

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

FRANCIELY CAMPOS DO NASCIMENTO

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

VITÓRIA
2015

FRANCIELY CAMPOS DO NASCIMENTO

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Christyne Gomes Toledo de Oliveira.

VITÓRIA
2015

FRANCIELY CAMPOS DO NASCIMENTO

DEPRESSÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Dr^a. Christine Gomes Toledo de Oliveira - Orientador

Prof. Ms. Ariadne Detmann, Doctum

Prof. Ms. Grace Rangel, Multivix

A minha família e amigos, que sempre me apoiaram.
A todas as mulheres que dividiram comigo suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me proporcionar mais essa conquista, por me dar sabedoria e força para seguir por mais esta etapa da minha vida.

À minha orientadora, Christyne, que esteve comigo em todos os momentos, compartilhando não só sabedoria e reflexões acerca deste trabalho, mas também todo carinho e sensibilidade que alguém poderia oferecer.

Às psicólogas e assistentes sociais da SEPPOM, que contribuíram com todo o suporte para a elaboração deste trabalho.

Ao meu noivo, Rafael, que demonstrou toda paciência e dedicação frente às dificuldades e situações estressantes. Muito obrigada por ter se feito presente nos momentos em que eu me tornei ausente e por ter respeitado esse período tão difícil e necessário. Você foi a minha força. Obrigada por ter acreditado em mim.

À minha família, por todo suporte afetivo e amor, por sempre apostarem em mim.

Às colegas de curso, pelo companheirismo e pela força que sempre transferimos umas as outras.

Obrigada a todos!

RESUMO

A violência doméstica contra as mulheres é um dos problemas sociais de grande destaque no cenário atual. Trata-se de um fenômeno de relações desiguais que se manifesta de diferentes maneiras, mas que se caracteriza pelas graves consequências geradas na vida das vítimas. Uma das graves consequências destaca-se a depressão, considerada uma das doenças mais incapacitantes do mundo. Diante dessa realidade, o presente trabalho buscou identificar a presença de depressão em mulheres vítimas de violência doméstica em idade adulta jovem e intermediária; avaliar a incidência e intensidade de depressão nessas mulheres e sua relação com o tipo de violência estabelecida; caracterizar as mulheres vítimas de violência doméstica conforme perfil sócio demográfico e caracterizar as particularidades da violência sofrida como tipo de agressão, frequência e duração. Participaram deste estudo, 13 mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, vítimas de violência doméstica e que estavam sendo acompanhadas pelo Pró-Vida, um programa da Secretária de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPOM) localizado no município de Serra, Espírito Santo. A depressão foi avaliada através da Escala Beck de Depressão (BDI). Foi possível constatar que, entre as mulheres estudadas, 61,5% (n=8) apresentaram grau de moderado a grave de depressão, o que contribui para afirmar uma correlação entre este transtorno e a violência doméstica. Os resultados corroboram com a existência de sofrimentos físicos e psicológicos por parte da mulher vitimada. Em decorrência destes fatos fica evidente a importância da compreensão acerca do tema violência doméstica, visando conscientizar as pessoas do cotidiano dessa mulher, bem como propiciar um entendimento das consequências deste fenômeno, principalmente sobre a depressão. Destaca-se neste sentido, a importância de estudos nesta área, buscando visibilidade para a violência doméstica contra a mulher.

Palavras chave: Violência Doméstica. Depressão. Enfrentamento.

ABSTRACT

Domestic violence against women is a social problem in the current scenario. It is a phenomenon relations manifested in different ways, but that is characterized the serious consequences generated in the lives of victims. One of the serious consequences there is the depression, considered one of the diseases disabling the world. Given this reality, this study sought identify the presence of depression in women victims of domestic violence in young and middle adulthood; assess the incidence and intensity of depression in these women and their relation to the type of established violence; characterize women victims of domestic violence as socio-demographic profile and characterize the particularities of violence suffered as a kind of aggression, frequency and duration. They participated this study, 13 women aged 20-60 years old, victims of violence Domestic and that they were being followed by the Pro-Life, a program Secretary of Public Policies for Women (SPPW) located in the city of Serra, Espírito Santo. Depression was assessed by Scale Beck Depression Inventory (BDI). It was found that, among women study, 61.5% (n = 8) were classified with moderate to severe depression, which contributes to say a correlation between this disorder and to domestic violence. The results confirm the existence of physical and psychological suffering by the victimized woman. As a result, these facts it is evident, the importance of understanding about the subject domestic violence, aiming to educate everyday people to provide an understanding of the consequences of this phenomenon, especially about depression. It is noteworthy in this regard, the importance of studies in this area, seeking visibility for violence domestic against women.

Keywords: Domestic Violence. Depression. Coping.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUAS DENOMINAÇÕES	25
2.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	27
2.4 DEPRESSÃO	29
2.5 DESENVOLVIMENTO HUMANO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	31
2.6 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	37
3 METODOLOGIA	43
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	43
3.2 CAMPO DE ESTUDO	43
3.3 PARTICIPANTES.....	44
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
3.5.1 Escala Beck de Depressão	45
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	47
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	49
4.1 PERFIL DA AMOSTRA	49
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA	52
4.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA.....	55
4.3.1 Percepção da Violência	57
4.3.2 Escalas Beck	59
4.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	61
4.5 ESTUDO DE CASO N.....	64
4.6 ESTUDO DE CASO A.S.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69

REFERENCIAS.....	71
APÊNDICE A – Questionário Sócio Demográfico.....	81
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
APÊNDICE C – Carta de Anuência.....	89

1 INTRODUÇÃO

A violência é um dos problemas sociais mais relevantes da atualidade. Desde os primórdios, em todas as sociedades, a violência, de algum modo, se fez presente. Conforme Minayo (1994, p. 7), o desenvolvimento social tem a capacidade de trazer “à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano”.

Este fenômeno pode ser compreendido como um produto de relações desiguais que “[...] atravessam todo o ordenamento social, desde o âmbito institucional às relações interpessoais” (MOREIRA; BORIS; VENANCIO, 2011, p. 399).

Dentre as inúmeras formas de violências, destaca-se a violência doméstica que passou a ser interpretada como crime contra os direitos da pessoa humana, a partir da Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, devido à constância e intensidade com que é praticada ainda nos dias de hoje (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU, 1993).

Igualmente, no que tange o assunto violência doméstica, cabe tratar daquela que ocorre contra a mulher e permeia a intimidade familiar.

A violência contra a mulher pode ser manifestada de diversas maneiras, podendo ocorrer em maior ou menor grau, variando seu nível de acordo com os contextos sociais, econômicos e culturais, nos quais homens e mulheres estão inseridos e no modo como esses elementos se associam em suas vidas (RANGEL; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Fonseca e Lucas (2006), denomina-se violência doméstica contra mulher, aquela exercida por alguém com quem a vítima possua laços íntimos, e que ocorra em sua própria residência, dentro do âmbito relacional. Tal violência se expressa de inúmeras formas, que vão desde violência física, que geram hematomas e lesões no corpo da vítima, quanto à violência psicológica, que pode apresentar-se de modo tênue, mas causar prejuízos devastadores e irreparáveis na vida da mulher.

Ainda de acordo com estes autores, todos os tipos de agressão imposta às pessoas, principalmente aquela ocorrida nos lares, causam, seja de modo direto ou indireto, danos à saúde dos envolvidos, os quais podem acarretar diversos prejuízos, sendo os danos físicos e psicológicos, os principais (FONSECA E LUCAS, 2006).

“Muitas vezes, as sequelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos. A experiência do abuso destrói a autoestima da mulher, expondo-a a um risco mais elevado de sofrer de graves problemas mentais, como depressão”. (DAY et al 2003, p. 16).

A depressão constitui-se num grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. “Esse transtorno compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade” (MORAIS, 2009, p. 34).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. As mulheres apresentam vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio em mulheres é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, n.p.).

Desta forma, no presente trabalho estabelece como problema: Qual a relação entre violência doméstica vivida por mulheres e a existência de sinais de depressão?

Parte-se do pressuposto de que a depressão está relacionada ao tipo de violência estabelecida, sendo o quadro depressivo diretamente proporcional à intensidade e constância de violência doméstica vivida por sua vítima.

Tal pesquisa possui grande relevância por se tratar de um assunto que está em evidência, haja vista o número crescente de agressões dentro dos lares das famílias brasileiras, conforme retratado na pesquisa da Fundação Perseu Abramo a qual atesta números alarmantes:

Diante de 20 modalidades de violência citadas, duas em cada cinco mulheres (40%) já teriam sofrido alguma, ao menos uma vez na vida, sobretudo algum tipo de controle ou cerceamento (24%), alguma violência psíquica ou verbal (23%) ou alguma ameaça ou violência física propriamente dita (24%). Sendo que, o parceiro (marido ou namorado) é o responsável por mais 80% dos casos reportados (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, n.p.).

Diante da realidade atual dos contextos familiares, vê-se a relevância de aprofundar a compreensão de tal contexto familiar, a fim de promover o conhecimento deste fenômeno e das consequências psicológicas depressivas para mulheres vítimas destas agressões.

O conhecimento produzido pelo presente estudo servirá aos profissionais da área de saúde mental, com caráter informativo e preventivo para auxiliar no trato de pessoas que sofrem tanto da violência doméstica como do transtorno da depressão, e principalmente no que diz respeito a casos que ocorram com tais situações concomitantemente.

Nesse sentido, este estudo mostra-se relevante tanto no âmbito social, quanto no científico, pois tem como objetivos identificar a presença de depressão em mulheres vítimas de violência doméstica em idade adulta jovem e intermediária; avaliar a incidência e intensidade de depressão nessas mulheres e sua relação com o tipo de violência estabelecida; caracterizar as mulheres vítimas de violência doméstica conforme perfil sócio demográfico e caracterizar as particularidades da violência sofrida como tipo de agressão, frequência e duração.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

“A temática da violência tem sido objeto de estudo de várias pesquisas, seja nos campos da Sociologia, da Filosofia, e da Saúde, em razão de ser um fenômeno mundial de grande intensidade e complexidade” (MORAIS, 2009, p. 16).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência pode ser definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou 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 (ZUMA, 2005, p. 2).

Ao longo da história, fatos como agressões, mortes e estupro contra mulheres, têm acontecido em basicamente todos os países, com os mais diversos regimes econômicos e políticos, variando, porém, a magnitude da violência, sendo tais agressões mais frequentes em países preponderantes da cultura masculina e menor em culturas que buscam direitos iguais para as diferenças de gênero (BLAY, 2003).

Na sociedade brasileira, nas últimas décadas, o processo de construção social da violência contra a mulher vem se tornando um problema de cunho público em meio a diversos obstáculos tanto sociais, quanto culturais. A violência praticada neste período conseguiu visibilidade, especialmente, as que ocorrem nos âmbitos familiares e conjugais, tornando-se elementos centrais de denúncias e campanhas, incentivando assim a criação de políticas públicas de segurança e justiça (IZUMINO, 2004).

Na década de 80, a violência contra a mulher desempenhou um considerável papel aglutinador para o movimento de mulheres no Brasil, no qual grupos feministas desencadearam campanhas a fim de denunciar agressões praticadas por homens contra as mulheres, agressões estas que até então permaneciam impunes amparados pela defesa da honra (IZUMINO, 2004).

Ainda de acordo com a autora supracitada, grupos de mulheres passaram a buscar diálogo com o Estado, cobrando medidas que as resguardassem da violência perpetrada contra as mesmas e como resposta, houve a criação de uma delegacia especializada no atendimento à mulher, fato considerado de extrema relevância.

“Na década de 90, especialmente a partir de 1995, as pesquisas sobre violência tiveram sua divulgação mais intensificada, especificamente no que diz respeito à violência contra mulher” (MORAIS, 2009, p. 17).

Ainda neste período, muitas mudanças ocorreram tanto no Brasil quanto no mundo. Uma Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) que ocorreu em 1993 em Viena veio ressaltar o “reconhecimento e da ampliação dos direitos da população feminina, incluindo os civis, políticos, sociais, culturais, além dos sexuais e reprodutivos. Enfim, o reconhecimento dos direitos humanos das mulheres” (PRA; EPPING, 2012, p. 33-34).

Outro marco de grande relevância história foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que também ficou conhecida como Convenção “Belém do Pará” (SANTOS; IZUMINO, 2005). Aprovada pela Organização dos Estados Americanos - OEA, em 1994, e ratificada pelo Brasil, em 1995, foi responsável por fundamentar o conceito de violência contra a mulher (CRUZ, 2004).

De acordo com Santos e Izumino (2005), “neste período, novos estudos sobre violência contra as mulheres passaram a enfatizar o exercício da cidadania das mulheres e as possibilidades de acesso à Justiça” (p. 3). No entanto, ainda restaram dificuldades teóricas que envolvem a conceituação de violência contra as mulheres e violência de gênero, além das dificuldades práticas para a resolução deste problema.

Com a evolução e os avanços das questões teóricas, os estudos têm tido a preocupação de analisar a violência doméstica, em diferentes fases evolutivas da vida das mulheres, tendo em vista que o fenômeno produz acentuadas alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas, podendo interferir, inclusive, no crescimento e desenvolvimento destas mulheres, principalmente se os atos violentos foram cometidos desde a infância e/ou adolescência (MORAIS, 2009, p.17).

A ONU realizou, no ano de 1979, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, assegurando que qualquer discriminação, no que tange ao sexo, vai de encontro ao princípio da igualdade, bem como aos preceitos expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela entidade em dezembro de 1948, outrossim, conceitua a discriminação contra a mulher e “determina a responsabilidade dos estados em excluir qualquer

legislação discriminatória contra as mulheres [...]” (COULOURIS; BOSELLI, 2009, p.129).

No Brasil, observa-se desde 1985, uma preocupação com a questão da violência contra a mulher com a criação da primeira Delegacia Especializada no Atendimento a Mulheres vítimas da violência, uma grande vitória do movimento nacional feminista, vista como principal forma de prevenção e combate a violência doméstica no País. Já em 1988, ocorre a primeira conquista legal brasileira com a Constituição Federal, na qual o Estado assegurava assistência à família, a fim de coibir a violência no âmbito de suas relações (COULOURIS; BOSELLI, 2009).

No entanto, apesar destas conquistas e de contar com um movimento de mulheres engajado no que diz respeito à violência doméstica e de manifestações públicas intensas contra este tipo de violência, a criação e efetivação de outras leis e políticas públicas ocorreu de modo tardio e as respostas e o comprometimento dos poderes públicos demoraram a chegar (COULOURIS; BOSELLI, 2009).

Observa-se que, de acordo com Coulouris e Boselli (2009), em 2002, surgiu a Lei 10.455 que alterava um artigo da lei dos Juizados Especiais Criminais, que em casos de violência doméstica permitia ao juiz determinar um afastamento do lar por parte do agressor antes do julgamento final do processo, no entanto, devido a deficiências nesta lei, a mesma foi praticamente ignorada por juízes, advogados e promotores.

Em 2004, a lei 10.886 foi aprovada, adicionando um novo parágrafo no artigo 129 do Código Penal, que trata de lesão corporal, tipificando a violência doméstica e aumentando a pena prevista, no entanto ainda sem grandes resultados (COULOURIS; BOSELLI, 2009).

Essa pequena alteração do Código Penal causou uma grande frustração nos movimentos de mulheres, pois a violência doméstica prevista neste parágrafo 9º continuou sendo um crime de menor potencial ofensivo julgado pelos Juizados Especiais Criminais, não afastando a possibilidade de transações penais e aplicação de insignificantes penas pecuniárias aos agressores. Além disso, esse segundo sinal de reconhecimento da violência doméstica ficou restrito apenas ao crime de lesão corporal (COULOURIS; BOSELLI, 2009, p.135).

Ainda de acordo com os autores supracitados “a primeira lei federal brasileira voltada inteiramente ao tratamento da violência doméstica foi aprovada somente em 2006 – Lei 11.340/06” (p.137), a denominada Lei Maria da Penha.

Esta Lei foi publicada em 7 de agosto de 2006 e nomeada pelo presidente da República, vigente à época, Luiz Inácio Lula da Silva, para homenagear uma vítima da violência e referência nacional na luta contra a violência doméstica no Brasil, a biofarmacêutica Maria da Penha Maia (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

No ano de 1983, Maria da Penha Maia Fernandes, de 38 anos, sofreu um atentado que lhe deixou paraplégica. Seu marido a baleou pelas costas enquanto dormia. Duas semanas depois, o mesmo tentou assassiná-la novamente, eletrocutando-a durante o banho. A partir daí, após um casamento carregado de agressões e ameaças, no qual teve três filhas, Maria da Penha decidiu separar-se. Seu caso tornou-se importante, pois 15 anos após a tentativa de homicídio, nenhuma medida penal havia sido tomada, tornando-se ícone de um padrão de omissões e negligências no tratamento da violência doméstica e familiar contra mulheres no Brasil (CARRETEIRO; MATTAR, 2008).

Conforme Carreteiro e Mattar (2008) a promulgação da Lei Maria da Penha foi uma das conquistas mais importantes até o momento na história dos direitos da mulher, uma vez que oferece respaldo na prevenção e punição da violência contra a mulher, tratando-a não somente como um caso privado, mas como violação de seus direitos.

Pela lei supracitada, violência contra a mulher é definida como comportamento e/ou atitude “baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial que ocorra no âmbito da unidade doméstica, na família ou em qualquer relação íntima de afeto” (BRASIL, 2006, Art.5º).

Compreender a difícil tarefa pretendida pela Lei n. 11.340/2006, denominada Lei Maria da Penha, significa observar que o mundo manteve, secularmente, a legitimidade da violência de gênero, tornando esta, portanto, institucionalizada, com enfoques estigmatizados da cultura e da religião, impondo à mulher, conseqüentemente, uma vida de subjugação (CAMPOS, 2010, p. 37).

A violência contra a mulher se expressa de diferentes formas, nas quais a Lei Maria da Penha classifica como, física, que se trata de qualquer comportamento que ofenda a integridade ou o bem-estar do corpo; psicológica, causada por toda ação que lhe produza dano à estrutura emocional, bem como, promova detrimento à saúde psicológica da vítima; sexual, vista como toda ação na qual uma pessoa, seja obrigada a observar, manter e/ou participar de práticas sexuais; patrimonial, analisada como todo ato realizado com o intuito de subtrair, reter, deteriorar ou

destruir bens alheios; e moral, tida como qualquer comportamento que caracterize calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

De acordo como o Ministério da Saúde, a violência física se manifesta de várias formas, tais como através de tapa, soco, empurrão, chutes, bem como queimaduras, cortes, estrangulamentos, lesões por quaisquer artefatos, obrigação de ingerir substâncias medicamentosas, álcool, drogas, alimentos e/ou outras substâncias, amarração, danos ao corpo decorrentes de negligência, entre outros (BRASIL, 2001).

A Violência psicológica é expressa através de xingamentos e insultos, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, negligência que pode ser entendida como omissão a cuidados e proteção, além de ameaças e privação de liberdade (BRASIL, 2001).

Violência sexual, de acordo com a Secretária de Políticas de Saúde, inclui, dentre outras práticas, carícias não consentidas, penetrações, sejam elas, orais, anais ou genitais, com pênis ou demais objetos através de força, exposição a elementos pornográficos, exibicionismos e masturbações sob o uso de força, utilização inadequada de linguagem erótica, impedimento à utilização de meios e/ou métodos contraceptivos ou negação por parte do companheiro em utilizar preservativo, ser obrigado a ter ou presenciar qualquer tipo de relação sexual com um terceiro, além do casal, bem como assédio sexual (BRASIL, 2001).

A violência moral, além de se manifestar através de injúria, calúnia e difamação, também se encontra presente nos crimes cometidos na internet, como a divulgação de fotos e vídeos íntimos ou sexuais, sem o consentimento da vítima, causando constrangimento/humilhação para a mesma (ROSA, 2014).

2.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUAS DENOMINAÇÕES

Frente às classificações de tipos de violência amparados pela lei, fica evidente também a discriminação dos termos utilizados para tratar da violência praticada pelo homem contra a mulher, uma vez que diversos nomes são encontrados na literatura. Dentre os quais cabe ressaltar violência contra a mulher, violência de gênero, violência intrafamiliar, violência conjugal e violência doméstica.

Violência contra a mulher assim como a própria expressão trata, diz respeito à violência praticada por um homem contra a pessoa do sexo feminino, ou seja, basicamente pela sua condição de mulher. Nesta situação ocorre a intimidação da mulher por parte do homem, visto como agressor, dominador e seu disciplinador (TELLES; MELO, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, (OMS, 2011) a violência contra a mulher trata-se de uma violência de gênero e representa uma violação dos direitos humanos que traz repercussões físicas e/ou psicológicas, bem como sequelas sociais e econômicas, além de ser um grave problema da saúde pública.

Para melhor compreensão de violência de gênero, cabe uma melhor definição do termo.

Gênero diz respeito ao termo que se é utilizado para expor a questão da diferença sexual, interrogando os papéis destinados às mulheres e aos homens. Falar em gênero indica que a condição das mulheres não está determinada pela natureza, pela biologia ou pelo sexo, mas que se trata de uma construção, tanto social, quanto cultural (SCOTT, 1995).

No que tange de violência de gênero, Telles e Melo (2003, p.18) explicam:

O conceito de violência de gênero deve ser entendido como uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas. Ou seja, não é a natureza a responsável pelos padrões e limites sociais que determinam comportamentos agressivos aos homens e dóceis e submissos às mulheres.

Esta violência é produzida e reproduzida nas relações de poder onde se misturam categorias de gênero, classe e raça. Demonstra uma forma específica de violência disseminada pela ordem patriarcal que concede ao homem o poder de reger, vigiar e punir violentamente suas companheiras. Sob este aspecto, a ordem patriarcal é vista como principal fator na prática de violência de gênero, a qual ratifica a disparidade, bem como, a submissão feminina, incorporada por toda a sociedade (ARAÚJO, 2008).

O termo violência conjugal inicialmente, era tratado como um problema privado do casal, sendo caracterizados pelos mais diversos tipos de agressões acometidas em ambientes domiciliares (OLIVEIRA; SOUZA; 2006).

“A violência conjugal é um fenômeno polissêmico que se expressa de várias formas: abusos psicológicos, maus tratos físicos, abusos sexuais e outros. Mulheres e homens são atingidos nas relações, porém [...], de forma diferenciada” (LAMOGLIA, MINAYO, 2009, p. 597).

A violência conjugal se faz presente nas mais diversas classes e categorias sociais, econômicas, culturais, etárias e de gênero e ocorrem pelos mais diversos motivos possíveis. “Sua raiz é o poder patriarcal que promove a desigualdade e a dominação do homem nas relações de gênero” (LAMOGLIA, MINAYO, 2009, p. 597).

Os termos violência intrafamiliar e violência doméstica são segundo Dantas-Berger e Giffin (2005), possibilidades terminológicas, usadas como sinônimos e frequentemente confundidos.

De acordo com Day e outros (2003, p.10) violência intrafamiliar consiste em:

“Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”.

Para Telles e Melo (2003), violência doméstica é a que ocorre dentro de casa, nas relações entre as pessoas da família, como por exemplo, entre homens e mulheres, pais e mães, jovens e pessoas idosas. Outrossim, “o termo doméstico incluiria pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos” (DAY et al 2003, p.10), sendo essa a diferença essencial.

2.3 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

“As consequências da violência contra a mulher refletem desequilíbrios em todas as esferas da sociedade: econômica, emocional e familiar” (GARBIN et al, 2006, p.2570).

A violência doméstica, vista como o tipo de violência mais corriqueira contra as mulheres, deve ser confrontada como um assunto de saúde pública, uma vez que mulheres que se encontram nesta posição, procuram estabelecimentos de saúde para tratarem os diversos danos decorrentes das agressões e abusos sofridos (TUESTA, 1997).

Para Grossi (1996) as mulheres que se encontram em situação de violência doméstica possuem maior predisposição para apresentar problemas psicológicos, em comparação às mulheres que não sofrem com esses abusos.

Independentemente da espécie de violência sofrida, as mulheres podem apresentar inúmeros sintomas físicos, tais como: enxaquecas, dores, palpitações, tonturas, mal-estar, contusões, fraturas, distúrbios gastrointestinais, diminuição ou aumento de peso, escoriações, quadros inflamatórios, dor pélvica, infecções, gravidez não planejada, abortos, transtornos psicossomáticos, comportamentos obsessivos e compulsivos, distúrbios mentais entre outros (DAY et al., 2003).

No entanto, “muitas vezes, as sequelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que seus efeitos físicos” (DAY et al., 2003, p.16).

Os sintomas psicológicos quase sempre são: depressão, síndrome de estresse pós-traumático, tendências ao suicídio, consumo excessivo de drogas e álcool, abatimento, irritabilidade, síndrome do pânico, sentimentos de culpa, sentimentos de inferioridade, insegurança, vergonha, isolamento social, dificuldade de tomar de decisões (DAY et al., 2003).

Uma pesquisa realizada por Jacobucci (2004) avaliou 44 mulheres, dividindo-as em 2 grupos distintos. O primeiro grupo tratava de mulheres que, mesmo tendo sofrido violência doméstica, permaneceu com os parceiros, o outro grupo, tratava de mulheres que também havia sofrido violência conjugal, todavia, romperam a relação com os parceiros após as agressões. Deste estudo, Jacobucci constatou que as mulheres que permaneceram vinculadas aos parceiros demonstraram altos índices de depressão quando comparadas às que romperam o vínculo.

A depressão é considerado um “[...] transtorno que compromete o cotidiano das pessoas no relacionamento social, seja na família, trabalho ou comunidade” (MORAIS, 2009, p.34).

Ainda de acordo com a mesma autora:

Pode-se perceber, desse modo, a relação entre violência doméstica e adoecimento psíquico, na qual as pesquisas têm evidenciado que mulheres vítimas de violência, principalmente no âmbito doméstico, têm um maior risco de adoecimento e de maior morbidade, mas ainda continuam silenciando a violência, mascarando a depressão (p.37).

Para ratificar a informação acima mencionada, uma pesquisa realizada por Moraes (2009) constata que mulheres que viveram a situação de violência doméstica apresentam maiores índices de depressão quando comparadas às que não foram expostas a esse ambiente violento.

Entre mulheres que não sofrem violência doméstica, a grande maioria obteve níveis mínimos de depressão, enquanto que as vítimas de violência mantiveram média na classificação moderada. Dentre aquelas que apresentam nível grave de depressão, ressalta-se que 79,2% sofrem violência doméstica (MORAIS, 2009, p.75).

“As experiências de violência doméstica deixam marcas na saúde física e mental e afetam tanto a vida pública quanto a vida privada, gerando um processo de autodesvalorização” (BITTAR; KOHLSDORF, 2013, p. 451). Visto isso há a importância da compreensão deste processo a fim de possibilitar manejos para um melhor enfrentamento da situação, além de prevenção de consequências tão drásticas para a vida das mulheres, como é a depressão, pois independente do grau em que se apresentar, será sempre incapacitante de alguma forma, principalmente no que diz respeito a duração dos sintomas, pois os mesmos são capazes de provocar inúmeros desdobramentos prejudiciais tanto para a família quanto para a própria pessoa (BALLONE, 2010).

2.4 DEPRESSÃO

“O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s)” (DEL PORTO, 1999, p.6).

O transtorno depressivo é classificado de maneiras distintas por vários autores e por diversas classificações internacionais (BALLONE, 2010). De acordo com Corrêa (1996) a depressão é tida como um processo caracterizado pela lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo, rebaixamento da energia, incapacidades de sentimentos alegres e/ou prazerosos, além de desinteresse, apatia, dificuldade de concentração e pensamentos negativos.

Para o Código Internacional de Doenças - CID – 10 (1997), a depressão é definida como sendo um rebaixamento de humor, redução da energia e diminuição da atividade, podendo ocorrer em três diferentes graus: leve, moderado e grave.

No referido manual encontramos que o humor do depressivo varia pouco de dia para dia, ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido (BITTAR; KOHLSDORF, 2013, p. 451).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR (2003) classifica a depressão com um transtorno de humor. Esta versão possui diversos critérios diagnósticos dos casos depressivos classificados, com quesitos incluídos e excluídos, que são resultados dos avanços científicos da psicologia e psiquiatria das últimas décadas (CÔRREA, 1996).

Dentre os critérios diagnósticos, cabem ressaltar:

[...] a falta de interesse em realizar atividades que antes eram consideradas como prazerosas pelo indivíduo; humor deprimido diariamente com sentimento de tristeza; perda ou ganho significativo de peso, sem realizar qualquer regime ou dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; sensação de fadiga, mesmo não tendo realizado qualquer atividade física; sentimentos de culpa e inutilidade; pensamentos de ruína, destruição ou suicídio (ou tentativa) (BITTAR; KOHLSDORF, 2013, p. 451).

Enquanto sintoma, a depressão pode ocorrer como resposta a situações estressantes e circunstâncias sociais. Enquanto síndrome inclui alterações do humor, como tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia, mas também diversos outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como alterações no sono e no apetite, por exemplo (DEL PORTO, 1999).

No DSM-5, o capítulo sobre transtornos depressivos sofreu alterações. De acordo com Araújo e Lotufo Neto (2014, p. 73), este capítulo “ganhou novos diagnósticos, [...] levantando discussões sobre a ‘patologização’ de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão”.

Vista como a doença da sociedade moderna, este transtorno apresenta propriedades que podem constatar uma patologia grave ou somente indicar um sintoma do indivíduo diante de algum acontecimento. Desta forma, “suas características podem determinar uma melancolia em si ou ser apenas um sintoma constituinte de uma outra patologia (ESTEVEZ; GALVAN, 2006, p. 127).

Para o diagnóstico da depressão, sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais precisam ser levados em consideração. No que diz respeito aos sintomas psíquicos, há humor depressivo, redução da capacidade de experimentar

prazer na maior parte das atividades (consideradas agradáveis anteriormente), fadiga, diminuição da capacidade de pensamento e concentração. No que tange sintomas fisiológicos, são eles: alterações do sono, alterações do apetite e redução do interesse sexual. (DEL PORTO, 1999). “Os comportamentos apresentados são retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora” (DEL PORTO, 1999, p. 7).

A depressão trata-se de um transtorno crônico e recorrente, além de ser incapacitante. Cerca de 80% dos indivíduos que já trataram algum episódio depressivo tiveram a ocorrência de um segundo episódio. Além do fato, de ser mais frequente no público feminino do que masculino, numa proporção de duas a três vezes maior (FLECK et al, 2003).

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio em mulheres é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006, p. 44).

Segundo Morais (2009) fatores de risco que estão associados a maior ocorrência de depressão entre o público feminino, destacam-se a “história familiar, adversidades da infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social, exposição a situações estressantes e eventos traumáticos” (p. 36), sendo que estes dois últimos são geralmente encontrados em situações de violência conjugal.

Cabe ressaltar, conforme já mencionado anteriormente, que a depressão é considerada uma das principais consequências da violência doméstica, pois possui maior predisposição de ser desencadeada nas mulheres que convivem e permanecem em relacionamentos violentos (BITTAR, 2012).

2.5 DESENVOLVIMENTO HUMANO E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Segundo Papalia e Feldman (2013, p. 36) “o desenvolvimento humano é definido como estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade que ocorrem nas pessoas”. Tal estudo pode ser responsável por causar grande impacto na vida dos indivíduos, possuindo aplicações nas mais diversas áreas da vida. Através desta teoria é possível observar os aspectos em que as pessoas mudam e

as características que permanecem estáveis, desde sua concepção até a maturidade.

Dentro da teoria em questão, são estudados três principais aspectos do sujeito, o físico, que abarcam questões relacionadas ao corpo e cérebro, o cognitivo, que envolvem aprendizagem, atenção, pensamento, raciocínio e demais questões e o psicossocial, responsável pelas emoções, personalidade e relações sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013), sendo este último domínio, o mais utilizado no presente trabalho para explicar as questões propostas.

Os cientistas do Desenvolvimento Humano fazem uma divisão do ciclo de vida seguindo uma sequência de oito períodos, sendo eles: primeiro período, que caracteriza antes do nascimento; primeira infância; segunda infância; terceira infância; adolescência; início da vida adulta; vida adulta intermediária e vida adulta tardia (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De acordo com Papalia e Feldman (2003), a vida adulta é iniciada no período entre aproximadamente 20 e/a 40 anos de idade, nesta fase, bases são estabelecidas para grande parte de seu desenvolvimento futuro. Várias modificações ocorrem principalmente no que tange o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, sendo exemplo deste último, uma personalidade relativamente estável, que pode ser afetada por fases e acontecimentos da vida. Neste período também são tomados decisões sobre relacionamentos íntimos e estilos de vida pessoais, que podem o não ser duradouros. Dos 40 a 65 anos, a vida adulta jovem cede espaço à vida adulta intermediária, também conhecida como meia-idade, na qual as preocupações giram em torno do lar e da família, com propensão ao estresse.

A ênfase dada à estes períodos da vida – idade adulta, jovem e intermediária – no referido trabalho deveu-se a questões existências girarem em torno de desenvolver relacionamentos íntimos e em torno da família.

Outra importante autora de Desenvolvimento Humano, Bee (1997) afirma que na idade adulta, em sua primeira fase, ocorre a aquisição, o aprendizado e o desempenho de três papéis essenciais para este momento da vida: o profissional, o parental e o conjugal.

Para Bee (1997), no início da vida adulta, é preciso deixar de lado a preocupação com a definição de si mesmo para poder assumir diversos papéis que envolvem relações intrincadas com outras pessoas.

Um dos motivadores básicos e essenciais do ser humano é a necessidade de se estabelecer relacionamentos com outros indivíduos, onde se busca estabilidade, força, carinho e intensidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013). “As pessoas se tornam íntimas – e permanecem íntimas – por meio de revelações compartilhadas, receptividade às necessidades do outro e aceitação e respeito mútuos” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 494).

Durante um relacionamento íntimo, o parceiro passa a ser o apego central da vida emocional de uma pessoa. No entanto, para que este relacionamento funcione, precisa haver intimidade. O não sucesso no processo de criação desta intimidade - vista como um apego adulto focalizado - não construirá uma base segura, podendo gerar um senso de isolamento e solidão (BEE, 1997).

Para Bee (1997) a teoria do apego diz respeito a um vínculo emocional a uma pessoa ligada à relação, este vínculo é caracterizado por segurança e atenção, que são construídos e mantidos por um repertório criado e sustentado pela proximidade entre pares ligados.

Um apego é uma subvariedade de vínculo emocional em que a sensação de segurança de uma pessoa está inseparavelmente ligada à relação. Quando você está apegada a alguém, você sente (ou espera sentir) uma sensação especial de segurança e conforto, na presença do outro, podendo usar o outro como uma “base segura” a partir do qual você explora o resto do mundo (BEE, 1997, pg.165).

Deve-se destacar que os vínculos afetivos e as relações de apego tratam-se de estados internos, desta forma, não é possível vê-los diretamente. Frente a isso, tais vínculos são deduzidos através da observação de comportamentos de apego que dizem respeito a todo e qualquer comportamento que permita um indivíduo obter e reter a aproximação a outra pessoa à qual ele está apegado. Um adulto tende a evidenciar comportamento de apego apenas quando assustado, cansado ou em situação de estresse (BEE, 1997).

Segundo Lambeth e Hallet (2002, apud PAPALIA; FELDMAN, 2013) a formação de novos relacionamentos e a manutenção de relacionamentos já formados tem grande implicação na mudança ou não da personalidade do indivíduo. “Personalidade e

relacionamentos podem ser vistos como influenciando um ao outro” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 494).

Tal influência pode ser melhor observada na instituição do casamento. A união estável entre duas pessoas através de um vínculo afetivo, monogâmico e indissolúvel apresenta idealizações e expectativas em torno do amor, como companheirismo, afeto e compromisso (ARAÚJO, 2002).

É importante salientar que ao tratar de casamento neste trabalho, estamos abarcando também uniões estáveis, partindo do entendimento de Diniz (2005, p. 795):

União respeitável entre homem e mulher que revela intenção de vida em comum, tem aparência de casamento e é reconhecida pela Carta Magna como entidade familiar. É a convivência duradoura, pública e contínua, de um homem e uma mulher, estabelecida com o objetivo de constituição de família desde que não haja impedimento matrimonial.

Para Myers (2000, apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 501), “as pessoas casadas tendem a ser mais felizes do que as não casadas, embora as que estão em casamentos infelizes, sejam menos felizes do que as não casadas ou as divorciadas”.

Cabe ressaltar um fator importante na teoria do apego: a intensidade da emoção que o acompanha. “Essa emoção surge conforme acontece a relação entre a pessoa apegada e a figura de apego” (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004, p. 208). Quando ocorre tudo de maneira adequada, há sentimentos de satisfação e segurança, no entanto, em qualquer ameaça a esta relação, surgem sentimentos de angústia e ansiedade. Quando se é o caso, uma ruptura também pode ocasionar dor e depressão (LEBOVICI, 1987).

Em uma pesquisa realizada sobre os motivos que levam os relacionamentos/casamentos ao fracasso, dentre as razões mais citadas, agressões e abusos ocuparam o 3º lugar, deixando evidente o quanto a violência doméstica está presente na vida das pessoas (DOLAN; HOFFMAN, 1998 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Além do apego inseguro já citado, Cecconello e Koller (2003) afirmam que características precárias do desenvolvimento de um indivíduo, como a falta de escolaridade, afetam as relações interpessoais, constituindo-se um fator de risco para aumento da agressão.

De acordo com Papalia e Feldman (2013, p. 506) “É difícil determinar a verdadeira extensão da violência doméstica porque as vítimas frequentemente estão envergonhadas ou amedrontadas demais para relatar o que aconteceu”.

Papalia e Olds (2000) relatam que algumas mulheres agredidas passam por um processo de autodesvalorização, abrindo mão de si mesmo e de tudo que poderia ser para viver em prol de seu companheiro e sob o que o mesmo dita como certo, desta maneira, não possuem mais autorrespeito e nem amor próprio, permitindo assim que o outro também não a respeite, no entanto, frente a isso, sofrem com consequências que abalam todas as suas estruturas.

Apesar de todas as consequências causadas na vida desta mulher, ainda há uma grande dificuldade em denunciar o parceiro, esta dificuldade está relacionada, em muitos dos casos, à dependência da mulher para com este companheiro. No entanto, outras motivações também são passíveis de análise.

Os motivos que mantêm as mulheres inseridas nos contextos do relacionamento violento são: a convivência com o medo, a dependência financeira e a submissão, até o momento em que decidem realizar a denúncia, e passam por cima do sentimento de pena do marido, do tempo de vida juntos e da anulação durante o relacionamento (SOUZA; ROS, 2006, p. 513).

As mulheres possuem uma necessidade de manter o relacionamento, mesmo que, para que consiga, tenha que abrir mão de si mesma e assumir toda a responsabilidade de tudo o que envolva aquela relação. Este comportamento pode ser associado a tradicional socialização feminina, que impõe para a mulher ser considerada completa, possuir um homem ao seu lado, um companheiro. Querer permanecer em uma relação após inúmeras situações de violência, bem como querer retomar o relacionamento após ter se separado é um fator banal na vida destas mulheres que sofrem com relações abusivas (CARDOSO, 1997).

Ainda segundo Cardoso (1997), quando a mulher resolve enfrentar o companheiro e a violência sofrida e opta pela separação, inicia-se um jogo emocional no qual uma transformação ocorre no comportamento do mesmo, esta mudança por parte do marido, faz com que a mulher acredite e dedique-se aquele relacionamento, e por consequência, o ciclo que violência reinicia.

“O primeiro indício de que a mulher tenta romper com a situação de violência é a queixa na delegacia” (SOUZA; ROS, 2006, p. 521).

A queixa na delegacia passa a ser uma atina na pequena guerra travada pelo casal. Todavia, há argumentos que sustentam a suspensão da queixa na delegacia, tais como a preocupação com os filhos; a preservação da moradia da família, em que se observa a importância material e simbólica que a casa adquire; a dificuldade ou fragilidade do agressor para conter a violência quando alcoolizado ou drogado. Na reconstrução dos fatos, a mulher vítima assume parte da responsabilidade do fato ocorrido (BRANDÃO, 1998, apud SOUZA; ROS, 2006, p. 522).

No que diz respeito ao número de denúncias registradas, foi possível analisar os números da Central de Atendimento à Mulher, o disque denúncia 180.

“A Central de Atendimento à Mulher tem contribuído para a adoção de políticas públicas voltadas para o enfrentamento à violência contra as mulheres e para a efetividade da Lei Maria da Penha” (BRASIL, 2014, p.3).

Desde sua criação, que ocorreu em 2005, foram realizados 4.124.017 atendimentos. Em 2014, a Central realizou 485.105 atendimentos, o que corresponde a uma média de 40.425 atendimentos por mês e 1.348 por dia. Em 2014, dentre todos os registros realizados, um total de 52.957 dizia respeito à violência contra a mulher (BRASIL, 2014).

Trata-se de um número muito alarmante, tendo em consideração as consequências geradas pela violência sofrida por estas mulheres.

As mulheres vitimizadas por esta violência tendem a relatar mais problemas de saúde crônicos e comportamentais com risco à saúde do que mulheres que não sofreram com estas agressões na relação íntima (BLACK; BREIDING, 2008 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Dentre os problemas de saúde que causam riscos à saúde da mulher, além de grande prejuízo, encontra-se novamente a depressão (MORAIS, 2009).

A depressão, por Papalia e Feldman (2013), pode ser caracterizada de diversas formas, dentre as quais, humor depressivo, o qual é seguido por um período de tristeza prolongado, síndrome depressiva, onde há a tristeza prolongada somada a outros sintomas como choro e sentimentos de inutilidade e impotência e ainda um transtorno depressivo maior, que trata de um diagnóstico clínico com um conjunto de sintomas específicos, considerado o mais grave, requer intervenção médica.

As mulheres, especialmente as que estão na vida adulta, têm mais propensão que os homens para apresentar sintomas atípicos, possuírem uma patologia associada à depressão e tentar o suicídio (GORMAN, 2006, apud PAPALIA; FELDMAN, 2003).

Pessoas que possuem depressão apresentam risco mais elevado de cometer suicídio. O risco é altíssimo na presença de doenças e comorbidades, no entanto, torna-se menor quando tratado ou em remissão. Desta forma, detectar e tratar adequadamente pessoas com este transtorno é a forma mais efetiva da prevenção do suicídio (CHACHAMOVICH et al, 2009).

Papalia e Olds (2000) declaram que as mulheres que são agredidas, sejam fisicamente, emocionalmente ou de qualquer outra maneira devem reagir ao fato, não podendo ocultar esta violência, e zelando pelo respeito que é seu de direito.

A mulher agredida precisa reagir e entender que permanecer no contexto da violência doméstica é uma escolha destrutiva que a machuca, que a faz sentir no fundo do poço, mas que também pode ensinar a crescer, desde que esteja pronta a reconhecer os erros e agir. Quando a mulher chega a esse processo, ela passa a questionar sua situação como pessoa, procura conhecer seus direitos, reúne forças recolhe os pedaços, cuida dos ferimentos e muitas delas recomeçam a viver (COSTA; SANTOS, 2008, p. 25).

Visto a relevância da identificação, compreensão e prevenção desta patologia, o presente trabalho demonstra a possibilidade de analisar a relação da depressão com a violência doméstica, sob a ótica da teoria do Desenvolvimento Humano, que proporciona elementos para um entendimento abrangente acerca do tema.

2.6 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

De acordo com Lima (2013), desde o início do século XX, pesquisas são realizadas buscando compreender as estratégias utilizadas pelo sujeito a fim de adaptação às situações que causam estresse, situações estas consideradas pelo indivíduo como superiores a seus recursos. É considerado comum o fato de que eventos externos gerem no homem uma necessidade de fazer uso de mecanismos de defesa que fuja do consciente para enfrentar dor e sofrimento, buscando reequilibrar-se.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2010, p. 675), enfrentamento trata-se de “pensamento ou comportamento de adaptação visando reduzir ou aliviar o estresse advindo de condições prejudiciais, ameaçadoras ou desafiantes. É um importante aspecto da saúde mental”.

Na concepção de Lazarus e Folkman (1984 apud VIVAN; ARGIMON, 2009), o estresse surge como consequência relacional do indivíduo com o ambiente. Segundo estes autores, *coping* trata-se de um conjunto cognitivo e comportamental

de estratégias que são utilizadas para melhor lidar com eventos considerados aversivos de algum modo.

O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais (SULS; DAVID; HARVEY, 1996 apud ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 274)

“Uma importante variável no estudo de *coping* é a depressão, pois, além de interferir na interpretação de uma situação, algumas características depressivas afetam a seleção de estratégias de *coping* e a percepção real de sua eficácia” (ZEIDNER; SAKLOFSKE, 1996 apud VIVAN; ARGIMON, 2009, p. 437).

O modelo de avaliação cognitiva, proposto por Lazarus e Folkman (1984), diz que as pessoas escolhem as estratégias de enfrentamento de um modo consciente, baseados na forma em que percebem uma determinada situação. Quando o indivíduo toma consciência da sobrecarga, ou que excedeu os próprios limites, sendo necessário um reforço, aí o enfrentamento ocorre. Este enfrentamento inclui pensamentos e atos que vise adaptação à situação estressora, independente de como será realizado. (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010).

Neste modelo proposto é possível distinguir dois modelos de enfrentamento, duas estratégias utilizadas pelos indivíduos para enfrentar situações difíceis de lidar: As estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou focalizadas na emoção (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010).

“O enfrentamento por focalização no problema implica o uso de estratégias instrumentais, ou orientadas para a ação, para eliminar, administrar ou mitigar uma condição estressante” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 675).

Já o enfrentamento por focalização na emoção, que também é conhecido por enfrentamento paliativo, trata-se de “sentir-se melhor, administrando a resposta emocional a uma situação de estresse para aliviar seu impacto físico ou psicológico” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 675).

Uma estratégia por focalização na emoção leva a desviar a atenção de um problema; outra leva a desistir; outra, ainda, leva a negar a existência do problema. Respostas focalizadas no problema, em resposta a uma série de reprimendas de um patrão, poderia ser: trabalhar com mais afinco, buscar formar de melhorar as próprias habilidades de trabalho ou procurar emprego. Respostas focalizadas na emoção poderiam ser: recusar-se a

pensar naquelas reprimendas ou convencer-se de que o patrão não tinha intenção de ser tão duro (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 676).

“O enfrentamento por focalização na emoção tende a predominar quando uma pessoa chega à conclusão de que pouco ou nada pode ser feito no que diz respeito àquela situação específica” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 675).

Folkman e Moskowitz (2004, apud SUIT; PEREIRA, 2008) relevam que uma forma de enfrentamento pode se relacionar e atuar frente à outra, desta forma, facilitando-a. Segundo estes autores, encarar as situações apresentadas de maneira positiva podem incentivar o sujeito a utilizar a estratégia focalizada no problema que, por sua vez, é capaz de contribuir positivamente na resolução daquela situação, seja reforçando a competência individual ou permitindo a contribuição de um terceiro na resolução daquela situação.

Estes mesmos autores identificam a existência de outras estratégias de enfrentamento que são capazes de atuar no enfrentamento de determinada situação, dentre os quais cabe ressaltar: a busca suporte social, a busca de informação, religião, entre outros (FOLKMAN; MOSKOWITZ, 2004, apud SUIT; PEREIRA, 2008).

O uso das estratégias de enfrentamento depende dos recursos apresentados por cada indivíduo, que são relacionados aos mais diversos fatores, dentre os quais cabem ressaltar: a cultura, valores e crenças, bem como a habilidades sociais e apoio social, que podem não estar sempre disponíveis devido a restrições externas e/ou internas (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

As mulheres que são vítimas de violência utilizam estratégias de enfrentamento para melhor lidar com as ameaças e agressões às quais sofrem principalmente nos ambientes familiares (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010).

Löbmann e outros (2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010) pesquisaram sobre a violência doméstica sofrida por mulheres e *coping*, e observaram que há diversos mecanismos passíveis de minimizar o impacto negativo decorrente das agressões, bem com facilitar a superação das consequências acarretadas. Segundo estes autores, podem ser observadas as mais diversas reações entre as mulheres vítimas de violência, mas que muitas delas podem ser explicadas pela estratégia de *coping* utilizada, ou pela ausência da mesma.

Através da identificação e fortalecimento de fatores protetivos, a ocorrência da violência e a vitimização podem ser prevenidas. Ao estimular ou exercitar estratégias de *coping* durante intervenções (discutindo crenças distorcidas e mal adaptativas, por exemplo) e através do desenvolvimento de um novo repertório dessas estratégias, os efeitos posteriores da vitimização podem ser mais facilmente superados (LÖBMANN et al, 2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010, p. 157).

Um estudo realizado por Meneguel e outros (2003) o qual contou com a participação de 32 mulheres, foi possível verificar algumas estratégias de enfrentamento à violência, dentre as quais, cabe ressaltar a busca de apoio familiar, constituídos por mães, tias, avós e vizinhas, a separação e reconstituição de uma nova família, mesmo que nesta nova família também haja presença da violência, além de abstinência sexual e recusa de conceder favores sexuais.

“As mulheres reprimem as lembranças e, deliberadamente, evitam a reflexão sobre os incidentes como uma estratégia de coping centrado na emoção” (LÖBMANN et al, 2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010).

Outra estratégia muito vista em casos de violência doméstica contra a mulher é a religião.

Pargament e outros (1998, apud FARIA; SEIDL, 2006) foram responsáveis pelo desenvolvimento de um modelo capaz de identificar padrões tanto positivos quanto negativos de enfrentamento religioso, analisando as implicações e consequências para a saúde.

Características [...] consideradas representativas do padrão positivo são, por exemplo, busca de apoio espiritual, perdão religioso, enfrentamento religioso colaborativo, ligação espiritual e redefinição benevolente do estressor. O padrão negativo foi caracterizado por descontentamento religioso, presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso e de dúvidas sobre os poderes de Deus para interferir na situação estressora (PARGAMENT et al, 1998, apud FARIA; SEIDL, 2006, p.156).

O enfrentamento religioso está muito presente na vida de mulheres que sofrem violência. Nas mais diversas igrejas presentes no cenário nacional, as mulheres são vistas como subordinadas, sem poder de decisão. São contaminadas pela ideia de que “é a vontade de Deus” e frente à isto, naturalizam a violência, o que implica em uma grande resistência e dificuldade em denunciar, em até mesmo saber que está sofrendo violência e que isso é errado (JARSCHEL; NANJARI, 2008).

Ainda de acordo com os autores acima citados, são frequentes as situações em que as mulheres religiosas, frente à ideia do sacramento sagrado que é considerado o casamento nas igrejas, submetem-se a relações violentas e agressivas com seus

parceiros. Além do fato de as mesmas viverem o processo de ser mãe como imposição, são julgadas por interromperem gravidez, além de terem que se manter fiéis e submissas aos maridos e filhos, mesmos que estas relações ocorram de forma violenta para com ela (JARSCHEL; NANJARI,2008).

É importante atentar-se aos esforços necessários para se combater a violência doméstica no país. Além das estratégias de enfrentamento já utilizadas pelas mulheres visando lidar com estas situações abusivas sofridas, é de grande relevância que ocorram também políticas de prevenção, além de campanhas para auxiliar na compreensão das pessoas sobre este fato. São necessárias intervenções mais eficientes e eficazes no que diz respeito ao tratamento da violência doméstica.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Para a prática do presente estudo, optou-se pela realização da pesquisa exploratória. Segundo Gil (2008, p. 27) “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”.

Ainda de acordo com este autor, este tipo de pesquisa objetiva proporcionar uma visão geral sobre um determinado fato, além de possibilitar grande familiaridade com o problema (2008).

No que tange os procedimentos técnicos, foi realizado um levantamento de campo, que possui como principal característica a interrogação direta das pessoas sobre um assunto específico, por meio de um questionário. Tal tipo de pesquisa permite um conhecimento objetivo da realidade, além da facilidade da obtenção de dados (GIL, 2008).

De acordo com Gil, o levantamento de campo apresenta as seguintes vantagens:

- a) conhecimento direto da realidade: à medida que as próprias pessoas informam acerca de seu comportamento, crenças e opiniões, a investigação torna-se mais livre de interpretações calcadas no subjetivismo dos pesquisadores;
- b) economia e rapidez: desde que se tenha uma equipe de entrevistadores, codificadores e tabuladores devidamente treinados, torna-se possível a obtenção de grande quantidade de dados em curto espaço de tempo. Quando os dados são obtidos mediante questionários, os custos tornam-se relativamente baixos;
- c) quantificado: os dados obtidos mediante levantamento podem ser agrupados em tabelas, possibilitando sua análise estatística. As variáveis em estudo podem ser quantificadas, permitindo o uso de correlações e outros procedimentos estatísticos. À medida que os levantamentos se valem de amostras probabilísticas, torna-se possível até mesmo conhecer a margem de erro dos resultados obtidos (GIL, 2002, p. 51).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de coleta de dados foi o Pró-Vida, um programa de atendimento à mulheres vítimas de violência doméstica que faz parte da Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPOM) no município de Serra, ES.

Este programa é responsável por cuidar de mulheres em situação de violência, oferecendo serviços de acolhimento, atendimento, orientação e acompanhamento psicossociais, bem como sociais, psicológicos e jurídicos para as mesmas. Os profissionais deste programa também desenvolvem mediações de conflitos e grupo de mulheres com temáticas relativas à situação comum entre usuárias.

Esta instituição possui também a Casa Marcelle, uma casa abrigo para mulheres vítimas de violência que estão sendo ameaçadas e correm risco de morte.

Atualmente este programa presta assistência a mulheres, vítimas de violência doméstica, com uma média de 40 atendimentos mensais realizados através de demanda espontânea.

As mulheres são acompanhadas e encaminhadas de acordo com sua demanda, a fim de garantir para a mulher atendida, fazer valer os seus direitos de cidadã enquanto sujeito de suas ações.

3.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 13 mulheres usuárias do programa Pró-Vida. Tais mulheres estavam dentro da faixa etária de adulto jovem e intermediária, que varia de 20 a 65 anos de idade (PAPALIA, 2013). Foram obedecidos os seguintes critérios para a escolha das participantes: estarem sendo acompanhadas pelo programa Pró-Vida; estarem em situação de violência doméstica pelo marido e/ou companheiro e terem, no mínimo, 06 meses de tempo de relacionamento com o agressor. Não houve distinção entre mulheres casadas e em regime de união estável.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Em um primeiro momento, ocorreu um diálogo com a equipe da SEPPOM para acesso aos prontuários de atendimentos às mulheres. Após o acesso consentido aos prontuários (APÊNDICE C), os mesmos foram analisados e separados para seleção das participantes segundo os requisitos pré-estabelecidos.

Esta análise de dados foi realizada com o auxílio de dois profissionais da equipe interdisciplinar do Pró-Vida, uma psicóloga e uma assistente social.

Após análise dos prontuários foram realizadas ligações telefônicas para comunicação com essas mulheres sobre a proposta do trabalho e solicitação da participação voluntária. Mediante a aceitação, foram marcados dia e horário para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e início da coleta de dados.

Além disso, algumas abordagens também ocorreram através de demanda espontânea. Quando estas mulheres chegavam à instituição e passavam pelo serviço de acolhimento, os casos sujeitos aos critérios da amostra eram apontados pelas técnicas do programa e tais mulheres eram convidadas a participarem da pesquisa. Também foram utilizados Grupos de Mulheres que ocorrem mensalmente pelo programa para abordagem a estas mulheres.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, o primeiro tratou-se de um questionário, definido como:

Um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos (AMARO; PÓVOA; MACEDO, 2004/2005, p. 3).

Este questionário visava o levantamento de dados sobre o perfil sócio demográfico da vítima, além de dados pessoais e sobre a violência sofrida. Consistia no tipo fechado que “tem na sua construção, questões de resposta fechada, permitindo obter respostas que possibilitam a comparação com outros instrumentos de recolha de dados” (AMARO; PÓVOA; MACEDO, 2004/2005, p. 6).

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário Beck de Depressão (BDI), composto por 21 questões de múltiplas escolhas, que permite avaliar os sintomas depressivos em graus de depressão, com escores de 0 a 3 (CUNHA, 2001).

3.5.1 Escala Beck de Depressão

O Inventário Beck de Depressão (BDI) é um instrumento capaz de medir a intensidade da depressão. Trata-se de uma escala de autorrelato (CUNHA, 2001).

Este inventário foi criado originalmente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) com a intenção de ser utilizado como medida escalar e não como instrumento responsável para diagnóstico de um quadro determinado (CUNHA, 2001).

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998, p.2). Segundo essa variação, 0 seria a ausência de depressão – e sintomas depressivos - e 3 a presença de sintomas mais acentuados, num total máximo de 63 pontos (CUNHA, 2001).

Os itens dizem respeito à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa punição, auto aversão, auto acusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido (CUNHA, 2001).

Ainda de acordo com este autor (2001), esta escala foi inicialmente utilizada para pacientes psiquiátricos, no entanto, também pode ser utilizada amplamente nas áreas clínicas e de pesquisas, mostrando-se um instrumento útil para a população de um modo geral.

Este instrumento é indicado para indivíduos de 17 a 80 anos, todavia, há pesquisas realizadas para além desta faixa etária. Também há literatura referente a estudos com adolescentes, com sujeitos de 12 a 17 anos e terceira idade na versão brasileira (CUNHA, 2001).

No que tange à administração deste instrumento, possui um vocabulário apropriado a um nível de leitura alcançado em 05 anos escolares. No que diz respeito ao tempo, há uma estimativa de 5 a 10 minutos para ser respondido de forma auto administrada e uma média de 15 minutos para aplicação oral (CUNHA, 2001).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa envolveu mulheres em situação de violência doméstica que concordaram em contribuir de forma voluntária com sua participação para a realização deste trabalho. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi

apresentado a todas as participantes, consentindo com esta livre participação bem como assumindo a responsabilidade pelos dados fornecidos. Durante este processo, houve o esclarecimento aos participantes de todo e qualquer procedimento utilizado, além de sanar qualquer dúvida presente.

Cabe ressaltar que este trabalho foi desenvolvido com base nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos do Conselho nacional de Saúde (CONEP), estabelecidas pela resolução 196/96 de 10/10/1996, na qual fornece anonimato e sigilo tanto a identidade dos sujeitos quanto às informações deles prestadas que são confidenciais, destinando-se somente aos objetivos propostos pelo trabalho.

Algumas mulheres que apresentaram índice de moderado a grave na BDI já estavam sendo acompanhadas pela psicóloga da instituição responsável, porém as que ainda não estavam recebendo assistência foram encaminhadas ao tratamento, tanto psicológico, quanto médico.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise de dados do questionário foi realizada com base dos pressupostos de Bardin (1977).

Segundo a autora supracitada, Análise de Conteúdo trata de:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 26).

De acordo com esta teoria de Bardin (1977) o procedimento de análise dos dados é dividido em etapas. Inicialmente ocorreu uma pré-análise do material, aonde todo o material levantado foi lido novamente e estudado, posteriormente, houve uma exploração, que consistiu na codificação e categorização do material. Houve também a inferência e tratamento dos resultados.

O instrumento BDI foi corrigido seguindo as instruções do manual da versão em português das Escalas Beck (CUNHA, 2001). Tal autora classifica pontos de corte baseados nos dados dispostos pelo paciente. Estes pontos referem-se a níveis de pontuações que classificam como: Mínimo, para um paciente que apresente escores

entre 0 e 11; Leve, para aquele que apresenta escores entre 12 e 19; Moderado para o que apresenta escores entre 20 e 35 e grave para o que demonstra escores entre 36 e 63.

Cabe ressaltar que a análise de dados também foi feita através da perspectiva do Desenvolvimento Humano, orientado por Papalia e Feldman (2013, p. 36) que “concentra-se no estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade que ocorrem nas pessoas ao longo do ciclo vital”.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme mencionado anteriormente, a investigação do presente trabalho possui como objetivo primordial identificar a presença de depressão em mulheres vítimas de violência doméstica em idade adulta jovem e intermediária; avaliar a incidência e intensidade de depressão nessas mulheres e sua relação com o tipo de violência estabelecida; caracterizar as mulheres vítimas de violência doméstica conforme perfil sócio demográfico e caracterizar as particularidades da violência sofrida como tipo de agressão, frequência e duração.

Para alcançar este objetivo, foram entrevistadas treze mulheres vítimas de violência doméstica que estavam sendo acompanhadas pelo Pró-Vida, programa que faz parte da Secretária de Políticas Públicas para às Mulheres, localizado em Serra, no Espírito Santo.

Para melhor ilustrar, ao final do trabalho, serão apresentados dois estudos de casos de mulheres vítimas de violência doméstica, o caso de N. e o de A. S, selecionadas considerando suas histórias de vida bem como seus escores na Escala Beck de Depressão (BDI), pois, apesar de ambas sofrerem com violência doméstica por parte de seus companheiros, demonstraram resultados e enfrentamentos distintos desse processo.

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 13 mulheres vítimas de violência doméstica, com idade média de 43 anos, variando de 20 a 62 anos. Dentre estas mulheres, 100% eram casadas ou mantinham um relacionamento em união estável.

Dentre a média de idade obtida, 38,5% (n=5) eram adultos jovens e 61,5% (n=8) estavam na vida adulta intermediária.

Os autores, Debert e Oliveira (2007), realizaram uma pesquisa sobre o perfil de mulheres que sofrem violência doméstica e buscam delegacias especializadas. Dentre os resultados, ressaltam que há uma homogeneidade, quando se trata de certas regiões do país. Todavia, no que diz respeito à idade, de um modo geral,

variava entre 20 e 35 anos, mas com registros de mulheres que possuem mais que 45 anos de idade.

Corroborando com o estudo do presente trabalho, no que tange a porcentagem encontrada para mulheres de idade adulta jovem que sofrem violência, os autores do Desenvolvimento Humano, Papalia, Olds e Feldman (2010), explicam através do modelo normativo-sequências, que “sustentam que os adultos seguem a mesma sequência básica de mudanças psicossociais relacionadas à idade” (p. 512).

Ainda de acordo com estes autores, tais mudanças são consideradas normativas, pois são semelhantes a todos os sujeitos, e surgem em determinados períodos, que podem vir em decorrência de crises emocionais (PAPALIA; OLDS; FELDMAN; 2010).

Erikson (1985, apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN; 2010), ao tratar sobre sua sexta etapa de desenvolvimento psicossocial, intimidade *versus* isolamento, alega que os jovens adultos necessitam assumir profundos compromissos com os outros, pois, caso não o fizerem, podem enfrentar um sentimento excessivo de isolamento e introversão. Tal autor ainda defende que a marca deste adulto é o sentido ético, bem como, reitera que a intimidade e o relacionamento que se formam nestes requisitos demandam sacrifício e concessão, ainda reitera que “adultos jovens que desenvolveram um forte senso de *self* durante a adolescência estão preparados para fundir sua identidade com a de outra pessoa” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN; 2010, p. 512).

Segundo Helson e Moane (1987, apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN; 2010, p. 513) “Entre os 27 e 43 anos, as mulheres desenvolviam mais autodisciplina e compromisso, independência, confiança e capacidade de superação”. Este fato pode ser utilizado em justificativa no presente trabalho, uma vez que a porcentagem de mulheres adultas jovens que sofrem com violência doméstica, é menor do que a porcentagem de idade das mulheres adultas intermediárias.

No que diz respeito a mulheres de idade adultas intermediárias, estas se encontram em um período também conhecido como “meia idade”. Neste período, as pessoas entram no sétimo estágio normativo de Erikson, generatividade *versus* estagnação, estágio este que se caracteriza pelo cuidado (PAPALIA; OLDS; FELDMAN; 2010). “Um compromisso amplo no sentido de cuidar das pessoas, dos produtos, e das

ideias com as quais a pessoa aprendeu a se importar” (ERIKSON, 1985, p. 67 apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 589).

No sétimo estágio de Erikson, o adulto de idade intermediária, preocupa-se com orientar e influenciar uma próxima geração, caso não consiga, experimenta uma estagnação, e assim, pode perder o sentido e o significado de sua vida (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010). Ambos os sentimentos são passíveis de verificação nas mulheres presentes na amostra deste estudo. As mesmas preocupam-se com a vida e futuro dos filhos, todavia, muitas afirmam não ter nenhuma ambição em relação à própria vida.

Tal fato pode estar relacionado com a crise de meia-idade, “um período supostamente estressante desencadeado pela revisão e reavaliação da própria vida” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p. 592). No caso destas mulheres, as mesmas já vivem sob estresse decorrente da situação de violência doméstica vivida. Visto isso, Lenvinson (1978, apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p.592) afirma que “o tumulto é inevitável quando a pessoa luta com a necessidade de reestruturar a sua vida”, principalmente no casos destas mulheres, onde a impotência e tristeza é um sentimento que se faz presente em suas vidas.

Em relação à cor, 53,8% (n=7) eram pardas, 38,5% (n=5) brancas e 7,7% (n=1) negras. No que diz respeito à escolaridade, 53,8% (n=7) possuíam o ensino fundamental incompleto, 15,4% (n=2) o ensino fundamental completo, 23,1% (n=3) o ensino médio completo e 7,7% (n=1) o ensino superior.

Os estudos de Debert e Oliveira (2007) corroboram que as mulheres, em sua maioria possuíam baixo nível de instrução, no qual se predominavam o ensino fundamental completo ou incompleto. Tais dados se assemelham a amostra do presente estudo, visto que 69,2% possuem escolaridade até o ensino fundamental.

Observa-se na amostra uma média de idade de 43 anos, além da escolaridade média referente ao ensino fundamental incompleto. De acordo com Menezes e outros (2003) a escolaridade baixa das mulheres que sofrem com violência doméstica pode influenciar na dificuldade na relação interpessoal, bem como, interferir na resolução dos problemas familiares, gerando violência.

Destas mulheres, 92% (n=12), consideravam-se religiosas praticantes, sendo 53,8% (n=7) evangélicas e 23,1% (n=3) católicas.

No que tange à vida profissional, 69,2% (n=9) possuíam profissão, todavia, apenas 53,8% (n=7) possuíam algum tipo de renda. Todas as mulheres tinham pelo menos 1 filho sendo que 69,2% (n=9) possuíam 2 ou mais filhos e todas se consideram responsáveis pelo seu sustento e/ou cuidado.

“O fato de ter filhos pode conspirar para que a mulher suporte uma situação de violência por um período maior de tempo” (RANGEL; OLIVEIRA, 2010, p.4).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

O tempo médio de união destas mulheres para com seus companheiros foi de 15 anos, com no mínimo 03 anos e no máximo 32 anos de relacionamento.

Todas as mulheres sofreram com as agressões dentro do ambiente doméstico, ou seja, dentro de casa, sendo que além deste, 23,1% (n=3) também apontaram a rua/via pública como local de agressão e 7,7% (n=1) apontam outras localidades.

No presente estudo, dentre as violências sofridas, todas as mulheres relataram serem vítimas de no mínimo dois tipos de agressões concomitantemente, sendo que 92,3% (n=12) foram vítimas de violência física e moral, 84,6% (n=11) de violência psicológica, 30,8% (n=4) de violência sexual e 23,1% (n=3) de violência patrimonial. É importante ressaltar que 30,8% (n=4) das mulheres apontaram serem vítimas de 04 tipos de violências em suas rotinas familiares.

Em 2014, no Brasil, entre todos os relatos registrados de violência contra a mulher na Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, um total de 52.957, 51,68% diz respeito a relatos de violência física, 31,81%, de violência psicológica, 9,68% de violência moral e 1,94% de violência patrimonial (BRASIL, 2014).

No que diz respeito ao tempo que sofrem violência doméstica, houve uma média de 12 anos apontados pelas mulheres, sendo 6 meses o menor e 32 anos o maior tempo registrado.

Trata-se de um número alarmante em comparação ao tempo que estas mulheres se encontram nestes relacionamentos. Tendo em vista que numa média de 15 anos de relacionamento, por 12 sofrerem violência. Cabe ressaltar o caso de N., que será melhor explicitado em um estudo de caso, a mesma descreve sofrer com violência desde o início do relacionamento, há 32 anos.

Cabe ressaltar que 84,6% (n=12) das mulheres deste estudo, apresentam um tempo de relacionamento maior do que 07 anos com os agressores.

No Brasil, as relações com tempo maior que 05 anos corresponderam a 56% dos registros (BRASIL, 2014).

Outra característica das agressões se refere à frequência das mesmas. Cerca de 40% (n=5) ocorriam diariamente, 40% (n=5) de duas à três vezes na semana, 7,7% (n=1) de quatro à cinco vezes por semana e 15,4% (n=2) não souberam responder.

O Balanço realizado em 2014 revela que, no que diz respeito à “frequência com que a violência ocorre mostrou que, em 42,93% dos casos, a violência é diária e, em 34,05%, semanal” (BRASIL, 2014).

Ao serem questionadas sobre a percepção da presença de fatores agravantes que acompanhavam a situação de violência, 84,6% (n=11) das mulheres responderam que sim. Dentre estes agravantes, ressalta-se o uso de álcool e outras drogas, o desemprego, a falta de dinheiro, o ciúme e a traição.

O álcool foi indicado como um dos principais agravantes para a violência doméstica, sendo apontado em 61,5% (n=8) dos casos pelas mulheres como sendo utilizado pelos parceiros antes de se cometer as agressões. O uso de outras drogas surge em 30,7% (n=4) dos casos.

De acordo com a literatura, a ocorrência da violência doméstica contra a mulher está associada, em muitos dos casos, com o grande consumo de bebidas alcoólicas por parte dos agressores, além de outras drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas (RABELLO; JUNIOR, 2007).

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas exercem considerável impacto sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade, determinando prejuízo à saúde física e mental, comprometimento das relações, perdas econômicas e, algumas vezes, chegando a problemas legais. Vários estudos assinalam a associação entre transtorno do uso de substâncias psicoativas e violência doméstica, acidente de trânsito e crime (CHALUB; TELLES 2006, p. 70).

Segundo Zilberman e Blume (2005), bebidas alcoólicas propiciam um ambiente favorável para a ocorrência de violência, uma vez que atua como desinibidor no indivíduo. Já as drogas conhecidas como estimulantes, como as anfetaminas, a cocaína e o crack, diminuem a capacidade de controlar impulsos do sujeito, além de provocar sensações persecutórias.

“O álcool estimula este tipo de comportamento dos homens, mas age apenas como um catalisador de uma vontade pré-existente, havendo, portanto, uma intenção em ferir a integridade física da mulher” (GREGORI, 1993, apud FONSECA; LUCAS, 2006, p. 14).

Os autores Irons e Schneider (apud ZILBERMAN; BLUME, 2005), identificam semelhanças nos comportamentos de agressores domésticos com comportamentos de dependentes de substâncias, e cita, dentre outros, a falta de controle, manutenção do comportamento apesar das consequências adversas, culpabilização dos outros, negação, e inconstância de atitudes seguidas por contrição e promessas de mudança.

Outro fator que surge como causa da violência doméstica, muito citado pelas mulheres, é o ciúme [...]. “Os ciúmes podem estar relacionados à possessividade: muitos homens tratam as mulheres como objeto de sua propriedade” (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p. 312).

No que diz respeito ao jogo de poder e possessividade dos homens para com as mulheres, Almeida e Bandeira (apud FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p. 312) afirmam:

Os condicionamentos dominantes referentes a certas classificações e compreensões de violência, principalmente quando se trata de mulheres casadas ou em uniões estáveis, levam ao não reconhecimento da violência produzida na intimidade e na rotina de uma relação conjugal e à consequente aprovação dos atos abusivos cometidos pelos homens na posição de senhores e donos de suas mulheres.

Outros fatores que surgem como agravantes são as situações econômicas e profissionais, ambos em 23,1% dos casos. Segundo Santos (1999, p. 119):

[...] segundo estudos realizados, parecem ser elementos que andam associados e se agravam mais diante das dificuldades financeiras que atingem a vida do casal. Assim, não podemos deixar de marcar que as mudanças ocorridas na economia nos últimos cinco anos, ou seja, depois do Plano Real, contribuíram muito para ampliar o número e a frequência dos desentendimentos entre os casais, principalmente, porque a falta de dinheiro tornou-se o elemento chave na relação deles.

Em grande parte dos casos é visto que as mulheres buscam mascarar a violência sofrida, procurando justificar as atitudes dos parceiros com argumentos como ciúme, encarando o ato como demonstração de afeto. Atribuem a violência também a fatores como estresse, uso de álcool, drogas e até dificuldades financeiras (FONSECA; LUCAS, 2006).

Pode-se perceber, entretanto, a condição da mulher em ser condescendente e compreensiva, buscando encontrar justificativas para as agressões, atribuindo-as ao alcoolismo, falta de trabalho, situação de dependência dentro da família, falta de recursos financeiros, nervosismo do companheiro ou uso de drogas. São "justificativas" que parecem ser apresentadas como forma de reduzir a carga de responsabilidade do agressor, o que dificulta ou retarda uma tomada de decisão que permita romper o ciclo da violência (AUDI, 2009, p. 591).

Quando questionadas sobre histórico de violência na família, 53,8% (n=7) das mulheres responderam terem este fenômeno presente em suas vidas ou na vida de seus familiares e 23,1% (n=3) que seus parceiros possuíam histórico de violência na família.

De acordo com Menezes e outros (2003, p. 314) as mulheres que possuem histórico de violência doméstica na família “tendem a apresentar maior tolerância à violência dos seus parceiros, por aceitarem como normalidade formas violentas para a resolução de conflitos” desta forma, mesmo sem ter ciência dos fatos, acabam por manter o comportamento agressivo dentro do ambiente doméstico.

O ambiente familiar é um fator de grande importância dentro do contexto de violência doméstica. Pesquisas realizadas apontam que um ambiente com histórico de violência, seja ela presenciada ou sofrida, pode estar relacionada com comportamentos violentos do agressor, bem como, com a vulnerabilidade do gênero atrelada às agressões sofridas na vida adulta pela vítima. “É possível constatar que, se esses padrões de violência na família não forem cessados, poderão se reproduzir através de outras gerações” (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013, p.74).

4.3 CONSEQUENCIAS DA VIOLÊNCIA

A ocorrência de violência doméstica contra a mulher cometida pelo companheiro pode repercutir em diferentes consequências. (WILHEM; TONET, 2007, p. 411).

Ao serem questionadas sobre os sentimentos que possuem diante da violência, as mulheres fizeram referência a temas como: Raiva, ansiedade, solidão, medo, tristeza, desespero, impotência, auto-piedade e outros.

“É possível perceber a presença de diferentes sentimentos envolvidos após as agressões: baixa auto-estima, tristeza, esperança de que o marido tivesse se arrependido e que não fosse mais cometer o ato”. (WILHEM; TONET, 2007, p. 406).

De acordo com o estudo realizado por Fonseca e Lucas (2006, p.19) sobre as decorrências geradas pela situação de violência doméstica, “estados de tristeza, ansiedade e medo foram os mais destacados como consequências psicológicas deste tipo de violência”.

No presente estudo, quando questionadas, 100% (n=13) das mulheres responderam que possuem sentimentos de tristeza, raiva e medo cultivados como efeitos das agressões.

Ainda segundo o estudo realizado por Fonseca e Lucas (2006) o medo foi relatado como experiência vivida por 12,5 % de mulheres entrevistadas, pois as mesmas temem a todo momento serem novamente agredidas pelos parceiros. Pelo fato, estas mulheres privam-se de momentos prazerosos, com receio de gerar provocações que por consequência, acendam novas agressões.

No que tange o sentimento de solidão, 92,3% (n=12) apontaram como presente em suas vidas, já 84,61% (n=11) apresentam ansiedade e 76,9% (n=10) impotência.

“Muitas vezes uma mulher em situação de violência se sente especialmente amedrontada e envergonhada por não conseguir se fazer ouvir e respeitar por seu agressor, gerando sentimentos de impotência” (SOARES, 2004, apud FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p.311).

As participantes foram questionadas também sobre seus comportamentos frente às agressões sofridas.

Para Fonseca, Ribeiro e Leal (2012), as mulheres que sofrem com este tipo de violência possuem as mais diversas reações, bem como, suas manifestações advêm da relação com o companheiro. Em um estudo realizado por estes autores, sobre as realidades e representações sociais da violência doméstica contra a mulher, no qual foram entrevistadas 12 mulheres que buscaram a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher em João Pessoa, as manifestações mais evidentes encontradas foram os de passividade, vergonha, decepção, culpa e sofrimento.

No atual estudo, as principais manifestações apresentadas foram passividade, em 92,3% (n=12), autopiedade em 53,8% (n=7), agressividade verbal em 46,2% (n=6) e agressividade física em 30,8% (n=4) dos casos.

Uma das mulheres, quando questionada sobre seu comportamento frente à violência respondeu que, em algumas vezes, durante estes episódios:

“Saía de perto, me trancava no banheiro e ele quebrava a porta ou qualquer outra coisa que estivesse na frente” (E. 50 anos).

Este comportamento reforça o sentimento de medo descrito por ela. Tal sentimento é visto como um dos principais motivos pelo qual as mulheres permanecem nos relacionamentos abusivos (ZANCAN; WASSERMANN; LIMA, 2013)

O medo também pode ser associado a sentimentos de aprisionamento, uma vez que evoca sensações de ameaça frente ao perigo da violência, infligindo dor, sofrimento, tristeza, humilhação e diversos sentimentos negativos que tendem a fazer parte da rotina diária destas mulheres. O medo provoca intimidações e opressões, bem como, pode ser visto como uma forma de controle dos parceiros para com as vítimas, que permanecem silenciosas frente à violência sofrida (SOUTO; BRAGA, 2009).

A participante L.C. de 55 anos de idade respondeu que, frente à violência sofrida:

“Buscava o lado mais positivo da situação”.

Fica clara a demonstração de confusão nos relacionamentos amorosos que convivem com o fantasma da violência. As vítimas desenvolvem insegurança nos sentimentos demonstrados, uma vez que variam de um extremo a outro, podendo ser inferidas, dessas relações, questões relacionadas ao domínio da relação pelo homem (relações de poder), violência de gênero, em que se observam comportamentos de submissão, ingenuidade e vulnerabilidade (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p.312).

A violência doméstica traz à tona repercussões expressivas no que diz respeito à saúde física e psíquica da mulher, podendo variar no que diz respeito a expressão e intensidade, pode causar danos imediatos e graves gerados pelas agressões físicas, como por exemplo, lesões ou fraturas. Todavia, algumas lesões podem permanecer e refletir durante toda a vida da mulher vítima de violência, não somente após a violência sofrida, mas podendo se estender por tempo indeterminado, se fazendo presente através de dores de cabeça frequentes, aumento da pressão, e dificuldades em dormir, por exemplo (FONSECA; LUCAS, 2006).

4.3.1 Percepção da Violência

No que diz respeito à percepção de violência, as mulheres foram questionadas sobre cinco palavras que lhe vem à mente quando ouvem a palavra agressão ou violência, ou seja, o que elas pensam ao ouvir tais expressões.

Apesar das diversas respostas obtidas, foi possível notar semelhanças, principiando pela pouca fluência verbal e limitação na descrição, tanto dos pensamentos quanto dos sentimentos.

Dentre as respostas obtidas encontramos:

“Dor, tristeza, baixa autoestima, descontrole” (A.S. 38 aos).

“Tristeza, autoestima baixa, raiva, injustiça, vergonha” (A.M. 41 anos).

“Raiva, desespero, contra, ódio, não tem palavras” (A.P. 31 anos).

“Falta de respeito” (E. 62 anos).

“Raiva, medo” (J. 20 anos).

“Sem noção, atordoada, infeliz, tristeza, mesmo com ele fora de casa, fraca” (E. 50 anos).

“Muito ruim” (V. 48 anos).

Apavorada, nunca pensou que fosse passar por aquilo (C.D., 50 anos).

Segundo Dutra (2013), a violência doméstica interfere de modo negativo na identidade e autoestima das mulheres, gerando sentimentos de tristeza e indignação, pois não conseguem ser elas mesmas. Por este fato, ocorre uma desvalorização de si própria quando reconhecem que, frente à submissão ao companheiro, transformaram-se em pessoas diferentes, em alguém em que não mais se reconhecem.

Apesar de toda violência sofrida, M.R. relata que sofre porque o companheiro a manda embora, segundo seu relato:

“Lembro dele falando que eu sou usada, fico triste porque ele maltrata minha filha, fico triste porque ele fala que eu não presto mais para nada, fico triste porque ele me manda embora, diz que não precisa mais de mim para o sexo, gostaria de me separar e ter as minhas coisas, é a única esperança de abandonar ele, já estou acostumada a passar por isso” (M.R. 60 anos).

A violência na relação afetivo-conjugal faz parte da relação de comunicação entre alguns casais, que faz com que o relacionamento tenha ação nas duas vias, oscilando entre o amor e a dor. Os atos de violência no vínculo conjugal, sejam físicos, sexuais, emocionais ou psicológicos, são estabelecidos entre marido e mulher por meio de uma linguagem relacional, como se fosse um jogo (GROSSI apud SOUZA; ROS, 2006, p. 517).

“Difícil, triste, muito triste, a gente ama, a gente gosta e é maltratada” (E. 32 anos).

Uma das mulheres, L.C., ao ser questionada sobre sua percepção sobre violência quando escuta o termo agressão, diz:

“Pessoas que precisam de ajuda” (L. C., 55 anos).

Todavia, deixa claro que às pessoas a quem se refere, não são às vítimas de violência, assim como ela é, em sim se refere ao seu esposo, que faz uso de bebidas alcoólicas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001, apud WILHEM; TONET, 2007, p. 406)

“Algumas mulheres tendem a atribuir e justificar o comportamento violento do companheiro por fatores externos, deste modo, desresponsabilizando-o, como, por exemplo, as dificuldades financeiras, desemprego e uso de drogas, dentre outros”.

No caso de L.C., ela afirma se sentir “impotente” não em relação à violência sofrida, mas frente à justiça, uma vez que afirma ter dificuldades para encontrar clínicas para internar o marido que sofre de alcoolismo.

Outras mulheres, no entanto, são capazes de verbalizar que tem consciência da violência sofrida, e acreditam que não são merecedoras de tanto sofrimento:

“Tristeza, eu não merecia, solidão, impotência” (L.P., 39 anos).

“Revolta, raiva, nojo de homem que bate, denúncia, ajudar mulher” (L. 48 anos)

“Quis assim, deixei chegar a esse ponto, já deveria ter saído” (N. 45 anos).

Embora conscientes de sua situação enquanto vítima e do sofrimento que lhes são causadas, as mesmas não conseguem sair dos relacionamentos.

4.3.2 Escalas Beck

Foi aplicado o Inventário de Depressão Beck (BDI) nas mulheres que compõe a amostra do presente trabalho.

Conforme citado anteriormente, os itens do BDI dizem respeito à:

1) "Tristeza"; 2) "Pessimismo"; 3) "Sentimento de fracasso"; 4) "Insatisfação"; 5) "Culpa"; 6) "Punição"; 7) "Auto aversão"; 8) "Autoacusações"; 9) "Ideias suicidas"; 10) "Choro"; 11) "Irritabilidade"; 12) "Retraimento social"; 13) "Indecisão"; 14) "Mudança na autoimagem"; 15) "Dificuldade em trabalhar"; 16) "Insônia"; 17) "Fatigabilidade"; 18) "Perda de apetite"; 19) "Perda de peso"; 20) "Preocupações somáticas"; 21) "Perda da libido". (BECK; STEER, 1993, apud CUNHA, 2001, p. 4).

De acordo com esta escala, destacam-se os itens referentes à Tristeza, Insatisfação e Fatigabilidade, itens os quais apresentaram os maiores escores em uma média total. No que tange o item de tristeza, houve um escore total de 20 pontos. De um total de 100% (n= 13), 23,1% (n=3) afirmaram que se sentem tristes, 38,5% (n=5) afirmaram que estão sempre tristes e não conseguem sair disto e 38,5% (n=5) afirmaram que estão tão tristes ou infelizes que não consegue suportar.

O impacto desta realidade afeta desde a percepção da mulher sobre si mesma, refletida nos sentimentos de insegurança e impotência, até suas relações com o meio social, fragilizadas em decorrência da situação de isolamento, expressas pela falta de apoio de pessoas às quais possa recorrer. Estados de tristeza, ansiedade e medo foram os mais destacados como consequências psicológicas deste tipo de violência (FONSECA; LUCAS, 2006, p. 19).

Um estudo realizado por Fonseca e Lucas (2006) afirmou que mulheres que sofrem com a violência doméstica apontam como principal consequência em decorrência desta violência, um profundo sentimento de tristeza. Afirmam também que este sentimento influencia no cumprimento de atividades diárias, onde há diminuição na vontade da realização de afazeres rotineiros, além de frequente desejo de chorar.

Ainda de acordo com estes autores, a violência atua no comprometimento da saúde mental da mulher, interferindo em sua autoconfiança. A mulher passa a colocar em questão a sua competência, ou seja, sua habilidade de cumprir tarefas relevantes e essências de sua rotina de modo adequado (FONSECA; LUCAS, 2006).

Os itens culpa, autoaversão e perda de peso, foram os que apresentaram a menor média geral.

Todavia, 38,5% (n=5) informaram que sentem algum tipo de culpa, bem como 15,4% (n=2) apontam se sentirem culpadas na maior parte do tempo e 7,7% (n=1) aponta se sentir sempre culpada.

"A mulher é tão treinada para sentir culpa, que até mesmo quando é agredida ou toma conhecimento da agressão sofrida por outra mulher, entende que esta provocou a violência" (ARRUDA; LUZ, 2013, p.6).

De acordo com Dutra (2013), é socialmente construído e esperado que a mulher seja a responsável pela manutenção da coesão familiar, desta forma, é visto como fracasso pessoal ou incompetência da mesma o rompimento da relação doméstica por conta destes problemas. “Muitas vezes as mulheres atribuem a si a culpa pelos problemas na relação com o parceiro” (p. 298).

É importante chamar atenção também para o item de ideias suicidas, visto que 15,4% (n=2) afirmaram que se matariam caso tivessem oportunidade, bem como, que ao responder tal questionário, a participante A.P. afirma já ter tentado praticar o suicídio através da ingestão de substâncias medicamentosas.

Em relação à violência doméstica, para Soares (1999, apud CORREIA et al, 2014, p. 119) “ a visão tradicional da família como santuário sagrado, célula-mãe, base do edifício social, age como fator determinante para gerar uma barreira de proteção, dificultando a percepção da violência no espaço doméstico”.

Desta forma, é de extrema importância que atentemo-nos às consequências da violência, que é responsável por traumatizar, incapacitar, humilhar e frustrar, além de alterar os comportamentos e deixar sequelas. É necessário reconhecer a violência doméstica como agravo à saúde que acarretam danos irreparáveis para a saúde mental de mulheres, danos os quais tem por consequências, tentativas de suicídios e suicídios (CORREIA et al, 2014).

A representação das mulheres sobre o suicídio em situação de violência doméstica e tentativa de suicídio encontra-se ancorada em histórias de vida permeada pela rejeição e desamor, que leva a doença, sobretudo pela depressão. Sentindo-se impotente diante da necessidade de mudança e libertação, as mulheres decidem pela morte, o que nos permite apreender que as histórias de violência vivenciadas em diversos momentos da vida familiar e conjugal desencadeiam problemas de âmbito emocional que culminam na decisão de interromper a própria vida (CORREIA et al, 2014, p.124).

De um modo geral, 15,4% (n= 2) apresentaram o grau mínimo de depressão, 23,10% (n= 3) apresentaram o grau leve, 30,8% (n=4) apresentaram grau moderado e 30,8% (n=4), indicaram grave para indicativo de depressão.

Desta forma, 61,5% (n=8) apresentaram grau de moderado à grave no que diz respeito à depressão.

4.4 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

As mulheres foram questionadas sobre os motivos da permanência no relacionamento, bem como, de que modo faziam para lidar com aquelas situações de violência sofridas. Dentre as respostas obtidas, destacam-se a igreja, Deus, e a família (principalmente filhos) como principais motivos de permanência no relacionamento.

Uma destas estratégias é vista na fala de M.L, de 48 anos de idade, que afirma:

“Passei por muita coisa ruim, mas tenho fé no futuro. É difícil, mas a maneira que encontrei foi buscando a igreja e procurando me manter ocupada” (M.L, 48 anos).

A religião é uma das principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres, este *coping* age intensamente através da subjetividade e do plano simbólico. Existem modelos pré-existentes e papéis nos quais os homens e mulheres devem seguir, dentre os quais podem ser vistos o homem como chefe da casa e mulheres e filhos como submissos a este chefe. Tais modelos implicam diretamente e negativamente na vida da mulher, agindo sob a forma de valores guiados pela religião como certos e sagrados (JARSCHEL; NANJARI, 2008).

“Igreja, oração, casamento é para vida toda” (N. 45 anos).

No que diz respeito ao casamento, respostas parecidas como a supramencionada, são muito comum de encontrar. O casamento é tido como um sacramento na Igreja Católica, considerado sagrado e impregnado com o ideal de que “o que Deus uniu o homem não separa”, frente a esta imposição, torna-se totalmente aversivo, qualquer pensamento ou ação que vá contra este dogma (JARSCHEL; NANJARI, 2008). Tal pensamento é suficiente para a manutenção da situação de violência doméstica na vida de muitas mulheres, como por exemplo, L.C, de 55 anos e A.P, de 31 anos , que informa que, para melhor lidar com a situação vivida, busca por:

“Livros de autoajuda, ‘como ajudar melhorar o casamento’” (A.P, de 31 anos).

“Tenho fé que as coisas vão melhorar” (L.C. 55 anos).

Outro modelo existente na religião frente ao “sacramento” do casamento é o papel atribuído à mulher, a esposa. Segundo Jarschel e Nanjari, (2008), a mesma é vista como frágil e sem autonomia, e por este motivo, necessita de um homem para guiá-la, policiá-la e vigiá-la, para que não faça nada errado e não cometa nenhum pecado, como Eva cometeu.

Eva (cujo significado é “mãe de tudo o que vive” – a grande deusa mãe no matriarcado) é apresentada na tradição como aquela que trouxe o mal ao mundo, a que desobedeceu a divindade, transgrediu a ordem. Agostinho (século IV) associou de forma relevante o mal e o pecado à mulher e a sexualidade (JARSCHER; NANJARI, 2008, p. 4).

Por outro lado, outra referência religiosa de mulher, é Maria, mãe de Jesus. Ainda de acordo com Jarschel e Nanjari, (2008), esta se constitui uma figura oposta a Eva, Maria é vista como a mulher redentora e servil, que aceitou e submeteu-se ao que lhe foi conferido.

Este papel é reforçado pela religião, que sustentam que Maria é a mulher que deve ser seguida e reverenciada. “Oh Maria, Virgem de Guadalupe! Sem mancha, casta esposa de José, mãe terna de Jesus, modelo acabado de esposas e mães” (JARSCHER; NANJARI, 2008, p. 4).

A mulher acredita que é responsável pela sustentação de toda a família, bem como, a ela é atribuído à permanência da ordem e organização familiar.

“As mulheres atribuem grande importância ao casamento, entendido como uma parceria voltada para garantir suas condições de vida e de seus filhos. Daí resulta um sentimento da obrigação de manter esse compromisso” (DUTRA, 2013, p. 297).

Muitas mulheres também apontaram os filhos como responsáveis pela permanência na situação de violência:

“Por causa do meu filho” (J. 20 anos).

Por causa da família (A.P. 31 anos)

“Meu filho precisa de segurança” (V. 48 anos).

Uma pesquisa realizada por Santos e More (2011) sobre violência doméstica corrobora que dentre outros motivos, a situação socioeconômica das mulheres é precária, o que colabora para que estas permaneçam dependentes do companheiro para possibilitar uma condição de vida para os filhos e para elas próprias.

Esta afirmação pode ser justificada também na fala de L.P.:

“Não tenho pra onde ir” (L.P., 39 anos).

“Como era muito xingada na frente dos filhos, sem saber o porquê, nunca podia comer, nunca podia trabalhar, não conseguia mais aguentar, Tinha medo das

ameaças, daí criou forças para pedir ajuda. Não sabia que sofria violência doméstica” (E. 50 anos).

De acordo com Lobmann e outros (2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010) as mulheres, ao sofrerem violência doméstica, acabam reprimindo as lembranças, e desta forma, evitam pensar sobre estas agressões sofridas. As mesmas se veem na obrigação de evitar que novos episódios violentos ocorram, esquivando-se de quaisquer comportamentos, assuntos e ações que possam ser responsáveis pelo desencadeamento de novas agressões. Com o passar o tempo, as mulheres adaptam-se a estas situações de violência, que passam a ser vistas por elas com normalidade.

Esta habituação da violência pode ser reforçada através da fala de E., que afirma que “Não sabia que sofria violência doméstica”.

Ao reprimirem as lembranças que envolvem os episódios de agressão, as mulheres, vítimas, estão utilizando a estratégia de enfrentamento centrado na emoção (LOBMANN et al, 2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010).

“A idealização do casamento e do papel da mulher na vida doméstica faz com que a esta busque manter a relação e justifique o comportamento violento do parceiro” (DUTRA, 2013, p. 297).

Esta afirmação pode ser representada através da fala participante N. – estudo de caso N. – que afirma que lida com a violência como fator presente em sua vida pois; *“Porque ele me ajudou quando eu precisei” (N. 45 anos).*

“Quanto mais frágil, mais desprotegida e sem recursos é a mulher, mais dependente se apresenta do marido, principalmente enquanto seu protetor e, imprimindo à casa – um espaço compartilhado por ambos –, como um lugar seguro” (MIZUNO; FRAID; CASSAB, 2010, p.18).

4.5 ESTUDO DE CASO N.

N. é uma mulher de 45 anos que há 22 anos mantém um relacionamento em regime de união estável com o companheiro. Possui 03 filhos, um menino de 20 anos e duas meninas de 17 e 13 anos de idade, que moram com o casal.

Intitula-se parda, não possui religião praticante, possui residência própria. N. estudou até a 3ª série do ensino fundamental e não possui nenhuma atividade profissional, não possui nenhum tipo de renda mensal, identificando-se como do lar quando questionada se possuía alguma profissão.

N. possui outras 03 irmãs. Relata que sua infância foi difícil e que, quando era adolescente, foi “enganada” por um suposto noivo que a engravidou. Explica que, ao lhe dar a notícia, o mesmo a abandonou e ela nunca mais o viu e que, neste período, encontrou A. seu atual companheiro.

N. conta que A. soube de sua história e resolveu assumir seu o filho, todavia, sofreu aborto e não chegou a ter a criança, mas permaneceu com o companheiro.

Quando trata de sua família, se diz mais ligada à uma das irmãs, que tem paralisia, todavia é independente, mora sozinha e faz trabalhos manuais.

Fala que sua mãe abandonou à ela e às irmãs e que foram sempre criadas pelo pai, que descreve como autoritário e machista, mas sem ter consciência destes fatores.

No que diz respeito ao seu relacionamento com A., a participante relata que o companheiro é usuário de álcool e drogas (cocaína) e que, por conta disso, a trata com violência moral, praticando injúria e difamação, além de xingamentos; Com violência psicológica, cometendo chantagens, constrangimentos, humilhações e limitações do direito de ir e vir. Há também violência física, que a mesma afirma ter sido vítima uma única vez.

Ressalta que tais agressões ocorrem sempre dentro de casa.

N. conta que procurou pelo Pró-Vida para ser auxiliada pois, além de toda agressão sofrida pelo marido sob efeito de drogas, as quais ele nega o uso, seus filhos estão se rebelando contra a mesma, pois também são ameaçados pelo pai. N. conta que seus filhos lhe cobram uma posição, e não compreendem o motivo que leva a mesma a permanecer nesta situação abusiva.

Quando é questionada para falar de si e sobre seus sentimentos, N. chora, e diz não saber o que fazer.

Informa que já pensou em ir embora, mas não o faria, pois não suportaria fazer o mesmo que sua mãe fez: abandonar os filhos.

Outra característica da participante passível de ser analisada é seu discurso. Mesmo insatisfeita com toda a situação, N. fala com orgulho que mantém a casa “organizada”, que cumpre o seu papel de esposa e mãe.

Diz que independente da situação apresentada, sempre “prepara a janta” do esposo, arruma a casa, lava as roupas.

N. conta que, quando sofreu violência física do marido, foi contar para o pai, bem como toda situação vivenciada pelo marido com relação às drogas, mas informa que o mesmo não acredita no que ela diz.

N. possui pouca inserção na comunidade, além de círculo social restrito, pois o marido não lhe deixa sair livremente. A mesma informa também não ter companhias e amigas. Não sabe informar o que gosta de fazer para se divertir.

Atualmente, permanece em atendimento com a psicóloga do Pró-Vida, bem como foi encaminhada pela mesma a procurar atendimento médico no posto de saúde de seu bairro, uma vez que sempre se queixa de dores físicas.

Foi convidada a participar do Grupo de mulheres realizado mensalmente pelo programa e compareceu, todavia, pouco se comportou e quase não falou de si, demonstrando muita timidez ao quando convidada a se manifestar.

N. apresentou um escore total de 49 pontos na Escala Beck, avaliado como um nível grave de depressão. Dentre suas respostas, cabe chamar atenção para os itens referentes à punição, pois acredita estar sendo punida, para o item referente à auto aversão, pois assinalou a opção “eu me odeio”, para as ideias suicidas, uma vez que assinalou que se mataria se tivesse a oportunidade e o item dificuldades em trabalhar, pois afirmou que “não consegue e nem tem vontade de exercer mais nenhuma atividade”.

Para Dutra (2013), comportamentos e sentimentos de solidão e isolamento são produzidos por mulheres que possuem por obrigação, o cuidado com a família e com os afazeres domésticos, mesmo que, para elas, todo este cuidado reafirme suas concepções de amor e relacionamento com o companheiro.

“As mulheres não percebem que a exigência, por parte dos parceiros, da sua dedicação exclusiva ao lar representa um ato de violência e opressão” (DUTRA, 2013, p. 298).

4.6 ESTUDO DE CASO A. S.

A.S. é uma mulher de 28 anos tem 07 anos de casada e possui 01 filho, um menino de 03 anos, fruto desta união.

Intitula-se branca, é católica praticante, possui residência cedida. A.S. é pós-graduada na área de saúde e trabalha como assistente social em um órgão público, e tem como renda um valor de três salários mínimos.

A. S. relata que seu marido é muito agressivo, e que há 04 anos, sofre violência sexual e psicológica do mesmo, através de perseguições, ameaças de morte e de agressão. Afirma já ter sido ameaçada com uma faca, após uma discussão.

Relata também que o mesmo é alcoolista, e que, quando está sob efeito do álcool, provoca agressões. Conta ainda que o esposo não se reconhece como dependente do álcool.

Dentre as últimas agressões sofridas, A.S descreve que, após uma discussão, o marido a ameaçou dizendo “fica bem quietinha, que se não eu vou dar um jeito em você”. Logo após, informa ter encontrado um machado atrás da porta do quarto do casal.

Frente a isso, informou ter chamado a polícia por temer a sua vida, bem como a de seu filho. Ao chegar, informa que a polícia falou para que ele se afastasse da residência e que ele foi para a casa da mãe, bairro vizinho.

Todavia, segundo A.S, após a policia sair, o esposo retornou para a casa e pediu para que a mesma arrumasse as suas coisas. Após arrumar, ele falou que não tinha para onde ir e permaneceu em casa.

A. S. expõe que já sofreu muito com toda esta situação, mas que conseguiu forças para lidar com tudo isso.

Após este último ocorrido, a mesma compareceu ao Pró- Vida e desde então é acompanhada pela psicóloga da instituição.

No momento em que aceitou participar desta pesquisa, a mesma se mostrou uma pessoa muito receptiva e comunicativa. Realizou brincadeiras e sempre sorridente.

A.S permanecia em um relacionamento com o esposo, todavia, falava sobre o desejo de se separar, bem como a vontade que possuía em ser juridicamente orientada quanto ao divórcio e guarda do filho.

Quando questionada sobre seu comportamento frente à violência sofrida, A.S. respondeu que era em alguns momentos, era passiva, todavia, em outros, reagia igualmente com agressividade física e verbal. É importante lembrar que, quando se viu ameaçada, a mesma chamou a polícia.

Frente a estas informações, é possível constatar que esta participante da atual pesquisa apresentou estratégias de *coping* centrado no problema.

As estratégias de enfrentamento centradas no problema “acarretam necessariamente o aumento de resistência em situação de violência” (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010, p.157).

De acordo com Löbmann e outros (2003, apud GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2010), as mulheres que sofrem violência, mas que possuem comportamento assertivo nesses episódios agressivos demonstraram maior disposição no uso da violência como forma de defesa, bem como, maior probabilidade de abandonar os companheiros após algum tempo em comparação com mulheres que não apresentaram nenhuma resistência.

Tais fatos reforçam a possibilidade de colocar em prática seu discurso sobre separar-se do esposo, uma vez que a mesma fala sobre este assunto e se interessa em buscar seus direitos e do filho.

A.S apresentou um escore total de 15 pontos n Escala Beck, avaliado como um nível leve de depressão. Cabe chamar atenção para algumas de suas respostas neste instrumento, a mesma marcou pontuações entre 0 e 1 em grande parte das questões, no que diz respeito aos itens de sentimentos de fracasso, culpa, punição, ideias suicidas, choro, dificuldade em trabalhar, perda de apetite e de peso, ela respondeu não ter alteração e/ou sentimento prejudicial em nenhum destes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Violência doméstica é uma temática polêmica e que está cada dia mais presente em nosso contexto social. Atualmente, trata-se de um assunto que vem tomando conta das mídias e redes sociais, de um modo a chamar atenção pela persistência deste problema em nossa sociedade.

A compreensão do fenômeno que é a violência doméstica envolve todo um contexto histórico e cultural, e que, sendo seu entendimento uma questão essencial e emergencial para tratar sobre as consequências percebidas nas mulheres vitimadas.

Estas consequências impactam diretamente e negativamente na vida destas mulheres, e, em muitos dos casos, podem ser geradas sequelas irreparáveis, não só fisicamente, mas também psicologicamente.

O achado principal deste estudo foi a confirmação da associação entre mulheres vítimas de violência doméstica e depressão, uma vez que elas apresentaram indícios relevantes de prevalência deste transtorno.

Foi muito relevante poder visualizar a percepção das mulheres frente às situações abusivas por elas sofridas, além de abranger seus medos e anseios frente ao que pensam sobre as situações enfrentadas.

Tais mulheres explicitaram suas ideias, seus sonhos e anseios que possuem ou não pelo fato de serem, em muito dos casos, dependentes de seus companheiros, seja econômico, social ou emocionalmente.

Cada mulher tem um modo distinto de compreender e viver suas relações com os parceiros agressores, todavia, no que tange as consequências geradas pela violência, é possível ver diversas semelhanças, como por exemplo, os sentimentos de tristeza e impotência que possuem a percepção de que a relação deve manter-se, e que cabe a elas a responsabilidade de conservar o funcionamento da família.

Diante do exposto, esta pesquisa demonstra grande relevância por tratar de um problema tão evidente e crescente como é a violência doméstica em nossa sociedade. Busca-se chamar a atenção para este fenômeno, bem como as consequências geradas por ele na vida das mulheres vitimada, principalmente no que tange a saúde mental destas, que possuem como fator de risco a prevalência da depressão.

Este trabalho busca também contribuir com os profissionais e instituições que estão envolvidos com o atendimento à mulher vítima de violência doméstica, uma compreensão acerca do dia-a-dia destas mulheres, bem como promover uma conscientização da gravidade das consequências geradas, a fim de que este fenômeno seja tratado com a devida importância, buscando novos meios de prevenção, bem como propiciando novas alternativas para que esta situação seja melhor enfrentada.

Ponderando as limitações do presente estudo, principalmente pela dificuldade de conseguir participantes que aceitem falar sobre este assunto tão doloroso, é de grande importância que novos estudos sejam realizados, visando dar mais notoriedade ao fenômeno da violência doméstica e da depressão que a ela está associada, e para uma melhor compreensão e esclarecimento acerca do tema.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, D. T.; VIEIRA, M. L. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 9, n. 2, Ago. 2004 . p. 207-217, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Abr. 2015.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 3, n. 2, p. 273-294, Dec. 1998 . Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Out. 2015
- AMARO, A.; PÓVOA, A.; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. Porto: Universidade do Porto, 2004/2005. 10 f. Disponível em: < http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/a_arte_de_fazer_questionario.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, vol. 33, n. 2, 2006. p. 43 – 54
- ARAÚJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicologia, Ciência e profissão**. v.22. n.2. 2002. p.70-77
- _____. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.**, México , n. 14, out. 2008 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 mar. 2015.
- ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2014 . Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf> >. Acesso em: 25 Set. 2015
- ARRUDA, J. E. da S.; LUZ, N. S. da. Mulher Vítima de Violência: desbravando as razões da culpa feminina. In: Fazendo Gênero 10, 2013, Florianópolis. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: desafios atuais dos feminismos**. Florianópolis: UFSC, 2013
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- AUDI, C. A. F. et al . Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 587-594, Apr. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2015.

BALLONE, G. J. Depressão: Tipos, in. **PsiquWeb**, Internet, 2010. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em 27 Abr. 2015

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Ed. 70, 1977.

BEE, H. **O ciclo vital**. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1997.

BITTAR, D. S. **Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica**. 2012. 30 f. Monografia (Graduação) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. **Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica**. *Psicologia Argumento* (PUCPR. Impresso), v. 31, p. 447-456, 2013.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av.**, São Paulo , v. 17, n. 49, Dec. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2015

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Dispõe sobre a Lei Maria da Penha**. Brasília, DF: Presidência da República: Casa Civil Recuperado em 29, março, 2015. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm >. Acesso em: 22 Abr. 2015

_____. Secretaria De Políticas Públicas para as Mulheres. Presidência da República – PR. **Balanco**, 2014. Disponível em < http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/balanco180_2014-versaoweb.pdf>. Acesso em 22 Out 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em 1 abr. de 2015.

CAMPOS, A. H. Violência institucional de gênero e a novel ordem normativa: inovações processuais na Lei Maria da Penha. In: LIMA, Fausto R.; SANTOS, Claudiene (Coords.). **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CARDOSO, N. M. B. Psicologia e relações de gênero: a socialização do gênero feminino e suas implicações na violência conjugal em relação às mulheres. In: ZANELLA, A. et al. (Orgs.). **Psicologia e práticas sociais**. 19. ed. Porto Alegre: Abrasposul, 1997.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 110, June 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Abr. 2015.

CARRETEIRO, T. C. O.; MATTAR, C. M. Marcas do amor romântico e violência conjugal: uma análise a partir do “sequestro” do ônibus 499. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 14, n. 2, dez. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 Abr. 2015.

CECCONELLO, A. M., DE ANTONI, C., & KOLLER, S. H. **Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar.** Psicologia em Estudo (Maringá), 2003. 8, 45-54.

CHACHAMOVICH, E, et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, May 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Abr. 2015.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, drogas e crime. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, supl. 2, p. s69-s73, Oct. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Out. 2015.

CORRÊA, A. C. de O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer.** Belo Horizonte: Health, 1996.

COSTA, M.T; SANTOS, S.M. **Violência doméstica contra as Mulheres e seus efeitos emocionais.** 2008.40 f. Monografia (Curso de Pós Graduação Terapia Cognitivo Comportamental) - Instituto de Ensino Superior da Amazônia, Manaus, 2008.

CORREIA, C. M. et al. Representaciones sobre suicidio de mujeres con historia de violencia domestica e intento de suicidio. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 118-125, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Out. 2015.

COULOURIS, D.; BOSELLI, G. Violência de gênero, legislação e práticas jurídicas no Brasil contemporâneo. In: Luís Antônio Francisco de Souza. (Org.). **Políticas de segurança pública no estado de São Paulo:** situações e perspectivas a partir das pesquisas do Observatório de Segurança Pública da UNESP. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2009, p. 125-141.

CRUZ, I. C. F. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.38, n.4, dez. 2004. p. 448-457.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. **A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?** Cadernos de Saúde Pública, 2005, p. 417-425.

DAY, V. P, et al . Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre , v. 25, supl. 1, Abr. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Mar. 2015.

DEBERT, Guita Grin; OLIVEIRA, Marcella Beraldo de. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a "violência doméstica". **Cad. Pagu**, Campinas , n. 29, p. 305-337, Dec. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2015.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo , v. 21, supl. 1, May 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Abr. 2015.

DINIZ, M. H. **Dicionário Jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2005.

DUTRA, M. de L. et al . A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1293-1304, May 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500014&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Out. 2015

ESTEVES, F. C.; GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**, Canoas , n. 24, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 Abr. 2015.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F.. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 11, n. 1, p. 155-164, Apr. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Out. 2015

FLECK, M. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 114-122, June 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Abr. 2015.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B.. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 307-314, Aug. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Out. 2015.

FONSECA, P. M. da; LUCAS. T.N.S. **Violência Doméstica Contra a Mulher e Suas Consequências Psicológicas**. TCC Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2006.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Módulo de Violência da Pesquisa Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado**. 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/node/7244>>. Acesso em: 01 mar 2015.

GADONI-COSTA, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Rio Grande do Sul. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a10.pdf>>. Acesso em 22 Set. 2015

GARBIN, C. A. S, et al. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, Dec. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Abr. 2015

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 25(5), 245-250. 1998.

GROSSI, K. **Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde**. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Orgs.) **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

IZUMINO, W. P. **Violência contra a mulher no Brasil: acesso à Justiça e construção da cidadania de gênero**. Centro de Estudos Sociais. Artigo apresentado ao VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra. 2004.

_____. **Justiça e violência contra a mulher: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero**. São Paulo: Annablume, FAPESP, 1998.

JACOBUCCI, P. G. **Estudo psicossocial de mulheres vítimas de violência doméstica, que mantêm o vínculo após terem sofrido as agressões**. 2004. 172 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

JARSCHER, H.; NANJARI, C. C. **Religião e violência simbólica contra as mulheres**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST62/Jarschel-Nanjari_62.pdf> Acesso em: 11 de agosto de 2015.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. de S.. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 595-604, Abr. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Out. 2015.

LIMA, J.S.T. **Estratégias de enfrentamento em mulheres que sofrem violência por seus parceiros**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes. Aracaju, Sergipe, 2013.

MENEGHEL, S. N. et al . Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 955-963, Aug. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Out. 2015

MENEZES, T. C. et al . Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, p. 309-316, June 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Set. 2015.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 10, supl. 1, 1994 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Mar. 2015.

MIZUNO, C.; FRAID, J. A.; CASSAB, Latif Antonia. Violência Contra a Mulher: Porque Elas Simplesmente Não Vão Embora?. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**, ISSN 2177-8248, Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

MORAIS, A.C. **Depressão em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica**. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

MOREIRA, V.; BORIS, G. D. J.; VENANCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 2, Aug. 2011 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:18 Mar. 2015.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 15, n. 4, Aug. 2011 . p. 731-747 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2015.

OLIVEIRA, D.C.; SOUZA, L. 2006. Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, dez.. 2006, vol.6, no.2, p.34-50. ISSN 1808-4281. Disponível em <
<http://www.revipsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a04.pdf>>. Acesso em 16 Out. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Conferência Mundial para os Direitos Humanos**. Conferência que visou discutir o reconhecimento dos direitos das mulheres e que a violência de gênero fosse incluída na discussão ; 1993 ; Viena [evento na Internet]. [citado 2010 fev. 27]. Disponível em:
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declarações-e-Tratados-Internacionais-de-Proteção/declaracao-e-programa-de-acao-de-viena.html>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; vol.1.1997.

_____. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Brasil, 2001.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 13 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

_____. OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PRA, J. R.; EPPING, L. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 20, n. 1, Abr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Abr. 2015.

RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F.. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 6, p. 970-978, Dec. 2007 . Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Out. 2015.

RANGEL, C. M. F. R. B. A.; OLIVEIRA, Elzira Lucia de. **Violência contra as Mulheres: Fatores Precipitantes e Perfil de Vítimas e Agressores**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero Nove: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010, Florianópolis. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-20.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A.; MIYAZAKI, M. C. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em paciente submetido a transplante renal. **Estudos de Psicologia**.vol.12, n. 2, 2007. Disponível em <
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>> Acesso em: 21 Ago 2015.

RITT, C.F.; CAGLIARI, C.T.S.; COSTA, M.M da. **Violência Cometida Contra a Mulher Compreendida Como Violência De Gênero**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/artigo_violencide%20genero> Acesso em: 03 mar 2015.

ROSA, N. F. **Mulheres/Mães Vítimas De Violência: Impactos, Vivências E Constituição da Rede de apoio sócio afetiva**. 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2014.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 16, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332001000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Mar. 2015

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. In E.I.A.L **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, da Universidade de Tel Aviv**, 2005. Disponível em <http://www1.tau.ac.il/eial/index.php?option=com_content&task=view&id=358&Itemid=187>. Acesso em Mar. 2015.

SANTOS, L. M. Situação econômica como fator agravante da violência doméstica: um estudo na Delegacia da Mulher de Florianópolis. In: **Katálysis**. N. 4. Florianópolis, 1999. P. 113-121. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6263>> Acesso em: 12 Out de 2015.

SANTOS, A. C. W. dos; MORE, C. L. O. O.. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, ago. 2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf> > acessos em 11 Out. 2015.

SCOTT, J. W. “**Gênero: uma categoria útil de análise histórica**”. Educação & Realidade. Porto Alegre, vol. 20, nº 2, jul./dez. 1995, p. 71-99.

SOARES B.M. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1999.

SOUSA, A.A.; MEDEIROS, M. **O Fenômeno Violência Infanto-Juvenil na Perspectiva da Enfermagem: Uma Revisão Sistemática**. Universidade Federal de Goiás. s.d. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/ALINNE_A.PDF> Acesso em: 01 Mar 2015.

SOUZA P.A; ROS, M.A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento íntimo. **Revista de Ciências Humanas**, 2006; 40:509-27. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17670/16234>> Acessos em 27 Out 2015.

SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B.. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 5, p. 670-674, Out. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Out. 2015.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 19, n. 3, set. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 Out. 2015.

TELLES, M. A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

TUESTA A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 1997.

VIVAN, A. de S.; ARGIMON, I. I. de L.. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 436-444, Feb. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Out. 2015.

ZANCAN, N.; WASSERMANN, V.; LIMA, G. Q. de. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 17, n. 1, jul. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em em 21 out. 2015

ZILBERMAN, M. L; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, supl. 2, p. s51-s55, Oct. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Out. 2015.

ZUMA, C. E. Em busca de uma rede comunitária para a prevenção da violência na família. In **Anais do III Congresso Brasileiro de Terapia Comunitária**. Fortaleza. 2005. Disponível em: <<http://www.noos.org.br/acervo/Embuscadeumaredecomunitariaparaaprevencaodaviolenciafamilia.pdf>> Acesso em 29 de Mar. 2015.

WILHEM, F.A.; TONET, J. Percepção sobre a violência doméstica na perspectiva de mulheres vitimadas. **Psicol. Argum**. Curitiba-PR. 2007. Disponível em: <[HTTP://basesbireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/](http://basesbireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/)>. Acesso em: 19 Out. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome:

2. Idade:

3. Estado Civil:

() Solteira () Casada () União estável () Separada/Divorciada () Viúva () N/S

4. Tempo de União: _____

() 6 meses () 6 meses - 1 ano () 1 a 5 anos () 5 a 10 anos () 10 a 15 anos

() 15 a 20 anos () 20 a 25 anos () 25 a 30 anos

5. Cor:

() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () N/S

6. Religião:

() Católica () Evangélica () Espírita () Não pratica () N/S

7. Escolaridade: _____

() Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo () N/S

8. Possui Profissão/Ocupação?

() Sim () Não

9. Vínculo Empregatício:

() CTPS () Autônoma () Desempregada () Aposentada () Pensionista () N/S () Outro

10. Renda Mensal Individual: R\$ _____

11. Qual a quantidade de pessoas que residem no mesmo domicílio? (além de você)

() Nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () Mais de 5 () N/S

12. Tem filhos?

Sim Não

13. Quantos filhos?

Nenhum 1 2 3 4 5 Mais de 5 N/S

14. Local da agressão:

Residência Rua Local de trabalho Estabelecimento comercial Outros

N/S

15. Violência:

Física Moral Sexual Psicológica Patrimonial

16. Física:

Lesão Corporal/Espancamento

Queimaduras

Estrangulamentos

Tentativa de Homicídio

Tortura

17. Moral

Calúnia Injúria Difamação

18. Sexual

Estupro

Assédio sexual

Atentado violento ao pudor

Exploração sexual

Tráfico de pessoa para fim de exploração

19. Psicológica

Chantagem, constrangimento, humilhação, manipulação, limitação no direito de ir e vir

Perseguição

- Ameaça de morte
- Ameaça de agressão
- Ameaça de expulsão do lar
- Ameaça de apropriação dos bens materiais
- Ameaça de retirada da guarda dos filhos
- Ameaça de incêndio
- Ameaça de abandono material
- Ameaça de suicídio
- Ameaça de tortura
- Ameaça de expulsão dos filhos
- Ameaça de estupro

20. Patrimonial

- Apropriação de bens materiais
- Alienação de imóvel
- Retenção/destruição e subtração de documentos pessoais
- Retenção/destruição e subtração de instrumentos de trabalho
- Retenção/destruição e subtração de valores e recursos econômicos

21. Há histórico de violência na família?

- Do agressor Da vítima Não N/S

22. Quanto tempo que sofre violência: _____ N/S

23. Qual é a frequência destas ocorrências de agressão?

- Uma vez /semana Duas ou três/semana Quatro ou cinco/semana
 Todos os dias Outra _____

24. Possui algum tipo de agravante para a agressão?

- Uso de álcool Uso de outras drogas Desemprego
 Falta de dinheiro Ciúmes Traição Outras_

25. Como se comporta diante das agressões ?

Passividade Agressividade física Agressividade verbal

Auto piedade ('eu mereço') Outra _____

26. Qual o seu sentimento diante da violência?

Raiva Ansiedade Solidão Medo Tristeza Desespero

Impotência Auto piedade Outros _____

27. Fale 5 coisas que lhe vem a cabeça (o que você pensa) quando houve a palavra agressão ? Ou violência?

28. Como faz para lidar com esta situação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TÍTULO DA PESQUISA:

“Depressão em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Prof. Dr. Christyne Gomes Toledo de Oliveira

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:

Esta pesquisa tem por finalidade conhecer e avaliar a incidência e intensidade de depressão nas mulheres vítimas de violência doméstica e sua relação com o tipo de violência estabelecida. De acordo com este objetivo, serão realizados questionários fechados e o Inventário Beck de Depressão (BDI) com 15 (quinze) mulheres vítimas de violência doméstica e usuárias do programa Pró-Vida, da Secretária de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPOM). Após a realização dos instrumentos de coleta de dados, os dados serão quantificados, analisados e interpretados à luz da perspectiva teórica do Desenvolvimento Humano. Esta pesquisa se justifica dada a relevância de aprofundar a compreensão da violência doméstica contra a mulher e pela possível contribuição que pode oferecer na construção de intervenções para esta problemática.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:

Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA:

Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e científicos e objetiva-se contribuir com uma produção que elucide o contexto de violência doméstica e sua consequência psicológica depressiva, tanto para mulheres vítimas destas agressões quanto para os profissionais da área de saúde mental, com caráter informativo e

preventivo para auxiliar no trato de pessoas que sofrem tanto desta violência como deste transtorno.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o pesquisador: Christyne Gomes Toledo pelo telefone: (27) 3331-8500 e no endereço: Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória-ES. CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:

Em qualquer momento, você poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____,
portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo
Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido
(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente
expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa, tendo
recebido uma cópia desta declaração.

Assinatura do Participante Voluntário

Data: _____

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data: _____

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA

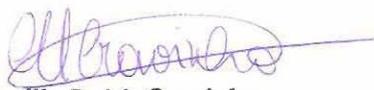


**Prefeitura Municipal de Serra
Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres
Núcleo de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica
- Pró Vida**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Franciely Campos do Nascimento, a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado “Depressão em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica”, que está sob a orientação da Professora Dra. Christyne Gomes de Toledo Oliveira cujo objetivo é conhecer e avaliar a incidência e intensidade de depressão nas mulheres vítimas de violência doméstica e sua relação com o tipo de violência estabelecida.

Assinatura,


Camilla R. M. Cravinho
Psicóloga
CRP 16/3383