)

A violência contra a mulher, além de ser uma violação aos direitos humanos, corresponde a um problema de saúde pública em função do impacto que gera na qualidade de vida, pelas implicações na saúde das vítimas e pelas demandas dos serviços de saúde (Krug, Dahlberg *et al.*, 2002; Brasil, 2004; Minayo, 2004). Sendo assim, o serviço de saúde mostra-se um lugar propício para identificar a violência contra a mulher, considerando que aproximadamente 35% das queixas trazidas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas a essa causa (MINAYO, 2006).

## **2 METODOLOGIA**

Desenvolveu-se uma pesquisa exploratória, descritiva, no Centro de Saúde Trindade, Florianópolis com o objetivo de identificar a dinâmica da violência entre casais a partir das mulheres que sofreram agressões. Para tanto, foram entrevistadas 62 mulheres com idade entre 19 e 56 anos, com ou sem história anterior de violência. Aplicou-se o questionário Conflict Tactics Form R (CTS-1), que foi adaptado de forma transcultural e validado para sua versão em português, utilizada para estimar a violência entre casais (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2003). Sendo elegíveis mulheres que tiveram qualquer tipo de relacionamento amorosos nos últimos 12 meses, com duração mínima de um mês.

As mulheres foram entrevistadas entre agosto e outubro de 2009 na Unidade

Básica de Saúde da Trindade durante as consultas de enfermagem, como pré-natal, puericultura, puerpério e preventivo de câncer de colo uterino. As perguntas referentes à violência psicológica e verbal abordavam questões como insultos, xingamentos, discussão, provocações e ameaças. Já as perguntas relacionadas à violência física abordavam empurrões, tapas, bofetadas, chutes, mordidas, sufocamento e uso de faca e arma.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob o número 184, visando atender aos preceitos éticos de direitos humanos dos sujeitos da pesquisa. Esse procedimento seguiu as recomendações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta investigações envolvendo seres humanos.

Os dados foram digitados em banco de dados construídos no Programa EpiData 3.1. A consistência e a análise dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata 9. Para analisar os tipos de agressão, dividiram-se as questões em duas categorias: violência psicológica e violência física.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A maioria das mulheres que fizeram parte do estudo, conforme a tabela 1 encontrou-se na faixa etária de 19 a 40 anos 79% e 80,6% são casadas. O tempo médio de união estável foi de 9,2 anos. A média do número de filhos foi de 1,6 por mulher e o sistema familiar era composto em sua maioria de 3 a 4 pessoas, 60%. A profissão predominante foi doméstica, somando 37,1%. 43,6% das famílias tinham como responsável em promover o sustento familiar tanto o homem quanto a mulher, 35,5% dos lares eram chefiados por homens e 8,1% pela mulher.

**Tabela 1 - Descrição da amostra da pesquisa. Trindade, Florianópolis, 2009.**

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<b>Tempo de união</b>	
Até 1 ano	11 (17,7)
De 2 à 5 anos	19 (30,7)
De 6 à 10 anos	8 (12,9)
De 11 à 15 anos	12 (19,3)

Acima de 15 anos	12 (19,3)
<b>Ocupação da mulher</b>	
Doméstica	23 (37,1)
Auxiliar de cozinha	9 (14,6)
Comerciante	7 (11,3)
Manicure	4 (6,4)
Do lar	4 (6,4)
Outras	15 (24,2)

Os parceiros com idade entre 19 a 40 anos somaram 75,8% da amostra e a profissão exercida predominantemente foi pedreiros com 21%, conforme tabela 2.

**Tabela 2 - Descrição do parceiro das mulheres. Trindade, Florianópolis, 2009.**

Variável	n (%)
<b>Idade do parceiro</b>	
19-29	23 (37,1)
31-40	24 (38,7)
41-56	15 (24,2)
<b>Ocupação do parceiro</b>	
Pedreiro	13 (21%)
Carpinteiro	7 (11,3%)
Pintor	7 (11,3%)
Motorista	5 (8,1%)
Autônomo	4 (6,5%)
Bancário	3 (4,8%)
Desempregado	3 (4,8%)
Garçom	2 (3,2%)
Téc. Informática	2 (3,2%)
Outros	16 (25,8%)

Observou-se que a prevalência das mulheres que sofreram algum tipo de violência foi de 93,6% (58), destas 100% afirmaram ter sofrido violência psicológica e 19% (11) violência física. A amostra de mulheres que sofreram violência psicológica e física foi de 19% (11).



Entre os homens a relação foi semelhante, 93,6% (58) sofreram violência, destes 100% sofrem violência psicológica e 31% (18) sofreram violência física. A violência psicológica e física juntas representou 31%. Em todos os casos, homens e mulheres, que apresentaram violência física sofreram violência psicológica anteriormente.

Das 62 mulheres entrevistadas, apenas 6,4% (4) não relatam nenhum tipo de violência entre os casais.

### **3.2 Motivos das agressões entre casais**

Evidenciamos que os motivos que as mulheres alegaram para iniciar a situação de violência estão relacionados na maioria com atitude do parceiro. De acordo com os resultados obtidos foi possível constatar que 25,8% dos motivos para iniciarem as agressões estava relacionado ao ciúme que o parceiro demonstra pela mulher, e 16,1% não identificaram o motivo para o início da agressão.

#### *Motivos das Agressões:*

- Por ciúme do parceiro - 16 (25,8%)
- Sem motivo específico - 10 (16,1%)
- Por ciúmes da parceira - 7 (11,3%)
- Atividades sociais dele com os amigos (futebol, bar) - 7 (11,3%)
- Diferença de opiniões - 6 (9,6%)
- Uso de álcool e drogas pelo parceiro - 4 (6,5%)
- Estresse de ambos - 4 (6,5%)
- Problemas com familiares do parceiro - 3 (4,8%)
- Dificuldades financeiras - 3 (4,8%)
- Por causa dos filhos - 2 (3,2%)

O ciúme remete claramente o machismo quando este constitui um sentimento e uma prática de posse do homem sobre a mulher, o que vem marcado pelo desejo de mantê-las como propriedade exclusiva. Podemos associar a questão do ciúme também, à percepção das mulheres de uma falsa valorização pelo homem.

Segundo (SANMARTÍN, 2004) os homens agressores podem ser enquadrados num perfil de consumo de álcool e drogas, ciúme patológico, transtornos de

personalidade, falta de controle sobre a raiva, dificuldade de expressar sentimentos, distorções cognitivas sobre o papel da mulher e sobre o relacionamento, déficit de habilidades para comunicação e para resolução de problemas e baixa auto-estima. Confirmando os problemas relatados pelas mulheres pesquisadas sobre o início das discussões como à falta de dinheiro, o estresse de ambos, uso de álcool e drogas pelo parceiro e a diferença de opiniões.

Apesar dos relatos de violência e agressões, quando questionado sobre a nota que dariam para o seu relacionamento conjugal, 25,8% das mulheres deram nota igual ou inferior a 7 e 74,2% deram nota igual ou superior a 8. Este fato pode se relacionar com a dependência psicológica e financeira que essas mulheres têm de seus parceiros, uma vez que, pode-se constatar que apenas 8,1% das mulheres dependem exclusivamente de sua renda para seu sustendo, enquanto 35,5% dependem do parceiro para sustentar a família e mais 43,6% dependem para complementar a renda familiar.

A forma mais comum de violência contra a mulher é aquela cometida pelo parceiro íntimo (namorado, companheiro, marido, ex-marido, ex-namorado). O fato de, em muitos casos, a mulher estar envolvida emocionalmente e economicamente com o parceiro implica na dinâmica da violência (Krug, Dahlberg *et al.*, 2002; Deeke, 2007).

### **3.3 Tipos de Violência**

#### Violência Psicológica

Quanto às questões de violência psicológica, as prevalências foram idênticas quando comparadas entre mulheres e homens. Porém quando analisadas cada questão separadamente esta prevalência foi maior nas mulheres, quando observamos que os homens discutem o problema mais calmamente e procuram conhecer melhor o modo da mulher pensar. Da mesma forma que as mulheres xigam 15% mais que os homens durante as discussões.

Em contrapartida quando houve discussão entre o casal, 14,5% das mulheres tiveram a necessidade de trazer alguém para acalmar a situação contra 6,4% dos homens. Podemos perceber neste estudo, referente à violência verbal, que diante de uma discussão as mulheres ficam mais emburradas, não falam mais no assunto e retiram-se do local da discussão. Elas também fazem e dizem mais coisas para irritar os homens. Este fato pode ser explicado por (BALONE, 2003) quando ele expõe que em decorrência de sua menor força física e da expectativa da sociedade em relação à

violência masculina, a mulher tende a especializar-se na violência verbal, mas, de sobremaneira, esse tipo de violência não é somente monopólio das mulheres.

Por razões psicológicas íntimas, normalmente decorrentes de complexos e conflitos, algumas pessoas se utilizam da violência verbal infernizando a vida de outras, querendo ouvir, obsessivamente, confissões de coisas que não fizeram. Atravessam noites nessa tortura verbal sem fim. "Você tem outra (o)... você olhou para fulana (o)... confesse, você queria ter ficado com ela(e)" e todo tipo de questionamento, normalmente argumentado sob o rótulo de um relacionamento que deveria se basear na verdade, ou coisa assim. (BALLONE, ORTOLANI, 2003).

A Violência Psicológica, também conhecida por Agressão Emocional, às vezes tão ou mais prejudicial que a física, é vista pelo Ministério da Saúde, como toda ação ou omissão capaz de provocar ou objetivar causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, caracterizando-se como: insultos constantes; humilhação; desvalorização; chantagem; isolamento de amigos e familiares; ridicularização; rechaço; manipulação afetiva; exploração entre outras. (BRASIL, 2001).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006, BRASIL, 2006) entende a violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima da mulher, ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

As ameaças e o uso de objetos durante as discussões (quebrá-los, jogá-los) apresentam-se mais evidente nas questões referentes à mulher, sendo que neste tema (ameaça e uso de objetos), no geral, a mulher é mais agressiva que o homem, como observado na tabela 3. Podemos considerar que essa incidência de ameaças e uso objetos ocorre após as agressões verbais, que as mulheres também cometem mais, como demonstrado anteriormente. Esses tipos de agressões causam geralmente menos danos físicos visíveis, os materiais utilizados pela mulher enquanto agressão pode estar relacionado com sua menor força física. O fato é de que a mulher comete mais essa violência; joga objetos numa proporção de 11,3% para 0% dos homens, constituindo assim, um mecanismo para revidar as agressões.

O fato de a mulher iniciar a violência de maneira não física, mas nem por isso menos agressiva faz o homem ter “desculpa ou justificar” a agressão, de acordo com a pesquisa.

**Tabela 3 – Questões de violência do CTS-1. Trindade, Florianópolis, 2009.**

<b>Questões sobre Violência Psicológica</b>		
<b>Questões</b>	<b>Mulher n (%)</b>	<b>Homem n (%)</b>
<b>Não Discutiu calmamente o problema</b>	26 (42)	21 (33,8)
<b>Não Conheceu o modo de pensar</b>	14 (22,6)	21 (33,9)
<b>Trouxe alguém para ajudar</b>	9 (14,5)	4 (6,4)
<b>Xingou ou insultou</b>	31 (50)	22 (35,5)
<b>Ficou emburrado, não falou mais</b>	47 (75,8)	39 (62,9)
<b>Retirou-se do local</b>	27 (43,5)	25 (40,3)
<b>Fez ou disse coisas para irritar</b>	24 (38,7)	29 (46,8)
<b>Ameaçou bater ou jogar coisas</b>	8 (12,9)	10 (16,1)
<b>Ameaçou com faca e arma</b>	2 (3,2)	2 (3,2)
<b>Questões sobre Violência Física</b>		
<b>Jogou coisas</b>	7 (11,3)	-
<b>Empurrou ou agarrou</b>	12 (19,4)	8 (12,9)
<b>Deu tapa ou Bofetada</b>	2 (3,2)	6 (9,7)
<b>Chutou, mordeu, deu um murro</b>	6 (9,7)	2 (3,2)
<b>Bateu ou tentou bater com objetos</b>	3 (4,9)	1 (1,6)
<b>Espancou</b>	-	1 (1,6)
<b>Estrangulou ou sufocou</b>	-	2 (3,2)
<b>Usou faca ou arma</b>	1 (1,6)	1 (1,6)

#### Violência Física

As mulheres, que empurraram, agarraram, morderam e bateram ou tentaram bater com objetos os parceiros somaram 34%, enquanto 17,7% dos homens apresentam esta reação. Nesta relação podemos questionar a violência do ponto de vista de relações de força expressas enquanto relações de dominação.

De acordo com (JOHNSON, 2000), os estudos de base populacional parecem detectar melhor os casos de violência moderada, o que, artificialmente, poderia majorar a violência perpetrada pela mulher em relação a do homem. Além disso, ressaltam-se as

poucas indicações de que a mulher cometa agressões contra o parceiro na mesma intensidade e severidade de violência dirigida a ela pelo homem.

Neste estudo, o homem utiliza de sua maior força física para agredir a mulher em relação às violências de maior gravidade consideradas como: espancamento, estrangulação e utilização de arma, faca. Na agressão tipo tapa ou bofetada os homens praticam mais que as mulheres numa proporção de 9,7% para os homens e 3,2% para mulheres. Os dados demonstram que 1,6%, dos homens espancam as parceiras, 3,2% estrangulam e sufocam.

Nas análises estratificadas por gênero, o presente estudo apontou que as mulheres declararam cometer mais atos de violência quanto referiram para os homens. Segundo (GARCIA 1999) esse achado é corroborado por outros estudos que indicaram prevalência similar ou maior entre as mulheres de violência perpetrada contra o parceiro. Whitaker et al. (2007), ao analisarem dados sobre violência entre parceiros íntimos na população de 18 a 28 anos nos Estados Unidos, descreveram que, em 24% dos relacionamentos, havia algum tipo de violência e que, em metade desses, os atos eram recíprocos entre homem e mulher. Nos casos de não reciprocidade, as mulheres foram às agressoras em cerca de 70% dos casos. Nesse sentido, para o melhor entendimento dos atos de violência, é preciso considerar a dinâmica dessas relações e o contexto familiar que agem em conjunto com os demais fatores individuais e estruturais envolvidos na violência (CASTRO e RIQUER, 2003).

#### **4. Considerações Finais**

As mulheres que fizeram parte da pesquisa sofreram violência psicológica e física, com maior prevalência da violência psicológica em relação física. Porém os resultados também nos mostraram que as mulheres estão tendo um comportamento mais agressivo frente aos homens, respondendo suas provocações e os ameaçando.

A violência pode ser prevenida, para tanto é preciso que se implementem Políticas Públicas capazes de combater a violência, e que a sociedade assuma também esta responsabilidade.

Buscar estratégias para enfrentar essa situação representa uma necessidade emergencial para a sociedade, uma vez que as repercussões da violência são evidentes

na literatura e neste estudo reproduzem uma situação real vivida no cotidiano de homens e mulheres.

Considerando que esta pesquisa se desenvolveu em um serviço de saúde podemos inferir ser este um local privilegiado para detecção e atenção a este grave problema presente na sociedade. É preciso que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para o problema e preparados para receber esta demanda.

## REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I.V. **Violência Doméstica**. 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>>. Acesso em 15/05/2009.

BOULDING, E. **Las mujeres y la violencia social**. In: UNESCO. *La violencia y sus causas*. Paris, 1981. p. 265-79.

BRASIL. Ministério da Saúde **Política nacional de morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria MS/GM n 737/2001. Brasília: MS, 2001. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_promocao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf)>. Acesso em 16 nov 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Violência Intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006.

CARREIRA, Denise; PANDJIARJIAN, Valéria. **Vem pra roda! Vem para rede!**: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.

Castro R, Riquer F. **La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos**. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:135-46

FERRARI, D. C. A. **Atendimento psicológico a casos de violência intrafamiliar**. In: FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. (Org.). *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Agora, 2002. p. 160-173.

FORATTINI, A saúde pública no século XX. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.34, n.3, p.211-3, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em < [www.ibge.gov.br/censo/](http://www.ibge.gov.br/censo/)> Acesso em 20 jun 2009.

JOHNSON MP, FERRARO KJ. **Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions**. J Marriage Fam 2000; 62:948-63

HASSELMANN, Maria Helena, REICHENHEIM, Michael E. **Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*, usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração**. Cad. Saúde Pública v.19 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2003

KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JÁ, ZWI AB, LOZANO R. **World Report on Violence and Health**. Geneve: World Health Organization; 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-7, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10/10/2009.

Moreno-Martín F. **Violence in couples**. Rev Panam Salud Publica 1999; 5:245-58.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/Opas; 2002.

\_\_\_\_\_. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS; 2002.

SANMARTÍN J. **El Labirinto de La Violencia: causas, tipos y efectos**. 2ºed. Ed. Barcelona: Ariel 2004.

SCHRAIBER, L. B. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde**. São Paulo: Departamento de Medicina da USP, 2002.



VENTURI G, RECAMÁN M, OLIVEIRA S, organizadores. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. **Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence**. Am J Public Health 2007; 97:941-7.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos satisfeitas com o resultado deste estudo considerando que a maioria das escolas formadoras de profissionais da saúde não prepara os acadêmicos para o manejo de casos de violência, o que pode contribuir para sua não detecção. Logo, conseguimos avaliar e conhecer melhor essa particularidade da saúde pública de fundamental importância para o entendimento e atenção à comunidade.

Através desta pesquisa podemos constatar que a violência psicológica é um dado importante para além da gravidade de violência entre os casais, e ainda que as mulheres, seja por sobrecarga de funções ou necessidade de atenção, estão mais estressadas e intolerantes, necessitando de maiores cuidados em relação ao bem estar mental, o que acarreta um maior número de reclamações e insatisfações em relação ao parceiro.

Das mulheres entrevistadas 93,6% (58) sofreram algum tipo de violência psicológica e 17,7% (11) sofreram violência física.

A violência física também apareceu em nossa pesquisa e podemos concluir que muitas vezes elas vêm acompanhadas da violência psicológica.

Acreditamos que a mulher tem cada vez mais tornado-se vítima da violência provocada não apenas por seu parceiro, mas pela sociedade e com o decorrer dos anos, apesar de conquistando espaço e direitos, a mulher tem sido vítima de outros tipos de violência.

Segundo o Relatório Mundial de Violência e Saúde (2002), a procura pelo serviço de saúde decorre da necessidade de cuidado provocada pela violência física, pelas seqüelas psicológicas, além de sintomas vagos e dores inexplicáveis. Muitas vezes a mulher não se dispõe a relatar os episódios de violência que sofre, mantendo o problema oculto, dificultando seu diagnóstico. Além disso, a falta de instrumentos de acolhimento e arsenal resolutivo para o problema faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade.

O serviço de saúde atende a mulher em consultas de preventivo de câncer de colo de útero e de mama, pré natal, grupos de auto-ajuda, consultas de rotina, quando a mesma traz o filho para a consulta de puericultura, além do elo que a comunidade possui com a sociedade através da Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo principalmente o Agente Comunitário de Saúde elo desta comunicação. O serviço deve oferecer segurança e saber informar a mulher vítima de violência.

Importante ressaltar que muitas limitações foram encontradas em função dos obstáculos no desenvolvimento da pesquisa, assim como a dificuldade da mulher falar sobre o assunto, já que mesmo aquelas que sofreram violência avaliavam a relação como boa e não consideravam violência os atos ocorridos. A unidade de saúde tem várias áreas de risco, por isso decidimos por não realizar as entrevistas na comunidade para preservar o anonimato das mulheres, e para que elas se sentissem mais a vontade em falar no assunto. Sugere-se que novas pesquisas sejam empreendidas em resposta às lacunas encontradas neste estudo onde a ESF faça a busca para o reflexo desta situação na prática.

## 8 REFERÊNCIAS

1. ALBRECHT, K. **A única coisa que importa:** trazendo o poder do cliente para dentro de sua empresa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.
2. BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I.V. **Violência Doméstica.** 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>>. Acesso em 15/05/2009.
3. BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
4. CAETANO, R.; SHAFER, J.; CUNRADI, C. B. Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and hispanic couples in the United States. **Alcohol Research and Health**, Bloomington, 2001. vol. 25, p. 58-65. Disponível em: <[http://eticatecnologia.com.br/html/geral\\_atualizacao.htm](http://eticatecnologia.com.br/html/geral_atualizacao.htm)>. Acesso 12/05/2009.
5. CAMARGO, M. Violência e Saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, nov. 2000. n.22. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br>> Acesso em 12/05/2009.
6. CARREIRA, Denise; PANDJIARJIAN, Valéria. **Vem pra roda! Vem para rede!:** Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.
7. CASTRO, Roberto; RIQUER, Florinda. Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism to theory without data. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.1, p.135-146, jan./feb. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 14/05/2009.
8. DANTAS-BERGER, Sônia Maria; GIFFIN, Karen. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.21, n.2, p.417-425, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15/05/2009.
9. DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales.** Washinton, DC: Porter/Novelli, 1986. (Adaptação do material preparado para Healthcom).
10. DESLANDES, Suely F. Care of children and adolescents suffering domestic violence: analysis of a service. **Cad. Saúde Pública**, Rio e Janeiro, vol.10, supl.1, p.177-187, 1994.
11. FORATTINI, A saúde pública no século XX. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.34, n.3, p.211-3, 2000.
12. GARCIA-MORENO C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH et al. **Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.** *Lancet.* 2006;368(9543):1260-9.

13. GIFFIN, Karen. Gender violence, sexuality, and health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.10, supl.1, p.146-155, 1994.
14. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
15. GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira; VEIGA, Márcia Motta *et al.* Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, n.3, p.707-714, mayo/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10/05/2009.
16. HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1994. Disponível em: <<http://www.metabase.net/docs/las-dignas/00120.html>>. Acesso em 11/05/2009.
17. HASSELMANN, Maria Helena, REICHENHEIM, Michael E. **Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração**. **Cad. Saúde Pública** v.19 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2003
18. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Disponível em <[www.ibge.gov.br/censo/](http://www.ibge.gov.br/censo/)> Acesso em 20 jun 2009.
19. JOHNSON, J. The role of alcohol in male partner's assault on wives. **Journal of Drug Issues**, Flórida, vol.30, p.725-740, 2000. Disponível em: <[http://200.152.193.254/html/geral\\_comentario.htm](http://200.152.193.254/html/geral_comentario.htm)> . Acesso em 11/05/2009.
20. KORN, G. P.; CRESPO, A. C. A.; ULSON, G.; CARNEDUTTO, M. D.; GUTIEREZ, M. T. Síndrome dos maus-tratos em crianças. **Pediatria Moderna**, v.34, n.8, p.445-460, ago. 1998.
21. KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JÁ, ZWI AB, LOZANO R. **World Reporto on Violence and Health**. Geneve: World Health Organization; 2002.
22. MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. Edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.
23. MENEZES, Telma Cursino; AMORIM, Melania Maria Ramos de; SANTOS, Luiz Carlos *et al.* Domestic physical violence and pregnancy: results of a survey in the postpartum period. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.309-316, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10/05/2009.
24. MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 10<sup>a</sup> ed. 1998.

25. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. The complexity of relations between drugs, alcohol, and violence. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.35-42, jan./mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10/05/2005.
26. MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-7, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 10/05/2005.
27. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violence against the elderly: the relevance of an old health problem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.19, n.3, p.783-791, jun. 2003.
28. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Social violence from a public health perspective. **Cad. Saúde Pública**, v.10 supl.1, p.07-18, 1994b.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª rev. São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.
30. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **25 de Novembro – Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra a Mulher. Respalhando a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará)**. Folheto 25 nov. 2004. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/assets/docs/Folder25Novembro2004.pdf>>. Acesso em: 19/05/2009.
31. SCHRAIBER LB, Oliveira AFPL. **Violência contra mulheres: interfaces com a saúde**. *Interface - Comunic Saude Educ*. 1999;3(5):11-27.
32. SCHRAIBER LB, Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueredo WS. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.
33. TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
34. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Declaration on the elimination of violence against women**. 1993. Disponível em: <[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En?Opendocument)>. Acesso em: 10/05/2009.
35. VENTURI G, RECAMÁN M, OLIVEIRA S, organizadores. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
36. VIA RS. **Agressão doméstica é o que mais fere a mulher**. *Correio rio grandense*. Caxias do Sul, 6 de março de 2002. Disponível em: <[www6.via-rs.com.br/esteditora/correio/4773/right.htm](http://www6.via-rs.com.br/esteditora/correio/4773/right.htm)>. Acesso em 14/05/2009.

37. WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). **Prevention of violence: a public health priority.** 1996. Disponível em: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf). Acesso em 19/05/2009.

38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health.** Geneva, 2002.

## 9 ANEXOS



### Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito da Pesquisa

Eu \_\_\_\_\_ Nº Identidade \_\_\_\_\_ estou de acordo com minha participação no Projeto intitulado **MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: a dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida**, desenvolvidas pelas acadêmicas Sabrina Blasius Faust, Carolina Carvalho e Juliana Regina Destro, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão da professora do Departamento de Saúde Pública da referida Universidade, Dr<sup>a</sup> Elza Berger Salema Coelho.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é realizar um levantamento acerca do número de casos de violências em suas variadas formas na área de abrangência do Centro de Saúde Trindade, considerando o crescente número de casos de violência contra a mulher no Brasil e no Mundo. Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, como também qualquer risco ou ônus aos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, bem como ter informações a qualquer momento por intermédio dos telefones abaixo fornecidos.

Florianópolis \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

Pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: 8418-0748 / 9629-0926/ 9622-5671

3721-9480 (Depto de Enfermagem)

*Nota: este termo assinado em duas vias, ficará uma de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.*



## 10 APENDICES

<b>IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>	
<b>IDADE:</b>	<b>PROCEDÊNCIA:</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>TEMPO DE UNIÃO ESTÁVEL:</b>
<b>IDADE DO PARCEIRO:</b>	<b>PROFISSÃO DO PARCEIRO:</b>
<b>RELIGIÃO:</b>	<b>PROFISSÃO:</b>
<b>Nº FILHOS:</b>	
<b>ROTEIRO PRÉ-QUESTIONÁRIO</b>	
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER</b>	
<b>A.</b> De quantos membros é composto o sistema familiar atual? (mesma residência)	
<b>B.</b> A Sr <sup>a</sup> lembra quando ocorreu a menarca? (ano)	
<b>C.</b> A Sr <sup>a</sup> lembra já entrou na menopausa? Se sim, quando? (ano)	
<b>D.</b> Quanto tempo faz que a Sr <sup>a</sup> realizou exame preventivo, contra câncer de colo uterino e de mama ? (mês, ano)	
<b>E.</b> Quem na família é o principal responsável em promover o sustento familiar?	
<b>F.</b> Vocês recebem alguma bolsa auxílio do governo? Se sim, qual?	
<b>G.</b> Como você avalia seu relacionamento, diga um n <sup>o</sup> entre 0 à 10	
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER (só para mulheres. Se for homem marcar NA em todas as outras questões seguintes, agradecer e encerrar a entrevista).</b>	
<b>H.</b> Nos últimos 12 meses, a Sr <sup>a</sup> . Teve marido, noivo, namorado, ou qualquer outro tipo de relacionamento amoroso? (Se a resposta for “ <b>não</b> ”, critério de exclusão do questionário)	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
<b>I.</b> Algum destes relacionamentos durou um mês ou mais? (Se a resposta for “ <b>não</b> ”, critério de exclusão do questionário)	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
<b>AS PERGUNTAS SÃO SOBRE A ÚLTIMA PESSOA COM QUEM A SR<sup>a</sup>. RELACIONOU-SE POR UM MÊS OU MAIS DESDE AGOSTO/SETEMBRO/OUTUBRO DE 2008.</b>	
<i>Entrevistador: Antes de começar as perguntas, tente falar com suas palavras a informação do quadro abaixo. Ressalte a importância das perguntas que se seguem e garanta a confidencialidade. Agora eu gostaria de conversar um pouquinho sobre como a Sra e o seu companheiro resolvem os desentendimentos e desavenças do dia-a-dia. Nós sabemos que algumas das próximas perguntas podem ser delicadas e pessoais e que, as vezes, parece difícil falar sobre elas. Mas é muito importante para nossa pesquisa que a Sr<sup>a</sup>. Faça um esforço para lembrar com a gente como vocês se entenderam no último ano. Eu queria lembrar que tudo que será dito aqui ficará somente entre nós.</i>	
<i>Entrevistador, leia o quadro abaixo:</i>	
Não importa como as pessoas se relacionem, tem horas que elas discordam, ficam irritadas ou brigam umas com as outras só por estarem de mau-humor, cansadas ou por qualquer outra razão. Nesses momentos, as pessoas têm muitas maneiras de tentar resolver suas diferenças e desavenças.	
Agora eu vou ler uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças e desavenças entre pessoas que se relacionam. Para cada uma das coisas que vou dizer a seguir,	

<b>eu gostaria que a Sr<sup>a</sup>. Me dissesse se já aconteceu em momentos de discussão e brigas entre vocês.</b>	
01. Nos últimos 12 meses, quer dizer, desde agosto/setembro/outubro de 2008, nos momentos de discussão e brigas entre vocês, como a Sr <sup>a</sup> reagiu: a Sr <sup>a</sup> discutiu o problema calmamente?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
02. E ele, discutiu o problema calmamente?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
03. A sra. Procurou conhecer melhor o modo dele pensar?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
04. E ele, procurou conhecer melhor o seu modo de pensar?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
05. A Sr <sup>a</sup> trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
06. E ele trouxe, ou tentou trazer alguém para ajudar a acalmar as coisas?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
07. A Sr <sup>a</sup> xingou ou insultou ele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
08. E ele xingou ou insultou a Sr <sup>a</sup> ?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
09. A Sr <sup>a</sup> ficou emburrada ou não falou mais no assunto?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
10. E ele ficou emburrado ou não falou mais no assunto?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
11. A Sr <sup>a</sup> retirou-se do quarto, da casa ou do local?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
12. E ele retirou-se do quarto, da casa ou do local?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
13. A Sr <sup>a</sup> fez ou disse coisas só para irritar ele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
14. E ele fez ou disse coisas só para irritar a Sr <sup>a</sup> ?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
15. A Sr <sup>a</sup> ameaçou bater ou jogar coisas nele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
16. E ele ameaçou bater ou jogar coisas na Sr <sup>a</sup> ?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
17. A Sr <sup>a</sup> destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
18. E ele destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
19. A Sr <sup>a</sup> jogou coisas sobre ele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
20. E ele jogou coisas sobre a Sr <sup>a</sup> ?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
21. A Sr <sup>a</sup> empurrou ou agarrou ele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
22. E ele empurrou ou agarrou a Sr <sup>a</sup> ?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>
23. A Sr <sup>a</sup> deu um tapa ou bofetada nele?	(1) <i>Sim</i> (2) <i>Não</i> (8) <i>NA</i> (9) <i>IGN</i>

24. E ele deu um tapa ou bofetada na Sr <sup>a</sup> ?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
25. A Sr <sup>a</sup> chutou, mordeu ou deu um murro nele?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
26. E ele chutou, mordeu ou deu um murro na Sr <sup>a</sup> ?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
27. A Sr <sup>a</sup> bateu ou tentou bater nele com objetos?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
28. E ele bateu ou tentou bater na Sr <sup>a</sup> com objetos?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
29. A Sr <sup>a</sup> espancou ele?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
30. E ele espancou a Sr <sup>a</sup> ?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
31. A Sr <sup>a</sup> estrangulou ou sufocou ele?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
32. E ele estrangulou ou sufocou a Sr <sup>a</sup> ?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
33. A Sr <sup>a</sup> ameaçou ele com faca ou arma?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
34. E ele ameaçou a Sr <sup>a</sup> com faca ou arma?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
35. A Sr <sup>a</sup> usou faca ou arma contra ele?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
36. E ele usou faca ou arma contra a Sr <sup>a</sup> ?	(1) Sim (2) Não (8) NA (9) IGN
37. Qual o motivo para começarem as agressões?	
<i>Entrevistador: observar se houve respeito à privacidade, ou seja, a informante foi entrevistada:</i>	(1) Sozinha (2) Presença do cônjuge ou companheiro (3) Na presença de filhos/ou pais (4) Na presença de outras pessoas Qual? ____

## Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Santa Catarina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró- Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

*CERTIFICADO*

*Nº 184*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 198/09**

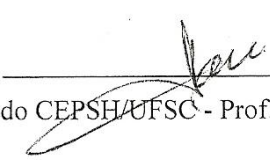
**FR- 270851**

**TÍTULO: Mulheres em situação de violência: a dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida.**

**AUTOR: Elza B. Salema Coelho, Carolina Carvalho, Juliana R. Destro e Sabrina B. Faust.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.**

  
\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

## Parecer do Orientador sobre o Trabalho de Conclusão de Curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

### **DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**Nome das acadêmicas:** Carolina Carvalho, Juliana Regina Destro, Sabrina Blasius Faust

**Título do Trabalho:** MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: A DINÂMICA DA VIOLÊNCIA ENTRE CASAS A PARTIR DA ÓTICA DA MULHER AGREDIDA.

**Semestre:** 2009/2

**Nota:** 10,0

### **PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

O título está claro, adequado ao tema, e define a proposta do estudo. Os objetivos foram viáveis, claros e coerentes com a proposta do estudo. A metodologia está adequada ao tipo de estudo e descreve com clareza os meios utilizados para responder aos objetivos. O instrumento para coleta de dados atendeu aos objetivos da pesquisa e está de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A revisão de literatura possui fontes bibliográficas confiáveis, fundamentando a temática do estudo. Os resultados e discussões estão apresentados de forma organizada e atendem aos objetivos do trabalho de conclusão de curso.

O estudo foi aprovado na íntegra pela banca ressaltando a importância e relevância do estudo.

Orientadora: Profª Dra. Elza Berger Salema Coelho

**Florianópolis, 26 de novembro de 2009.**

**Ata da Apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso no Centro de Saúde Trindade**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DISCIPLINA INT 5162 - ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO II  
SEMESTRE: 2009/2

**ATA DA APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DA DISCIPLINA NO CENÁRIO DE PRÁTICA**

**Alunas:** Carolina Carvalho, Juliana Regina Destro, Sabrina Blasius Faust

**Cenário de prática:** Centro de Saúde Trindade

**Data da apresentação:** 24/10/2009

**Orientadora:** Elza Berger Salema Coelho

**Supervisoras:** Alessandra Evangelista, Camila S. G. Jorge, Patrícia Brill Lopes, Ednete Wolf

**1. Descrever a metodologia de apresentação adotada**

O trabalho foi apresentado na sua íntegra em Power Point, enfatizando os tipos de violência encontrados na pesquisa realizada na unidade.

**2. Síntese do conteúdo da apresentação**

Foi apresentada uma breve introdução do tema, seguido do referencial teórico sobre violência. Demonstrou-se a metodologia para realizar a pesquisa, através do questionário CTS-R-1; as questões éticas que foram providas, a análise dos dados, os resultados obtidos e as conclusões das acadêmicas.

**3. Síntese das discussões efetuadas**

As acadêmicas foram elogiadas pela orientadora pelo empenho, dedicação e pelos resultados obtidos com a pesquisa. A enfermeira Camila fez uma colocação sobre o nosso empenho e crescimento durante o estágio, e ressaltou o quanto é importante os profissionais da unidade estarem atentos a este tipo de violência. A Nicoli reforçou a opinião da Camila quanto a importância de estar atento a este tipo de ocorrência na unidade que muitas vezes não é notado devido a rotina da unidade.

#### 4. Lista de presença

Quimara D. Justina Tec de Emf.  
Camila Stefanes Goulart Jorge  
Zulma da Silva Gomes  
Nicole S. Brasil  
Kátia R. S. P.  
Patrícia Bull Lopes  
Alice Maria Schwoeller  
Gáudio Cruzes Posteri  
Romário Cruzes  
Romário dos Santos  
Evelyn da Silva  
Elyza B. de M. A. C.  
Carolina Carneiro  
Thays Berger Lourenço