



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF**

**YAMÊ REGINA ALVES**

**ENFRENTAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE LEVINE**

**RIO DE JANEIRO  
2023**

**YAMÊ REGINA ALVES**

**ENFRENTAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA  
À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE LEVINE**

Defesa da dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade  
Linha de Pesquisa: Saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem

Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Selma Villas Boas Teixeira

**RIO DE JANEIRO  
2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

A482e ALVES, Yamê Regina

Enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica atendidas em centros especializados de atendimento à mulher à luz dos princípios da conservação de Levine/ Yamê Regina Alves- Rio de Janeiro, 2023. 173 fls.; il. Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Selma Villas Boas Teixeira– Rio de Janeiro: 2023.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Teoria da Enfermagem. 2. Violência Doméstica. 3. Violência Contra a Mulher. 4. Violência de gênero. I TEIXEIRA, Selma Villas Boas (Orient.) II Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

**YAMÊ REGINA ALVES**

**ENFRENTAMENTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À  
LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE LEVINE**

Defesa da dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.  
Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade  
Linha de Pesquisa: Saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem

Orientadora: Prof.ª Dra. Selma Villas Boas Teixeira

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

*Selma Villas Boas Teixeira*

---

Prof.ª Dr.ª Selma Villas Boas Teixeira - Orientadora  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

---

Prof.ª Dr.ª Ana Cláudia Mateus Barreto - 1ª Examinadora externa  
Universidade Federal Fluminense-UFF

---

Prof.ª Dr.ª Leila Rangel da Silva - 1ª Examinadora interna  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

---

Prof.ª Dr.ª Luciane Marques de Araújo – Suplente externo  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof.ª Dr.ª Priscila Alfradique de Souza – Suplente interno  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO

**RIO DE JANEIRO**

2023

Dedico esta dissertação a Deus, à minha querida mãe Sônia Regina, ao meu marido, grande companheiro de jornada e amor Gabriel, a bebê Diana que nasceu em meio a essa trajetória, me dando desde o início razões para seguir e a todas as mulheres que me permitiram ouvi-las e aprender com suas histórias de vida.

## AGRADECIMENTOS

Deus, a Sua misericórdia e benevolência.

Aos meus pais, Claudio Edson Alves e Sônia Regina de Sant'Anna, que pelo amor dos dois me deram a vida e por todo o amor dedicado ao longo dos anos, aos sacrifícios por eles feitos e, principalmente, à minha mãe pelo incentivo incansável aos meus estudos e por acreditar em um futuro brilhante. Obrigada pela abnegação inesgotável!

À minha família e amigos, que são a fortaleza nos momentos de fragilidade. Em especial, ao meu companheiro de vida Gabriel Figueiredo, por toda a paciência, horas de conversa, união, apoio financeiro e emocional em todos os momentos, e à minha amiga Mariana Alfenas, que um dia me disse sentir-se uma das responsáveis por eu estar na graduação de uma universidade federal. Hoje encerro mais um ciclo, com sua amizade vibrando por mim e, sim, minha amiga, você é uma das responsáveis. Obrigada por cada minuto que vocês permanecem ao meu lado!

À minha orientadora, Professora Doutora Selma Villas Boas Teixeira, que acredita no potencial de seus orientandos e que, com seu perfeccionismo, me ensinou a ser uma profissional mais atenta, mais ética e mais determinada. Ela me guiou por caminhos internos, que somente mulheres que estudam violência irão compreender. E com sua lamparina de Florence, desbravou os caminhos da pesquisa de braços dados até o fim. Conte comigo para continuar na caminhada do enfrentamento à violência contra a mulher. Obrigada por cobrar, acreditar e não me deixar desistir!

À banca examinadora que, com suas contribuições, construiu um estudo lindo e cheio de complexidade em suas nuances. Como mulheres, elas me acolheram durante a gestação e o puerpério, acreditando que mulheres na pesquisa, transcorrendo seus ciclos vitais, constroem um campo científico ético e, ao mesmo tempo, amável na pesquisa. Professora Doutora Ana Claudia Barreto, Professora Doutora Priscila Alfradique de Souza, Professora Doutora Luciane Marques de Araújo, Professora Doutora Leila Rangel da Silva. Obrigada por seus olhares atentos!

À minha eterna professora e hoje amiga Ana Claudia Barreto, que me incentiva e acredita em meu potencial. Em momentos de fragilidade, ela se fez cais e me enviou o edital deste mestrado como porta de entrada e, ao mesmo tempo, de saída de um período obscuro. Obrigada e meu eterno carinho. Obrigada, minha mestra e anjo, por confiar!

Aos profissionais do Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), onde fui recebida com atenção e zelo. Profissionais incansáveis em defender os direitos das mulheres e iluminar um caminho para que muitas mulheres cheguem ao fim da jornada de enfrentamento saudáveis fisicamente e emocionalmente. Obrigada parceiras por trilharem e desbravarem o caminho!

À bolsista de iniciação científica, Izabela Torres, que, com sua juventude, me motivou a continuar e acreditar, que ficou horas debruçada sobre esta pesquisa e, ao mesmo tempo, com trocas de falas e amor que nos vincularam ao futuro. Obrigada, querida, pela parceria e amizade!

Ao grupo Panelinha, composto por Luiza Maia, Mayara Ribeiro, Luma Maeda e Bruna Martins, que, com trocas de mensagens, onde cada uma em um lugar do estado, conseguiram andar de mãos dadas em meio a essa loucura. À Verônica, mestranda que antecedeu, por todo o ensinamento e amizade. Obrigada, meninas, pela paciência!

Por último, mas não menos importante, à minha bebê Diana, que, com menos de 60 dias de vida, está ao meu lado nesta caminhada. Tenho certeza de que em breve terá orgulho da mãe que terminou sua dissertação enquanto ela mamava. Obrigada, filha, por ter paciência e me ensinar a ser mãe!



Esvazia-me os olhos e condena-me à escuridão eterna ...– que eu, mais do que nunca, dos limos da alma, me erguerei lúcida, bramindo contra tudo: Basta! Basta! Basta!

Noémia de Sousa

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A violência doméstica (VD) contra a mulher representa um grande problema de saúde pública no mundo, sendo considerada qualquer ação que se fundamente no gênero e tenha como consequência morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. O objeto deste estudo é o enfrentamento da mulher em situação de violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine. **OBJETIVOS:** Identificar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica atendidas nos CEAM; Analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica à luz dos princípios da Conservação de Levine; Discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência doméstica. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Realizada em três cenários que são Centros Especializados de Atendimento à Mulher em situação de violência (CEAM), em municípios distintos localizados no Estado do Rio de Janeiro. O projeto de pesquisa obteve a aprovação dos CEPs UNIRIO e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, com os respectivos números de parecer: 5.247.600 (UNIRIO) e 5.400.712 (SMS/RJ). A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a julho de 2022, através de entrevista individual e semiestruturada. A análise dos dados temática se deu através de Bardin. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 20 mulheres entre 18 e 60 anos. Da análise de dados se originou uma categoria “Enfrentamento da mulher frente à violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine” e duas subcategorias “As vivências das mulheres frente à violência doméstica: a ruptura da Totalidade” e “Os princípios da conservação de Levine como forma de contribuir para o enfrentamento da violência doméstica”. Para a maioria das participantes, a violência doméstica teve início durante a infância e adolescência, perpetrada majoritariamente pelos pais. Todas vivenciaram mais que duas formas de violência, de forma concomitante, por seus parceiros ao longo de sua vida adulta e desde o início do relacionamento amoroso. **CONCLUSÃO:** A violência de gênero trouxe consequências negativas à saúde física, mental, espiritual e social das participantes, onde, por meio da aplicabilidade dos Princípios da Conservação de Levine perante o enfrentamento da violência doméstica, poderão se utilizar das práticas integrativas e complementares para o fortalecimento e conservação da totalidade das mulheres e fomentar um novo campo e forma de atuação profissional.

**Palavras-chave:** Teoria da Enfermagem. Violência Doméstica. Violência Contra a Mulher. Violência de gênero. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Domestic violence (DV) against women represents a significant public health issue worldwide. It is considered any action based on gender that results in death, injury, physical, sexual or psychological suffering, and moral or patrimonial harm. The object of this study is the coping of women in situations of domestic violence in light of Levine's conservation principles. **OBJECTIVES:** To identify the sociodemographic and reproductive profile of women in situations of domestic violence assisted by CEAMs (Specialized Centers for Assistance to Women in Situations of Violence). To analyze women's coping strategies in situations of domestic violence based on Levine's Conservation Principles. To discuss the applicability of Levine's conservation principles to women in situations of domestic violence. **METHOD:** This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach. The study was conducted in three scenarios, which are the CEAMs in different municipalities located in the State of Rio de Janeiro. The research project was approved by the Research Ethics Committees of UNIRIO and the Municipal Health Department of Rio de Janeiro, with respective opinion numbers: 5.247.600 (UNIRIO) and 5.400.712 (SMS/RJ). Data collection took place between February and July 2022, through individual and semi-structured interviews. Thematic data analysis was performed using Bardin's method. **RESULTS:** Twenty women between 18 and 60 years old participated in the study. The data analysis resulted in one category, "Women's Coping with Domestic Violence in Light of Levine's Conservation Principles," and two subcategories: "Women's Experiences in the Face of Domestic Violence: The Rupture of Totality" and "Levine's Conservation Principles as a Way to Contribute to Coping with Domestic Violence." For most participants, domestic violence began during childhood and adolescence, perpetrated mainly by their parents. All experienced more than two forms of violence, concomitantly by their partners throughout their adult lives, from the beginning of their romantic relationships. **CONCLUSION:** Gender-based violence has brought negative consequences to the physical, mental, spiritual, and social health of the participants. By applying Levine's Conservation Principles in coping with domestic violence, they can utilize integrative and complementary practices to strengthen and preserve women's totality and promote a new field and form of professional action.

**Key-words:** Domestic violence. Violence Against Women, Gender violence, Women's Health. Nursing Theory.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEAM	Centro Especializado de Atendimento à Mulher
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FSP	Fórum de Segurança Pública
ISP	Instituto de Segurança Pública
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde
LMP	Lei Maria da Penha
MTCI	Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas
MeSH	Medical Subject Heading
MS	Ministério da Saúde
NUPEEMC	Núcleo de Pesquisa e Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PubMed	U.S. National Library of Medicine
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VD	Violência doméstica
VDCM	Violência doméstica contra mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>16</b>
1.1	TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E INTRODUÇÃO AO TEMA.....	16
1.2	PROBLEMÁTICA DO ESTUDO .....	19
1.3	QUESTÕES NORTEADORAS.....	24
1.4	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	25
1.5	JUSTIFICATIVA.....	25
1.6	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	30
<b>2</b>	<b>BASES CONCEITUAIS.....</b>	<b>32</b>
2.1	VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	32
2.2	GÊNERO: ELEMENTO ESTRUTURANTE QUE FUNDAMENTA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....	35
2.3	ENFRENTAMENTO DA MULHER- AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS.....	39
2.4	PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE MYRA ESTRIN LEVINE: UMA POSSIBILIDADE DE CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	44
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	51
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	51
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	54
3.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	54
3.6	COLETA DE DADOS .....	54
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	57
3.8	PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	58
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>63</b>
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES .....	63
4.2	CATEGORIA 1 - ENFRENTAMENTO DA MULHER FRENTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE LEVINE.....	68
<b>4.2.1</b>	<b>Subcategoria 1.1 - As Mulheres frente à violência doméstica: a ruptura da totalidade.....</b>	<b>69</b>

4.2.1.1 A violência de gênero como causador de desequilíbrio na conservação de energia: a ruptura da totalidade .....	70
4.2.1.2 A violência de gênero como causa do desequilíbrio à conservação da integridade estrutural: a ruptura da totalidade .....	77
4.2.1.3 A violência de gênero como a causa do desequilíbrio à conservação da integridade pessoal: ruptura da totalidade .....	88
4.2.1.4 A violência de gênero como causa do desequilíbrio à conservação da integridade social: ruptura da totalidade.....	96
<b>4.2.2 Subcategoria 1.2 - Os princípios da conservação de Levine como forma de contribuir para o enfrentamento da violência doméstica. ....</b>	<b>105</b>
4.2.2.1 Estratégias de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica à Luz dos Princípios da Conservação da energia de Levine .....	106
4.2.2.2 Estratégias de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica à Luz dos Princípios da Conservação da integridade de Levine.....	116
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>160</b>
<b>APÊNDICE C - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO 2021 – 2023.....</b>	<b>163</b>
<b>APÊNDICE D - ORÇAMENTO DETALHADO.....</b>	<b>164</b>
<b>APÊNDICE E - PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PARTICIPANTES .....</b>	<b>165</b>
<b>APÊNDICE F - HISTÓRICO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS PARTICIPANTES</b>	<b>166</b>
<b>ANEXO A - TERMOS DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS .....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UNIRIO .....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/RJ .....</b>	<b>174</b>

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR E INTRODUÇÃO AO TEMA

O objeto deste estudo é o enfrentamento da mulher as situações de violência doméstica atendidas nos Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAM) à luz dos princípios da conservação de Levine A motivação para o desenvolvimento deste estudo emergiu da minha trajetória profissional como parte integrante do grupo multiprofissional e consultora em saúde materno-infantil, com ênfase em aleitamento materno.

Nesses encontros com as mulheres, pude conviver com a realidade domiciliar, seus segredos, conflitos e relatos que direcionavam para a violência de gênero perpetrada por seus parceiros, pais e parentes próximos. Essa experiência me inquietou quanto à importância dos cuidados e encaminhamentos que os enfermeiros e demais profissionais podem oferecer às mulheres em situação de violência doméstica, com o propósito de se libertarem do ciclo de violência, tendo em mente que esse tipo de violência pode acarretar repercussões negativas na saúde e na vida das vítimas.

Cabe esclarecer que a violência doméstica e familiar contra a mulher, conforme o art. 5º da Lei Maria da Penha, compreende "qualquer ação ou omissão baseada no gênero que tenha como consequência morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006).

A violência doméstica (VD) é caracterizada por qualquer forma de violência perpetrada entre os membros de uma família que compartilham um ambiente comum. Essa violência pode ser cometida por familiares, incluindo laços consanguíneos, afetivos, de amizade ou pessoas unidas por meio de uma relação civil. Portanto, parceiros íntimos, pais, irmãos, padrastos, empregados e todos os que habitam o domicílio da mulher estão envolvidos nesse tipo de violência (BRASIL, 2021; CASIQUE; FUREGATO, 2006).

Essa forma de violência é considerada um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil, pois tem repercussões negativas na saúde física, mental e sexual. Isso está fundamentado no contexto social machista e patriarcal (MARCACINE *et al.* 2018; OMS, 2002).



Devido ao processo histórico, social, cultural e ao papel desempenhado pelas mulheres na sociedade, a população feminina é considerada um segmento vulnerável à violência, sendo o parceiro íntimo o principal perpetrador. A Organização das Nações Unidas (ONU) destaca que esse tipo de violência ocorre em todos os países, independentemente do grupo social, econômico ou cultural. A ONU considera a violência baseada no gênero contra as mulheres como um obstáculo à realização dos objetivos de igualdade, ao desenvolvimento dos países e à paz (OMS, 2002; ONU, 2010).

Nesse contexto, o conceito de gênero permeia a cultura social e os papéis sexuais normatizados pela sociedade, que definem como devem ocorrer as diversas formas de relações entre homens e mulheres, entre homens e entre mulheres, e não necessariamente apenas a relação entre homem e mulher. Isso significa que esse conceito precisa ser compreendido em uma perspectiva relacional. No entanto, os estudos apontam alta prevalência de violência de gênero contra as mulheres (ONU, 2010; OMS, 2012; TEIXEIRA, 2013).

A uniformização, preservação e continuidade do modelo social no qual as mulheres estão inseridas, caracterizado por um sistema patriarcal, resulta no silenciamento das vítimas como forma de impedir o avanço no combate às agressões vivenciadas. Na violência doméstica contra a mulher (VDCM), a qualidade de vida da mulher é afetada, deixando marcas inenarráveis em suas vidas e comprometendo sua autonomia. As consequências também repercutem nas atividades comunitárias e na saúde biopsicossocial das mulheres vitimizadas, afetando assim o sistema de saúde (BONAMINGO *et al.* 2021; LUCENA *et al.*, 2016).

De acordo com dados da OMS (2021), aproximadamente uma em cada três mulheres em todo o mundo, totalizando cerca de 736 milhões, já vivenciou violência física ou sexual por parte de um parceiro íntimo ou ex-parceiro. Esse número praticamente se manteve inalterado na última década. O Dossiê Mulher de 2021 alertou que aproximadamente 100.000 mulheres no estado do Rio de Janeiro vivenciaram violência doméstica em 2020. Dessas, 78 foram vítimas de feminicídio, um crime hediondo previsto na Lei 13.104/2015, que envolve o assassinato de mulheres devido ao fato de serem mulheres. Quase 75% desses homicídios ocorreram dentro de suas próprias residências. No entanto, houve uma redução de 23,1% em comparação ao ano de 2019 (ISP, 2021).

Esses dados são relevantes para a discussão, pois não indicam uma diminuição no número de crimes cometidos contra as mulheres, mas sim as dificuldades enfrentadas por elas ao denunciar, devido ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19. É importante ressaltar que o número de denúncias está diretamente relacionado ao período de isolamento

social, sendo que quanto mais restritivas forem as medidas, menor será o número de denúncias. No entanto, com a flexibilização das restrições, as denúncias voltaram a aumentar ou se tornaram mais visíveis (ISP, 2021).

A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, em seu relatório, afirma que 4.091 pessoas foram vítimas de feminicídio em 26 países da América Latina e do Caribe. Honduras teve as taxas mais elevadas, com 4,7 casos a cada 100.000 mulheres, seguida pela República Dominicana, com 2,4 casos a cada 100.000 mulheres. Houve uma diminuição em relação ao ano de 2019, tanto no Brasil quanto na Bolívia. No Caribe, quatro dos nove países apresentaram um aumento na taxa de feminicídio, com destaque para Granada, que aumentou para 5,5 casos a cada 100.000 mulheres, seguida por São Vicente e Granadinas (CEPAL, 2021).

A ONU e a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que somente haverá um mundo justo e igualitário quando as mulheres viverem livres da insegurança diária, do medo e da violência. Esse é um problema de proporções eminentes, que resulta em questões e sequelas para a saúde das mulheres. Portanto, é um assunto que o setor de saúde deve abordar. As repercussões na saúde das mulheres são graves e afetam a saúde física, mental e sexual, especialmente em relação ao risco de infecções sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, depressão, isolamento social e uso de álcool, tabaco e outras drogas. Como profissionais da saúde, devemos estar sempre atentos e dispostos a discutir formas de minimizar danos e aproveitar as potencialidades das políticas públicas para ajudar essas mulheres (STEFANINI *et al.*, 2019; ONU, 2018; OMS, 2015).

Os registros de agressões domésticas, violência sexual e feminicídios apresentaram crescimento em todo o país, com variações significativas entre os estados. Essa situação não é nova e não se limita ao atual momento de pandemia. Os dados reforçam a importância de estudos sobre o tema, que possam subsidiar políticas públicas voltadas para o enfrentamento dessa questão (FSP, 2018).

Destaca-se que o agravamento da saúde mental das mulheres como resultado da violência está sustentado pela baixa autoestima, insegurança, tristeza, afastamento social, dificuldades nos relacionamentos, raiva e estresse pós-traumático, o que provoca uma diminuição na qualidade de vida das mulheres (BRITO; EULÁLIO; JUNIOR, 2020; SILVA *et al.*, 2017; DINIZ *et al.*, 2011).

## 1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A violência sempre fez parte da experiência humana, e seus efeitos podem ser observados de várias maneiras em todo o mundo. A cada ano, mais de 1,6 milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais decorrentes dos diferentes tipos de violência. Em diversos países, a violência é considerada a principal causa de morte na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2002).

No Brasil, assim como em outros países, a violência é um grande problema de saúde pública, com um impacto significativo na morbidade e na mortalidade da população. Suas raízes estão relacionadas a problemas sociais, econômicos, políticos e aspectos culturais (BRASIL, 2011).

Dessa forma, esse fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa é representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que causam danos físicos, emocionais e morais a si mesmos ou a outros (MINAYO, 2015). De acordo com a OMS, a violência ocorrida entre membros da família, amigos, colegas e parceiros íntimos é conceituada como violência interpessoal. Embora não seja fatal, possui impactos negativos na saúde e na vida das pessoas (OMS, 2014, 2020). No contexto das notificações de violência interpessoal, 91,5% do total de notificações foi relacionado a mulheres, sendo que seus agressores eram parceiros íntimos, totalizando 1.729 casos em 2018 (BRASIL, 2020).

Segundo um balanço divulgado pelo canal Disque 180 em 2019, foram recebidas 139.173 denúncias de violência contra a mulher, das quais mais de 70% dos casos referiam-se à violência doméstica e familiar. Esses casos foram caracterizados por violência física (61,11%), compreendida como qualquer ato que ofenda a integridade física ou saúde da mulher, geralmente realizado pelo perpetrador com o uso da força ou de armas; violência moral (19,85%), que inclui calúnias, difamações, atos que mancham a reputação da mulher, injúrias e ofensas à sua dignidade; e feminicídios (6,11%). No entanto, o feminicídio, que é o assassinato de mulheres devido ao seu gênero, aumentou 22% entre março e abril de 2021 em comparação com o mesmo período do ano anterior em 12 estados do país, evidenciando que o isolamento domiciliar devido à pandemia da COVID-19 aumentou o risco de morte das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2020; BOND, 2020)

Os anos de 2020 e 2021 foram marcados pelo enfrentamento à pandemia de Covid-19, e ao longo desse período, entidades e órgãos começaram a divulgar um aumento drástico da

violência contra as mulheres, que se intensificou em todo o mundo devido às restrições necessárias impostas pelo vírus.

Dados da ONU Mulheres divulgados em 2020 mostram que o confinamento levou a um aumento de mais de 30% nas denúncias de violência doméstica no Chipre, 33% em Singapura, 30% na França e 25% na Argentina. Para agência da ONU, Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), a violência contra mulheres deslocadas e refugiadas ocorre com maior invisibilidade e vulnerabilidade, pois poucas contam com uma rede de apoio para enfrentamento, e a pandemia agravou essa condição. Entre as mulheres entrevistadas pelo Comitê Internacional de Resgate em três regiões da África, três quartos relataram um aumento nos casos de violência de gênero em suas comunidades (ONU, 2020; SIEGFRIED, 2020).

No Brasil, de acordo com uma pesquisa do Datafolha intitulada “Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil” em 2021, 5 em cada 10 brasileiros revelou ter presenciado uma mulher vivenciando alguma forma de violência em seu bairro ou comunidade, e 4,3 milhões de mulheres brasileiras com 16 anos ou mais relataram ter sofrido violência física. Isso significa que, a cada minuto, 8 mulheres foram agredidas fisicamente no Brasil durante a pandemia do novo coronavírus (FBSP, 2021).

Em março de 2021, o levantamento "A dor e a luta: números do feminicídio", divulgado pela Rede de Observatórios da Segurança, apresentou um aumento nos casos de feminicídio e violência contra a mulher durante a pandemia nos estados da Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. Dos 1823 casos analisados, 66% foram feminicídios ou tentativas (RAMOS, 2021).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) é considerada uma das maiores conquistas no combate à violência contra a mulher. Ela classifica a violência doméstica em cinco tipos: violência psicológica, sexual, física, patrimonial e moral. É importante ressaltar que a violência física, psicológica e sexual são as mais frequentes, e a maioria dos casos de violência é perpetrada por namorados e parceiros íntimos. A Lei Maria da Penha protege as mulheres por meio de três dimensões: prevenção, assistência e repressão à violência.

A obtenção de dados verdadeiros, exatos e a dimensão da violência é de suma importância, pois essas informações podem subsidiar a criação e fortalecimento de políticas públicas e projetos validados com o objetivo de prevenir a violência. Observa-se que os países ao redor do mundo estão investindo em programas e políticas, embora nem sempre na mesma proporção da gravidade do problema (OMS, 2014).

Um estudo realizado pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos, a pedido da Comissão de Direitos Humanos e Minorias, revela que o governo federal, durante a gestão do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro, excluiu o "Programa 2016: Políticas para as Mulheres: Promoção da Igualdade e Enfrentamento à Violência" e criou o Programa 5034, o que resultou na agregação desse programa a outros, dificultando a supervisão das políticas públicas e reduzindo a transparência (RODRIGUES, 2020).

Em 2017, a ONU ressaltou que a violência contra as mulheres pode custar aos países cerca de 1,5 trilhão de dólares, o que corresponde a aproximadamente 2% do Produto Interno Bruto global (ONU, 2017).

De acordo com um estudo da Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais intitulado "Impactos Econômicos da Violência contra a Mulher", a violência contra as mulheres tem um impacto de R\$ 214,42 bilhões no Produto Interno Bruto (PIB) nacional ao longo de 10 anos, resultando em aproximadamente 1,96 milhão de postos de trabalho fechados. Além disso, há uma perda de R\$ 91,44 bilhões em salários e R\$ 16,44 bilhões em perdas de tributos ao longo de uma década (FIEMG, 2021).

Um estudo realizado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em parceria com a Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica Familiar contra a Mulher (PCSVDF) revelou que a violência contra a mulher, tanto como mãe quanto como profissional, custa ao país cerca de R\$ 1 bilhão por ano em termos de impactos no mercado de trabalho. Esse estudo permite analisar as experiências de violência doméstica e familiar, o impacto dessa violência no acesso das mulheres ao mercado de trabalho, na saúde psicoemocional e física, além de compreender o custo econômico da violência doméstica e familiar (IMP, 2019).

Para o *International Monetary Fund* (FMI), países com um maior número de casos de violência contra a mulher estão associados a uma atividade econômica mais baixa, sendo a queda do emprego feminino sua principal causa. Mulheres que vivenciam diversas formas de violência enfrentam maiores dificuldades para encontrar ou manter o emprego. O FMI resalta que erradicar a violência é de extrema relevância tanto para a sociedade quanto para a economia, e os países têm a obrigação de implementar medidas para transformar essa situação, uma vez que as consequências são indiscutíveis para a saúde das mulheres e para a economia, fortalecendo, protegendo e promovendo a participação feminina na força de trabalho (FMI, 2021).

No Brasil, apenas R\$ 5,6 milhões foram investidos em políticas públicas para mulheres em 2020. No entanto, a Câmara dos Deputados divulgou a omissão na distribuição de verbas

para o enfrentamento da violência contra a mulher, que deveria ter utilizado R\$ 126,4 milhões, conforme previsto na Lei Orçamentária. Acredita-se que, com o crescimento da violência doméstica durante a pandemia, os investimentos deveriam ter aumentado consideravelmente, mas questões importantes para o enfrentamento gradualmente perderam força, resultando no menor investimento em programas para mulheres desde 2015 (BRASIL, 2020).

Uma postura acolhedora e sensível dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, é fundamental, uma vez que muitas vezes são os primeiros a terem contato inicial com essas mulheres, estando nas portas de entrada dos serviços de saúde, onde se concentram os agravos à saúde da mulher (SANTOS; FREITAS, 2017; LEITE *et al.*, 2022).

No setor da saúde, estudos apontam a fragilidade na articulação da rede de apoio e a dificuldade dos profissionais em reconhecer a violência, bem como encaminhar as vítimas para proteção e contribuir para o enfrentamento da violência vivenciada (LEITE *et al.*, 2022; NASCIMENTO *et al.*, 2019; SANTOS; FREITAS, 2017).

Devido às amplas consequências, o combate à violência contra a mulher precisa ser um dos principais objetivos com o maior comprometimento dos Estados e da sociedade civil, garantindo um ambiente propício para a denúncia e oferecendo serviços de qualidade. Isso significa que as mulheres têm medo de enfrentar a violência institucional ao buscar ajuda e orientação, medo do agressor, medo de morte, de perder os filhos, de não ter sustento financeiro, de exclusão social e familiar (CNMP, 2018; IPEA, 2016).

De acordo com a presidente da Comissão de Gênero e Violência Doméstica do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), alguns dos principais desafios para a efetividade da Lei Maria da Penha incluem a dificuldade e instabilidade das mulheres que vivenciam a violência em denunciar, o medo e a vergonha, a incompreensão dos profissionais que lidam com os atendimentos e encaminhamentos, a precariedade das redes de enfrentamento, a falta de apoio efetivo tanto no âmbito privado quanto público, e a ausência de programas de atendimento e tratamento para os agressores, o que aumenta os índices de reincidência (IBDFAM, 2019).

Fatores como a articulação intersetorial e a qualidade dos serviços disponibilizados têm influência no enfrentamento da violência contra a mulher. A conexão entre esses fatores favorece o fortalecimento da rede de proteção às mulheres que vivenciam violência e, conseqüentemente, o enfrentamento da violência. O estudo de Menezes *et al.* (2014) ressalta a urgência da integração e do reconhecimento de outras instituições, reafirmando a importância da articulação entre elas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que é um marco importante no enfrentamento da violência contra a mulher, estabelece, entre suas diretrizes, o papel dos profissionais capacitados para atuar na atenção integral à saúde da mulher, levando em consideração suas particularidades e necessidades. Outro marco importante e recente envolvendo os profissionais é a Lei nº 13.931, que entrou em vigor em 10 de março de 2020 e determina que os profissionais de saúde, ao se depararem com casos de indícios ou confirmação de violência contra a mulher, sejam obrigados a notificar, de forma compulsória, os centros de vigilância epidemiológica e comunicar as autoridades policiais dentro de 24 horas, para as providências necessárias e para fins estatísticos.

No entanto, pesquisas demonstram a carência de conhecimento por parte dos profissionais em relação à identificação, notificação e ação efetiva dos mecanismos de proteção. Portanto, destaca-se a importância da capacitação e da educação permanente e continuada, abrangendo temas de gênero e violência, para fortalecer as ações de enfrentamento e capacitar os profissionais a modificarem os significados atribuídos à violência (SOUZA *et al.*, 2018).

Para ampliar as possibilidades de enfrentamento da violência contra a mulher e obter resultados efetivos, é crucial estabelecer um diálogo entre todos os setores envolvidos, incluindo o Poder Executivo, Poder Judiciário, Ministério Público, órgãos de saúde, organizações públicas e a sociedade civil. Uma rede de enfrentamento à violência doméstica contra a mulher é essencial para reduzir os casos e garantir o cuidado adequado. No entanto, ao percorrer o caminho em busca de recursos para romper o ciclo da violência, muitas mulheres encontram falta de apoio da família, falta de reconhecimento do fenômeno por parte dos profissionais, revitimização e atitudes preconceituosas de alguns profissionais que deveriam acolhê-las. Portanto, a articulação em rede das instituições de proteção às mulheres em situação de violência é fundamental para promover uma mudança no ciclo da violência. Esses dados ressaltam a importância social de repensar o fenômeno da violência doméstica e suas implicações na saúde (SAGOT, 2000; BRUHN; LARA, 2016).

Na perspectiva de relacionamentos abusivos, existe o ciclo de violência, que ocorre em três estágios distintos: Acumulação de tensão; Explosão; Arrependimento e comportamento carinhoso, também conhecido como lua-de-mel. No estágio de acumulação de tensão, a mulher tende a se responsabilizar pelos momentos de agressões verbais, ofensas, brigas e, em alguns casos, agressões físicas leves. No estágio de explosão, a tensão se transforma em agressão física, psicológica, moral ou patrimonial, e a mulher sente medo. Dependendo da gravidade, ela pode buscar ajuda policial, jurídica, abrigos ou o apoio de parentes e amigos. No estágio de

arrependimento e comportamento carinhoso, o agressor busca o perdão, demonstra arrependimento e faz promessas de mudança, deixando a mulher confusa e com medo, especialmente se houver filhos. A mistura de sentimentos e lembranças torna esses momentos complexos. Eventualmente, a tensão retorna e o ciclo recomeça (BRASIL, 2018; IMP, 2018).

No livro "Rotas Críticas" (2007), as autoras listam vários motivos pelos quais as mulheres permanecem nesses relacionamentos abusivos, incluindo fatores internos, como processos pessoais e sentimentais, e fatores externos, como apoio financeiro e serviços de enfrentamento. Esse é um processo complexo com avanços e retrocessos. O medo é um exemplo de fator que muitas mulheres vivenciam e que as impede de deixar essas condições por muitos anos.

Estudos mostram que a dependência econômica, baixa escolaridade, ter filhos menores e a falta de apoio da rede social são alguns dos fatores associados e de risco que contribuem para que muitas mulheres permaneçam com seus agressores sem denunciá-los às autoridades competentes (SCHRAIBER *et al.*, 2002; BRANDÃO, 2006; FERRANTE *et al.*, 2009)

Nesse sentido, essa problemática nos fez refletir acerca do importante papel do profissional da saúde, especialmente os enfermeiros, na detecção dos casos de violência de gênero e na possibilidade de oferecer um cuidado para preservar sua saúde integral, melhorando sua autoestima, favorecendo para o enfrentando do fenômeno e a melhora da sua qualidade de vida.

Diante da minha inquietação e da problemática das mulheres em situação de violência doméstica e o enfrentamento das mulheres acompanhada por Centros de Atendimento à Mulher, tenho como pressuposto para esse estudo: a aplicação dos princípios da conservação da Teoria de Levine pode ser mais uma estratégia que contribuirá no enfrentamento da violência doméstica, visando proporcionar o empoderamento das mulheres, assim como, proporcionar o seu bem-estar biopsicossocial a elas.

### 1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

As questões norteadoras que fundamentam a pesquisa são:

- Qual o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica atendidas nos Centros de Atendimento à Mulher (CEAMs)?



- De que forma as mulheres em situação de violência doméstica enfrentaram a violência doméstica à luz dos princípios da Conservação de Levine?
- Como a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine poderá auxiliar as mulheres a enfrentarem a violência doméstica?

#### 1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Considerando esses questionamentos foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar o perfil sociodemográfico e reprodutivo das mulheres em situação de violência doméstica atendidas nos Centros de Atendimento à Mulher (CEAMs).
- Analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres em situação de violência doméstica à luz dos princípios da Conservação de Levine.
- Discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine no contexto das mulheres em situação de violência doméstica.

#### 1.5 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa se justifica pela constatação de que a violência de gênero contra a mulher e a violência doméstica são consideradas um grave problema de saúde pública e uma importante causa de morbimortalidade para a saúde das mulheres (OMS, 2021; ONU, 2020; BRASIL, 2020).

Entender os fatores contextuais e individuais que fundamentam a violência de gênero e a violência doméstica das mulheres, bem como seus modos de enfrentamento, é relevante para a área da saúde da mulher. Isso amplia o campo de atuação da Enfermagem e possibilita um olhar mais técnico e humanizado para as mulheres que vivenciam violência doméstica.

A pesquisa busca preencher uma lacuna existente na literatura nacional e internacional sobre a aplicabilidade da Teoria de Levine na prática clínica relacionada à violência contra a mulher. Poucos artigos foram encontrados que abordam as experiências dessas mulheres em busca de cuidado integral, seus percursos, percalços e gatilhos motivadores. Ao longo da

carreira, percebeu-se o potencial da Teoria de Levine, que busca preservar ou recuperar o indivíduo para um estado de saúde distante da violência, como uma estratégia que pode auxiliar os profissionais, especialmente os enfermeiros, no cuidado dessas mulheres.

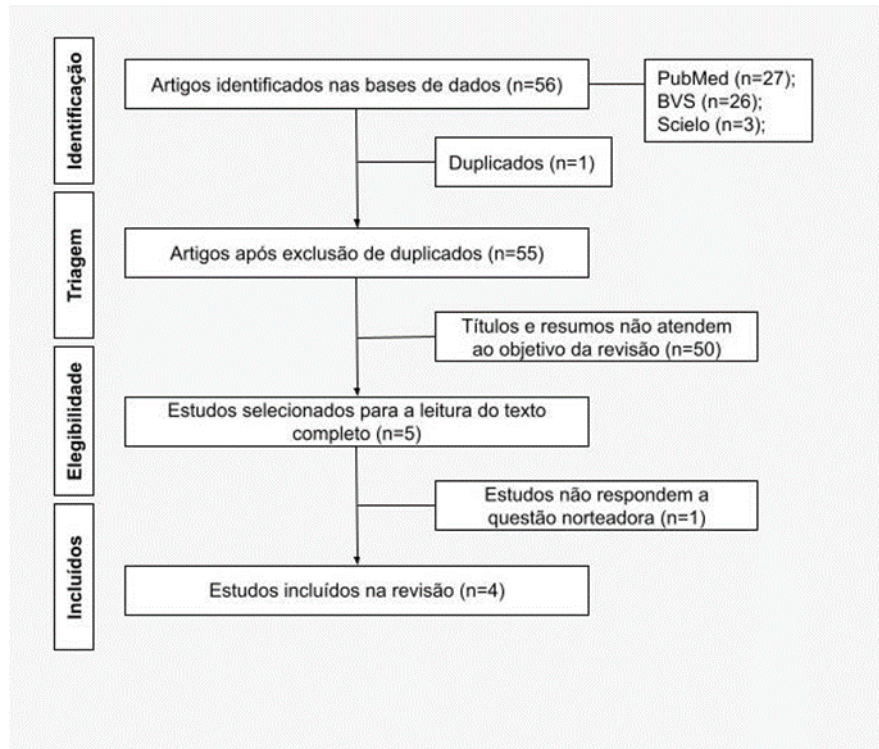
Através de uma revisão sistemática, as buscas foram realizadas, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), BDNF, LILACS, Medline, Pubmed e Scielo. Esta etapa foi realizada por meio das seguintes combinações de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “violência doméstica”, “violência contra a mulher” e “violência de gênero”. Além disso, a busca ocorreu também por meio do *Medical Subject Headings* (MESH): “*Domestic Violence*”, “*Violence Against Women*” e “*Gender based violence*”. Foi adicionado o termo “Enfrentamento” como termo alternativo para melhor refinamento da busca e os operadores booleanos escolhidos foram o AND e OR.

Os critérios de inclusão adotados nesta pesquisa foram artigos científicos publicados em português, espanhol e inglês, disponíveis e indexados, que abordassem a temática de estudo no período de 2017 a 2022. Os critérios de exclusão englobaram artigos duplicados, revisões de literatura, teses, dissertações e monografias, até fevereiro de 2022.

Na busca nas bases de dados, foram utilizadas combinações dos termos "violência doméstica" AND "violência contra a mulher", AND/OR "violência de gênero" AND "Enfrentamento". Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos inicialmente 56 estudos. Em seguida, os artigos repetidos foram identificados e removidos. A leitura dos títulos, resumos e textos completos resultou em um total de 04 estudos que responderam à questão norteadora: "Como as mulheres enfrentam a violência doméstica?".

Os 04 artigos selecionados foram organizados em um quadro para uma apresentação sintetizada dos objetivos, metodologia, resultados e conclusões, de acordo com o objeto de estudo. A Figura 1 apresenta os estudos incluídos na revisão, juntamente com as informações extraídas:

Figura 1



Fonte: Dados da Pesquisa (AUTORA, 2023)

No que diz respeito à frequência anual das publicações, observa-se que houve poucos artigos encontrados em todos os anos durante o período de busca selecionado nos últimos cinco anos. Os anos de 2018, 2020 e 2022 não apresentaram publicações relacionadas à temática, resultando em uma média de uma publicação por ano. Dos artigos selecionados, o ano de 2019 apresentou o maior número de publicações, totalizando duas, seguido por um artigo em 2017 e outro em 2021.

Em relação à área de conhecimento, a Enfermagem corresponde a 50% das produções, enquanto a saúde pública representa os outros 50%. Quanto à abordagem metodológica, prevalecem os estudos qualitativos, presentes em 75% das publicações. Apenas um artigo adotou uma abordagem quantitativa, do tipo transversal.

No contexto brasileiro, os estados que contribuíram com pesquisas sobre a temática foram a Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Não foram encontradas publicações nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. Foi identificado um estudo internacional com origem no Egito, realizado em uma área de favela em Helwan, Cairo.

Os estudos excluídos predominantemente abordavam as perspectivas e compreensões profissionais relacionadas à violência doméstica.

No estudo de Carvalho *et al.* (2019), as participantes que vivenciavam violência conjugal, empregaram como estratégia de enfrentamento a aceitação da responsabilização, que é quando a mulher acredita ser a responsável pelo evento que gerou a violência e busca assim ressignificá-lo.

Os resultados da pesquisa de Carvalho

*et al.* (2019) revelou que as mulheres em situação de violência conjugal utilizaram a estratégia de aceitação da responsabilização como forma de enfrentamento, buscando ressignificar o evento que gerou a violência.

Em relação ao estudo de Paz *et al.* (2019) que acompanha mulheres em situação de enfrentamento que recebiam acompanhamento em um Centro Especializado em Atendimento a Mulheres em situação de violência. Identificou-se as vulnerabilidades enfrentadas pelas participantes, sendo que após a decisão de denunciar o agressor, a independência financeira, a recuperação da autoestima e a saúde física e mental foram consideradas fundamentais para recomeçar suas vidas e superar a violência.

Palhoni *et al.* (2017) constatou a existência de uma correlação entre a qualidade de vida e a violência contra a mulher, sugerindo que prejuízos na qualidade de vida podem justificar a ocorrência da violência. Nesse contexto, a promoção da qualidade de vida é considerada um mecanismo de enfrentamento da violência, abrangendo aspectos subjetivos e valores não materiais, como relações interpessoais, moradia, trabalho, alimentação e ações governamentais.

O estudo realizado em uma favela no Cairo identificou que as mulheres buscavam serviços de proteção e ajuda para enfrentar a violência doméstica devido à incapacidade de suportar a violência, medo pela própria vida, incentivo de outras pessoas e preocupação com seus filhos. O estudo ressaltou a importância de diferentes abordagens, como educação, conscientização, bem-estar físico e mental, aconselhamento e reabilitação, para empoderar as mulheres e auxiliá-las no enfrentamento da violência (EL-NIMR *et al.*, 2020).

Devido ao objeto de estudo que envolve a teoria de Enfermagem de Levine, foi realizada uma busca na base de dados, no período de 2012 a 2022, para encontrar estudos que abordassem a Teoria de Levine (*Levine's conservation model*).

As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), BDENF, LILACS, Medline, Pubmed e Scielo. Esta etapa foi realizada por meio das seguintes combinações de Descritores: “violência contra a mulher”, “violência de gênero” e “teoria de Enfermagem”. Além disso, a busca ocorreu também por meio do *Medical Subject Headings* (MESH):

“*Violence Against Women*”, “*Gender based violence*”, “*Nursing Theory*”. Os operadores booleanos escolhidos foram o AND e OR.

Os critérios de inclusão utilizados foram os artigos científicos publicados em português, espanhol e inglês, artigos disponíveis que retratassem a temática de estudo, publicados e indexados. Os critérios de exclusão foram os artigos duplicados, revisão de literatura, tese, dissertação e monografia, até fevereiro de 2022 e artigos que não trouxessem Myra Levine como teórica.

Foram encontrados oito (08) artigos que tratavam da temática, porém dentro dos critérios de exclusão restauram quatro (4) artigos com a correlação da violência contra a mulher e a teoria abordada. Dois (02) artigos de autoria de Netto et al (2018). e dois (02) artigos Teixeira et al. (2015). Que trazem a atuação da Enfermagem na conservação da saúde em mulheres em situação de violência.

Os materiais encontrados nesta pesquisa destacam a importância e a urgência de discutir a relevância das redes sociais de apoio no enfrentamento da violência doméstica vivenciada por mulheres. Eles apontam para a fragilidade da rede de enfrentamento e a desarticulação dos serviços, ressaltando a importância da rede social primária, que é a mais procurada pelas mulheres (SANTOS; FREITAS, 2018).

Além disso, os resultados desta pesquisa evidenciam que, embora os descritores utilizados tenham permitido o acesso a muitas publicações científicas sobre mulheres em situação de violência doméstica, uma quantidade expressiva desses estudos não aborda a temática do enfrentamento da violência sob a ótica das mulheres.

Essa constatação reforça a carência de estudos, especialmente estudos empíricos, que investiguem o comportamento das mulheres que permanecem em situação de violência, seus motivos e determinação no enfrentamento, e as repercussões para a saúde, a partir deste modelo teórico. Essa lacuna ressalta a necessidade de mais pesquisas que abordem essa temática de forma aprofundada e com enfoque nas perspectivas das mulheres envolvidas.

## 1.6 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

É importante ressaltar a relevância deste estudo para o ensino, pesquisa, extensão e assistência na área da saúde, assim como para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado de Enfermagem às mulheres que vivenciam violência doméstica.

Os resultados desta pesquisa irão contribuir para a assistência dos profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, ao fornecer estratégias para o cuidado das mulheres em situação de violência doméstica. Para a pesquisa, esses resultados irão estimular a realização de novos estudos sobre o tema, e para o ensino, irão subsidiar a formação de futuros profissionais de saúde, preparando-os para atuar de forma qualificada, humanizada e sensível a essa realidade.

A escolha da pesquisa qualitativa permitirá um aprofundamento e compreensão das vivências das mulheres em situação de violência doméstica, suas estratégias de enfrentamento e suas perspectivas sobre a saída do ciclo de violência. A análise será embasada no referencial teórico do Modelo de Conservação de Levine, ampliando a discussão sobre diferentes formas de planejamento do cuidado pelos profissionais de saúde e podendo ser implementado em programas de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando a integralidade do cuidado.

Ao oferecer subsídios teóricos para a área da saúde, esse estudo irá fomentar e fortalecer o ensino, pesquisa e extensão acadêmica, estimulando a discussão e produção científica sobre o tema ao longo da trajetória acadêmica.

Além disso, os resultados desta pesquisa irão contribuir para a construção de capacitações voltadas para os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, promovendo a visibilidade do fenômeno da violência doméstica e o seu enfrentamento de forma mais efetiva.

Este estudo está integrado ao Projeto institucional: "A saúde da mulher no seu ciclo vital: aspectos biológicos, sociais e culturais", que faz parte da Linha de Pesquisa: "Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem". Será realizado no Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPEEMC) do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). O estudo contribuirá para aprofundar as discussões e reflexões nesse campo, especialmente relacionadas ao HIV e à violência de gênero contra a mulher.

Espera-se que outros pesquisadores envolvidos no cuidado à saúde da mulher também realizem estudos aplicando os Princípios da Conservação de Myra Levine em seus

atendimentos, a fim de contribuir para a identificação da violência contra a mulher e desenvolver estratégias de enfrentamento.

## 2 BASES CONCEITUAIS

### 2.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COMO UMA FORMA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A etimologia da palavra "violência"<sup>1</sup> vem do latim "*violentia*", derivada de "*violentus*" (furioso), e está relacionada ao verbo "*violare*", que significa força, potência, bem como infringir, transgredir e devassar. Em geral, a violência resulta da ação com o uso de força praticada com a intenção de atingir um objetivo, que muitas vezes não pode ser alcançado sem essa ação. É o uso agressivo e ilegítimo de coerção.

No relatório mundial sobre violência e saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou poder contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, resultando em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (OMS, 2002).

Segundo o Instituto Maria da Penha (IMP) a violência doméstica é o abuso físico ou psicológico de um membro da família em relação a outro, com o objetivo de manter poder ou controle. Esse abuso pode ocorrer por meio de ações ou omissões. A maioria das vítimas desse tipo de violência são mulheres (IMP, 2019).

Na história, são poucos os momentos em que as mulheres não foram subjugadas, oprimidas e alvo de perversidades. No entanto, com as conquistas advindas das lutas sociais, podemos afirmar que a promulgação da Lei 11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, é considerada o principal marco legal no enfrentamento à violência doméstica contra a mulher. É o maior dispositivo da história que visa à proteção e à prevenção das diversas formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, quando ela é submetida a violência por pessoas com quem ela tem algum tipo de vínculo afetivo, como relacionamentos amorosos ou laços familiares (BRASIL, 2006; ARJONA, 2019).

O artigo 7º da Lei Maria da Penha descreve cinco formas de violência doméstica contra a mulher, que são: I. Violência física, II. Violência psicológica, III. Violência sexual, IV. Violência patrimonial e V. Violência moral (BRASIL, 2006).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://etimologia.com.br/violencia/>. Acesso em: 16 jul. 2023.



Esta lei pode e deve ser aplicada a qualquer mulher que vivencie abusos ou agressões e esteja em condição de vulnerabilidade em relação ao agressor. É importante ressaltar que a lei é aplicada a todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual. Além disso, a lei pode ser aplicada em casos envolvendo mulheres frágeis e vulneráveis em relação ao perpetrador, como mulheres idosas, crianças, pais e filhas, desde que haja uma relação íntima ou de afeto com o agressor (BRASIL, 2006).

De acordo com o Instituto Patrícia Galvão, a construção histórico-social colocou as mulheres em maior exposição a diversos tipos de violência, como a violência doméstica e sexual. A residência é o local com maior incidência de violência, representando um desafio para as redes de enfrentamento (IPG, 2021; ISP, 2021).

A violência doméstica vivenciada por mulheres é três vezes maior do que a registrada por homens. Dados do IPEA de 2019 mostram que 43,1% dos casos de violência ocorrem na residência da mulher e 36,7% em locais públicos. Em relação ao agressor, 32,2% dos casos são perpetrados por pessoas próximas, 29,1% por desconhecidos e 25,9% pelo cônjuge ou ex-cônjuge (IPEA, 2019).

O assunto da violência doméstica é permeado por tabus e mitos na sociedade, como a crença de que as mulheres gostam da violência, que ela ocorre apenas em ambientes de baixa renda ou que as mulheres que vivenciam a violência doméstica não querem denunciar. Essas desinformações dificultam o combate à VCM, considerando que essas mulheres estão sendo agredidas por familiares e parceiros íntimos, pessoas com as quais compartilham suas vidas, finanças e sentimentos, o que torna a discussão mais complexa (IMP, 2018).

Estudos demonstram que mulheres em situação de violência, proveniente de relacionamentos afetivos, vivenciam essa situação por mais de dez anos, e a submissão está relacionada a questões concretas, como aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos. Isso ocorre porque a mulher se reconhece no papel que lhe é atribuído socialmente (BIANCHINI, 2020).

Em Viena (1993), ocorreu o reconhecimento formal da VCM como uma forma de violação dos direitos humanos durante uma Conferência das Nações Unidas. A partir desse momento, os países membros se tornaram signatários de tratados internacionais que visam a redução e o combate à violência de gênero.

Para o diretor geral da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), Tedros Adhanom Ghebreyesus, "a violência contra as mulheres é endêmica em todos os países e culturas, causando danos às mulheres e foi agravada pela pandemia de COVID-19". Uma em cada três

mulheres vivencia a violência de gênero no mundo, e o início dessa violência está ocorrendo cada vez mais cedo, com uma em cada quatro jovens (15 a 24 anos) já tendo passado por violência em seus relacionamentos.

Atualmente, estamos enfrentando uma crise sanitária, e apesar de as notificações de violência doméstica terem diminuído, as denúncias realizadas por telefone tiveram um aumento significativo em todo o mundo, destacando-se a violência doméstica contra as mulheres na maioria dos casos (FBSP, 2021).

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) destaca como um fator preocupante e complexo no enfrentamento da violência de gênero o fato de que, nos últimos três anos de pesquisa, não houve alterações significativas. Cerca de 48,8% das mulheres que vivenciaram a violência afirmam que o local onde ocorreu foi a residência, e os agressores são pessoas conhecidas da mulher, o que dificulta a sua proteção, a punição do agressor e as medidas de prevenção (FBSP, 2021).

Segundo Saffioti (2003), o sistema patriarcal-racista-capitalista fundamenta as desigualdades e violências, especialmente quando se trata das mulheres e das minorias. A solução para esse problema seria uma mudança drástica na estrutura social, pois, do contrário, a violência contra a mulher continuará prevalecendo, especialmente devido às características coercitivas e exploradoras presentes na estrutura atual.

Através de movimentos sociais, como as Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, foram estabelecidos conceitos, diretrizes, princípios e ações de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher. Essas iniciativas garantem a assistência e os direitos das mulheres em situação de violência, em conformidade com os mecanismos internacionais de direitos humanos e a legislação nacional. Ambas estabelecem uma rede entre as esferas governamentais para garantir a implementação de políticas que promovam a equidade de gênero e o respeito às diferenças (BRASIL, 2011).

Na página do Jus Brasil<sup>2</sup>, o advogado André Edson ressalta que as leis de proteção às mulheres em situação de violência desempenham um papel para todas as pessoas que se identificam com o sexo feminino, sejam elas hétero, homossexuais ou mulheres trans. Essas

---

<sup>2</sup> EDSON, André. Você é mulher e está cansada de apanhar de seu cônjuge, ou companheiro? JusBrasil, 2018. Disponível em: <https://advogadoandrevieira.jusbrasil.com.br/noticias/603306494/voce-e-mulher-e-esta-cansada-de-apanhar-de-seu-conjuge-ou-companheiro>. Acesso em: 17 jul. 2023.

leis devem incluir essas mulheres na linha de proteção quando vivenciarem situações de vulnerabilidade em relação ao seu companheiro, parente ou pessoa do convívio.

Dar suporte às mulheres que vivenciam a violência doméstica é garantir e promover os Direitos Humanos. As esferas jurídicas, policiais e psicossociais reconhecem seu papel no enfrentamento dessa violência, porém a área da saúde também precisa se preparar para atender essas mulheres, pois ela é a linha de frente no diagnóstico e intervenção. O sofrimento e os impactos na saúde são consequências da violência vivenciada pela mulher, afetando seu estado de saúde (CREMESP, 2017).

## 2.2 GÊNERO: ELEMENTO ESTRUTURANTE QUE FUNDAMENTA A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Dentro da cronologia da sociedade, a humanidade desempenha papéis sociais diferentes entre homens e mulheres. Segundo a sociologia, esses papéis referem-se às atividades e funções realizadas pelos indivíduos em sociedade, principalmente ao conviver em grupo. Presume-se a existência de comportamentos tanto entre os sujeitos quanto dentro do indivíduo consigo mesmo (COSTA, 1987; ARIÈS, 1997).

Os comportamentos são influenciados pela sociedade e por tudo o que se deriva do coletivo, como religião, classe social, trabalho, grau de instrução do ensino regular e principalmente o sexo. Sendo assim, as questões de gênero se relacionam com as questões sociais e com os papéis que os indivíduos desempenham na sociedade de acordo com seu sexo (LIMA *et al.*, 2021).

Scott (1995) e Guedes (1995) definem gênero como um elemento que constitui as relações sociais, fundamentado nas diferenças evidenciadas entre os sexos e uma forma primária de dar significado às relações de poder. É uma maneira de compreender, visualizar e relacionar-se com a organização social da relação entre os sexos. Almeida (2007) salienta que o termo gênero é utilizado para facilitar o entendimento das desigualdades envolvidas.

Além disso, Saffioti (2003) complementa e disserta sobre a solidariedade entre homens visando o controle das mulheres, o que faz com que o sistema masculino de opressão tenha como objetivo impedir a ascensão das mulheres como sujeitos sociais, definindo assim o patriarcado. O patriarcado está na base do poder diferenciado entre homens e mulheres, sendo

estas últimas vítimas. Nesse contexto, busca-se um mundo com privilégios masculinos, onde os homens continuam acreditando que as mulheres são sua propriedade e, por isso, têm permissão para cometer violência contra elas (MENEGHEL; PORTELLA, 2017; GRECH; MAMO, 2014).

Podemos assim compreender que o gênero é estabelecido pelas características sociais entre homens e mulheres e suas definições dentro da sociedade, não sendo uma forma biológica, mas sim fundamentada pela cultura. É subjetivo e flutuante, e sua união com o conceito de patriarcado indica as relações de dominação-submissão masculina e as desigualdades sociais entre homens e mulheres ao longo da história, amplamente difundidas pelo senso comum da sociedade (SARDENBERG; TAVARES, 2016; ZANATTA *et al.*, 2018; PIEROTTI; D'OLIVEIRA; TERRA, 2018).

Fundamentada na construção social, política e cultural do masculino e feminino, assim como nas vinculações e associações entre homens e mulheres, a Violência Contra a Mulher (VCM) deve abarcar as dimensões de gênero. É necessário promover transformações culturais, educativas e sociais para enfrentar essa violência, levando em consideração também os fatores de raça, etnia, geração e classe, que agregam dificuldades ao combate (BRASIL, 2011). A divisão de trabalho visa corroborar a dominação e o poder masculino, perpetuando essa cultura de geração em geração. A opressão e a violência que as mulheres vivenciam desde a infância podem se desdobrar nos novos relacionamentos (BANDEIRA, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2019; CORRADI, 2009).

Os chefes de família não são desautorizados, contrariados e desobedecidos, mas sim mantêm controle através de manipulação, ameaças e violências físicas, enquanto as meninas são treinadas desde cedo para obedecer e não contrariar o futuro parceiro. Estudos demonstram que as motivações para a perpetração da violência contra a mulher no relacionamento conjugal incluem a desobediência ao marido, a não realização de tarefas como cozinhar e cuidar dos filhos e afazeres domésticos, bem como a negativa de relações sexuais (MACHADO; CASTANHEIRA; ALMEIDA, 2021; NAVARRO-SWAIN, 2017; BANDEIRA, 2020).

Como reflexo desse cenário, no meio jurídico brasileiro havia uma tese chamada Legítima Defesa da Honra, que era frequentemente utilizada em casos de feminicídio e resultava em diminuição da pena ou absolvição do réu. Essa tese era um recurso utilizado pelas defesas dos acusados para justificar o comportamento do réu em assassinar ou agredir a mulher, caso ela cometesse algo que o homem considerasse uma afronta à sua honra. Era uma forma do agressor culpabilizar a vítima pelo crime que ele mesmo cometia (CALHEIROS *et al.*, 2018).

No entanto, somente em março de 2021, o Supremo Tribunal Federal, por unanimidade, afirmou que a Tese de Legítima Defesa da Honra viola princípios constitucionais como a dignidade da pessoa humana, a proteção à vida e a igualdade de gênero, declarando-a inconstitucional (STF, 2021).

Entre os dezessete objetivos da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), dos quais o Brasil é signatário, "alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas" é o quinto objetivo (ONU, 2016). No entanto, o Brasil está entre os países com o maior número de casos de violência contra a mulher. O Atlas da Violência 2021 registrou 3.737 assassinatos de mulheres no país em 2019 (ISP, 2021). Segundo Chakian (2019), esses assassinatos incluem casos de violência doméstica ou familiar, violência urbana e casos decorrentes da condição de gênero, ou seja, resultantes do desprezo e desrespeito à condição de mulher.

Para Chakian (2019), esses assassinatos somam os casos de violência doméstica ou familiar, violência urbana, como também os casos que derivam da condição de gênero, isto é, em decorrência do desprezo e desrespeito à condição de mulher.

A violência de gênero é causa de morte e incapacidade entre as mulheres em idade reprodutiva, sendo equivalente ao câncer, superando os acidentes automobilísticos somados à malária. Portanto, a violência contra mulheres e meninas é uma violação dos direitos humanos mais predominante no mundo, segundo o Fundo de População das Nações Unidas, que não reconhece barreiras econômicas, sociais, nacionais e internacionais, estimando-se que uma em cada três mulheres um dia experienciará abusos físicos ou sexuais durante a vida (UNFPA, 2020; ONU, 2020).

Quanto ao feminicídio no Brasil, os resultados do Fórum de Segurança de 2019 demonstram que as mulheres assassinadas por razões de gênero não acessam os órgãos de segurança pública. Isso indica que essa situação, o desmonte de equipamentos do estado e o discurso sexista que ainda questionam a constitucionalidade são grandes desafios para a implementação efetiva da Lei Maria da Penha, mesmo após 15 anos de sua criação (FBSP, 2021).

Os números são alarmantes, pois a cada duas horas, uma mulher é assassinada no Brasil, totalizando 4.519 mortes no ano de 2018. O feminicídio ocorre com maior frequência na residência das mulheres do que em situações fora da residência, e 30,4% dos homicídios de mulheres são classificados como feminicídio, representando um aumento de 6,6% em relação

ao ano anterior na taxa de mortalidade residencial em correlação ao total de vítimas de homicídio (IPEA, 2020).

Os parceiros íntimos, como namorados, maridos e companheiros, são responsáveis por 58% das agressões às mulheres, enquanto os 42% restantes são atribuídos a pais, avôs, tios e padrastos. A maioria dos agressores são familiares homens, destacando-se a violência física, psicológica e sexual (IPEA, 2018; MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado em Pernambuco Portella (2014) identificou quatro configurações de homicídio feminino: violência doméstica e familiar, violência interpessoal, criminalidade e violência cometida por parceiro íntimo. Os resultados demonstraram que os feminicídios seguem dinâmicas sociais distintas, onde marcadores sociais como taxa de fecundidade, renda, chefia feminina do domicílio e urbanização estão sempre presentes em conjunto com o marcador de gênero

Souza (2018) enfatiza que o feminicídio não deve ser visto como um ato único e singular, mas sim como um desfecho de uma série de agressões que ocorrem antes e durante um período. Para combater a violência contra a mulher, é necessário considerar todo o contexto, envolvendo informações, mudanças culturais, enfrentamento de estereótipos e o questionamento do status quo masculino de gênero.

Historicamente, o papel social da mulher tem sido marcado pela submissão e subjugação familiar ao homem. A luta pela erradicação da violência contra a mulher e pela busca da igualdade de gênero encontra respaldo na Constituição Federal de 1988, em legislações complementares e em tratados e convenções internacionais (MELO, 2018)

Meneghel (2007), no livro "Rotas Críticas", argumenta que esses processos violentos não são inexplicáveis, doentios ou incomuns, mas sim práticas aprendidas que reforçam e sustentam a desigualdade social, o racismo, o classismo e a exclusão de grupos como idosos e outros.

A busca por dados confiáveis é fundamental para enfrentar a violência de gênero em suas complexidades e contextos regionais específicos (FSP, 2019). Para promover mudanças significativas, é necessário o apoio dos setores público, privado e dos movimentos sociais. Embora grandes conquistas tenham sido alcançadas, o Brasil ainda enfrenta dificuldades em relação aos registros de violência de gênero, o que resulta na exclusão do país de comparativos internacionais devido à má qualidade dos dados disponíveis.

Para enfrentar essa questão, a Lei Ordinária 14232/2021 foi instituída com o objetivo de melhorar os registros e catalogação de dados sobre violência contra as mulheres, fornecendo

informações para o planejamento e avaliação de políticas de enfrentamento da violência de gênero e garantindo o livre acesso a essas informações em um sistema eletrônico dinâmico (BRASIL, 2021).

### 2.3 ENFRENTAMENTO DA MULHER- AÇÕES POLÍTICAS E SOCIAIS

Uma mulher frágil, monitorada, corrigida e punida: essa é a representação da mulher desde épocas longínquas na sociedade patriarcal e sexista em que vivemos, onde a invisibilidade e a subserviência em determinadas culturas persistem até hoje. As mulheres não eram vistas como cidadãs, e o objetivo principal imposto pela sociedade era que elas fossem apenas geradoras de filhos saudáveis, como era o contexto romano (PURIFICAÇÃO *et al.*, 2017)

Durante a década de 1950, a Organização das Nações Unidas criou a Comissão sobre a situação da Mulher e elaborou vários tratados baseados na Carta das Nações Unidas, que confirmava os direitos iguais entre homens e mulheres, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que reconhece os direitos e liberdades humanos, sem distinção de qualquer natureza (BRASIL, 2020).

Inicialmente, as políticas de atenção à saúde da mulher eram voltadas para a redução da mortalidade materna e infantil, refletindo uma forte ligação com os tempos romanos, onde a mulher era vista apenas em suas demandas reprodutoras, negligenciando outros aspectos importantes de sua saúde. Isso motivou críticas do movimento feminista e, posteriormente, a reorganização das políticas de assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Portanto, ao abordarmos a temática do Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, é importante considerar o contexto histórico e como chegamos a esse ponto de discussão. Após anos de diálogo entre o setor público e os movimentos sociais, algumas políticas foram concretizadas.

Com muita luta, em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde (PAISM), criando ações exclusivas para essa população, porém, estas abrangiam apenas questões ginecológicas e obstétricas, deixando ainda marginalizada uma grande parcela da população feminina (BANDEIRA, 2020; BRASIL 2004).

A pressão do movimento feminista para dar visibilidade à violência vivida pelas mulheres não cessou, e em 1985 o Estado criou as Delegacias Especiais de Atendimento às

Mulheres (DEAMs), uma iniciativa e uma vitória que serviu de modelo para diversos países da América Latina. O Estado passou a considerar esses crimes como contra a pessoa e não apenas contra os costumes. Entretanto, ainda havia pouca expressividade do Estado em relação às violências domiciliares, uma vez que eram consideradas esfera privada, corroborando com o dito popular 'em briga de marido e mulher não se mete a colher' (BANDEIRA, 2020).

As Casas Abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica surgiram na década seguint//e, acolhendo temporariamente mulheres em risco iminente. Entretanto, as políticas de saúde ainda estavam estagnadas (BRASIL, 2011).

Em 2003, o debate continuava, e áreas técnicas de saúde e outras temáticas discutiam a invisibilidade e marginalização do acesso à atenção integral das mulheres. Nesse contexto, a violência doméstica e sexual foi contemplada na nova política, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004).

No mesmo ano, baseada na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, foi estabelecido o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), incluindo o enfrentamento à violência contra a mulher como um dos seus objetivos, propondo a criação de uma Política Nacional (BRASIL, 2011).

A concepção da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres pela Secretaria de Políticas para as Mulheres tinha como objetivo apresentar conceitos e fundamentos para o enfrentamento à VCM, bem como indicar a criação e aplicabilidade das políticas públicas a serem formuladas e executadas para o combate e enfrentamento, bem como a assistência às mulheres em situação de violência e vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Esse passo importante resultou na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (PNEVCM), que definiu princípios, diretrizes, conceitos e ações de combate e prevenção à VCM, garantindo direitos e assistência conforme as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Essa política representou um grande avanço, sendo a primeira vez que o Estado estabeleceu fundamentos de uma política de enfrentamento à VCM (BRASIL, 2011).

A PNEVCM concebeu uma rede institucional entre os governos Federal, estaduais e municipais, com intensa articulação com outras estruturas de poder em seus diferentes níveis e com a participação efetiva da sociedade, visando suprimir as diferenças e desigualdades de gênero e garantir a implementação de políticas que promovam esse objetivo. A articulação entre os poderes requer esforço mútuo, articulando diferentes níveis de poder e efetiva participação



social para a consolidação da rede de atendimento à mulher que vivencia a violência, representando um reconhecimento da política nacional (BRASIL, 2011).

Em decorrência dessa política nacional, foi estabelecido o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, com o objetivo de combater todas as formas de violência contra as mulheres, estruturado em cinco eixos que abrangem a prevenção, assistência, enfrentamento e garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2011).

O Pacto foi fundamentado em consonância com a Convenção de Belém do Pará e tem como objetivo prevenir e enfrentar todas as formas de violência contra a mulher, abrangendo violência física, sexual, moral, patrimonial, psicológica, institucional, assédio sexual, tráfico e exploração. O foco também está nas mulheres rurais, negras, povos indígenas e outras mulheres em situação de discriminação e vulnerabilidade social (BRASIL, 2011).

Vinte e sete estados são pactuados, e suas ações são estruturadas com base em dois princípios: a transversalidade de gênero nas políticas públicas, buscando integrar ações, políticas e programas para atender um maior número de mulheres, e a intersetorialidade das ações, que ocorre de forma horizontal, com trabalho articulado entre diversos setores, e de forma vertical, com articulação política em todas as esferas governamentais (BRASIL, 2019).

A rede de enfrentamento contra a violência à mulher é constituída por agentes governamentais e não governamentais, sociedade civil, movimentos feministas, ONGs, conselhos de controle social, serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência, entre outros. É essencial que a mulher receba suporte para quebrar o ciclo da violência (UNFPA, 2020).

A rede de atendimento à mulher é dividida em quatro áreas: saúde, justiça, segurança pública e assistência social. Ela é composta por duas categorias de serviços: a rede de enfrentamento, que abrange questões políticas, e a rede de atendimento, que inclui os serviços especializados ou não, focando no eixo da assistência (BRASIL, 2011).

Os serviços não especializados geralmente são a porta de entrada das mulheres na rede de assistência, como hospitais e delegacias não especializadas. Já a rede especializada de atendimento é composta por serviços que possuem expertise e habilidades no tema de violência contra a mulher (BRASIL, 2011).

Portanto, a rede de enfrentamento contra a violência à mulher é classificada como um conjunto de atores que atuam de forma horizontal, cooperativa e democrática, visando um bem comum, que é o enfrentamento da violação dos direitos humanos das mulheres (SIQUEIRA, 2019).

Outros mecanismos de enfrentamento foram se solidificando, e em 2005, foi implementado o projeto de uma linha direta e gratuita para denúncias de violências sofridas pelas mulheres, seja violência física, exposição indevida, ameaças, intimidações ou assédios. Qualquer violência contra a mulher pode ser denunciada pela Central de Atendimento à Mulher, através do número 180. Este projeto foi considerado uma importante ferramenta para o enfrentamento à violência contra a mulher. A lei que autorizou a criação deste projeto e que completou 17 anos foi a Lei 10.714/2003. Entretanto, somente em 2009 os dados passaram a ser registrados no SINAN, um serviço sentinela (BRASIL, 2003).

Na história do Brasil, Maria da Penha Fernandes se tornou conhecida. Ela era farmacêutica e cearense, e vivenciou em 1983 violência de seu esposo, um professor universitário, que atentou por duas vezes contra sua vida. A primeira vez através de arma de fogo e a segunda por eletrocussão e afogamento. Maria da Penha não veio a óbito como outros milhares, mas hoje lida com as sequelas. O esposo, condenado em dois julgamentos, não foi preso graças aos muitos recursos de apelação. Somente após dezoito anos do crime, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos responsabilizou o estado brasileiro por negligência e omissão no caso de Maria da Penha e nas políticas públicas, e através da pressão internacional, o processo foi encerrado e o marido condenado. No entanto, ele cumpriu somente dois anos de prisão (IMP, 2019; CIDH, 2001).

Avanços vão sendo conquistados, como novas políticas, que vêm em consonância com os Direitos Humanos, a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, e outros documentos legais (BRASIL, 2006).

A conhecida Lei Maria da Penha resgata os tipos e definições de violência, definidos na Convenção de Belém do Pará de 1994, e visa a erradicação, punição e prevenção da violência doméstica e intrafamiliar. Ela amplia o seu domínio para onde ocorrem essas violências, modifica normas de competência, expande a pena máxima do crime de lesão corporal grave, prevê alterações no procedimento extrajudicial, além de criar medidas de proteção à mulher e retirar de vez a violência doméstica vivenciada pela mulher da categoria de menor potencial ofensivo (BANDEIRA, 2020; PURIFICAÇÃO et al, 2017).

Um dos grandes avanços instituídos pela Lei acima citada foi a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (JVDFM), com competência cível e criminal, atuando em consonância com as convenções internacionais de proteção dos direitos da mulher, com a Política e Pacto Nacionais de Enfrentamento, realçando as medidas de enfrentamento à

violência contra a mulher em seus resultados diretos e indiretos contra a liberdade e direitos das mulheres (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha tornou as penas contra a violência doméstica mais severas e foi considerada pelo relatório do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) a terceira melhor e avançada lei do mundo, entre os noventa países que possuem leis sobre o tema, ficando atrás apenas de Espanha e Chile (UNIFEM, 2011).

No ano de 2015, a Lei 13.104/2015 foi sancionada, alterando o Código Penal de 1940 e qualificando o feminicídio como crime hediondo. O feminicídio passou a ser um agravante do crime de homicídio, transformando o ato em homicídio qualificado. A pena de reclusão para este tipo de crime varia de 12 a 30 anos e pode ser aumentada de um terço se cometido durante o período gravídico, até 3 meses após o parto, contra menores de 14 anos ou pessoas com idade superior a 60 anos, ou se houver a presença de ascendente ou descendente da vítima (BRASIL, 2015).

Fortalecendo as conquistas, a resolução nº 564/2017, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, traz a obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de violência em todo o território nacional, seja no serviço público ou privado. Isso possibilita um acompanhamento real pelos setores governamentais e a implementação de melhores políticas e dispositivos legais, direcionados ao enfrentamento da violência contra a mulher (COFEN, 2017).

Nos últimos meses, a violência contra a mulher, devido à atual pandemia e ao isolamento social, tem sido um tema em destaque. Nesse contexto, a Lei nº 14.022, de 7 de julho de 2020, foi promulgada, tratando de novas medidas de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil. Essa nova lei determina que os serviços de atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar, assim como a crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência, sejam considerados serviços essenciais, garantindo a continuidade da assistência mesmo em tempos de isolamento social determinados pelos gestores (BRASIL, 2020).

Segundo o IBGE (2019) em seu último levantamento, o número de municípios com serviços especializados de enfrentamento à violência contra mulheres totalizava 1.163 unidades, onde 168.178 mulheres foram atendidas, sendo que 88.321 desses atendimentos ocorreram no sudeste do país. O projeto Casa Abrigo em 2011 contava com 72 unidades, mas, no ano do levantamento do IBGE, foram totalizadas 153 unidades em gestão municipal. Esses números refletem a evolução dos serviços de enfrentamento à violência contra a mulher no país.

O panorama histórico, político e cultural permite que a violência contra a mulher não seja naturalizada, individualizada e segmentada. Pelo contrário, é tratada como um problema social complexo e multifacetado, caracterizando-o como um problema de saúde pública e uma questão de garantia e respeito aos direitos humanos (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

No processo de consolidação e fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, os investimentos em serviços especializados são parte integrante da estratégia de fortalecimento das redes de atendimento estabelecidas pelo Pacto (SANTOS; SANTOS, 2020).

Apesar do aumento significativo das redes especializadas, a literatura nos traz a dificuldade dos serviços de porta de entrada ao lidar com os casos de violência contra a mulher. Os dados levantados demonstram de forma parcial a situação dos instrumentos de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil.

Em suma, o enfrentamento à violência contra a mulher é uma luta contínua, que requer ações coordenadas e efetivas de diferentes setores da sociedade. O fortalecimento da rede de atendimento, a implementação de leis e políticas específicas e a conscientização da sociedade são essenciais para combater esse grave problema e garantir os direitos e a dignidade das mulheres.

#### 2.4 PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE MYRA ESTRIN LEVINE: UMA POSSIBILIDADE DE CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A abordagem da integralidade da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), que enxerga o ser humano de forma ampla, complexa e inserido em um contexto social, é uma diretriz importante para promover o cuidado holístico e abrangente aos pacientes (BRASIL, 1990). Nesse sentido, este estudo utilizará os Princípios da Conservação de Myra Levine como condutores de análise e discussão.

Myra Estrin Levine, enfermeira e professora, lançou sua teoria holística de Enfermagem em 1967, enfatizando a Enfermagem como uma interação humana. Seu objetivo era oferecer intervenções de apoio e promoção da adaptação do paciente. Na época, Levine apresentou os princípios da conservação, também conhecidos como "*The Four Conservation Principles of*

*Nursing*". Esses princípios visavam abranger profissionais da área médico-cirúrgica, fornecendo um cuidado individualizado, percebendo cada demanda de forma singular e integrando questões pessoais e o relacionamento com o ambiente de cada paciente (LEVINE, 1989).

Levine foi precursora de muitas outras teóricas, como Imogene King e Martha Rogers, praticamente contemporâneas, que tinham como foco a integralidade e visão do paciente de forma não fragmentada (TEIXEIRA, 2013).

Orientada pela patrona da Enfermagem Florence Nightingale, Levine desenvolveu seu modelo de Enfermagem utilizando a lógica dedutiva e fundamentado em disciplinas como biologia, psicologia, sociologia, Enfermagem e ciências humanas, com o propósito de salvar vidas, promover a saúde e analisar as inúmeras situações da prática da Enfermagem (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991)

O princípio da conservação de Levine é visto como o cuidado ao todo. Para melhor identificação, foi dividido em quatro princípios: conservação da energia, integralidade estrutural do paciente, integralidade pessoal e integralidade social. A conservação da integralidade pessoal diz respeito aos indivíduos, enquanto a conservação da integralidade social abrange os sentidos que vão além do indivíduo, considerando seus relacionamentos e o sentido que eles conferem a si mesmos (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991).

O cuidado com o todo, como levantado por Levine em seus estudos publicados, engloba fatores que interferem no bem-estar biopsicossocial e espiritual do ser humano. Questões sociais, culturais, financeiras, patológicas e fisiológicas atuam negativamente no ciclo individual de cada ser, apesar dos desafios ambientais. Todos esses fatores interligados não devem ser ponderados e considerados de maneiras individuais e sem interligação, já que influenciam negativamente ou positivamente no fator saúde e doença (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991).

Visando um cuidado individualizado, Levine (1989) construiu o modelo de conservação para auxiliar as enfermeiras a atentarem ao indivíduo em seu ambiente, intitulado assim como contexto social.

Os quatro pilares que sustentam o referencial da Teoria, em relação ao Indivíduo, Saúde, Ambiente e Enfermagem (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991) são definidos da seguinte forma:

**O indivíduo:**

O ser humano se conecta com todos os elementos ao seu redor. Suas ações imediatas são motivadas, mas ele não está desconectado de suas experiências passadas, sejam elas positivas ou negativas. Está constantemente se adaptando em suas interações com o ambiente, que afetam seu corpo, mente e espírito. O livre arbítrio de escolhas e movimentações conceituam a integralidade do ser, e o processo de adaptação resulta na conservação (LEVINE, 1989).

### **A saúde:**

De acordo Levine (1989), a saúde está relacionada às questões culturais, étnicas e às crenças do grupo ao qual o indivíduo pertence. Cada pessoa estabelece seu próprio conceito de saúde, e sugere-se que a saúde e a doença são padrões de mudanças adaptativas, buscando sempre o melhor ajuste com o ambiente.

### **O ambiente:**

A completude do indivíduo é formada pelo ambiente interno e externo. A vivência e participação em um contexto social são considerados como ambiente externo, estando intimamente relacionados e influenciando nosso ambiente interno, que corresponde a características físicas e patológicas do indivíduo.

O ambiente é caracterizado por três elementos: o ambiente operacional, o ambiente perceptivo e o ambiente conceitual. Elementos como microrganismos, agrotóxicos, radiação, que afetam a saúde física do indivíduo, mas não são visualmente detectáveis, são considerados o ambiente operacional. Fatores que são interpretados pelos órgãos sensoriais, como visão, tato, audição, paladar e olfato, são informações do ambiente perceptivo. Já a cultura, linguagem, crenças empíricas, etnias, que influenciam a ética e moral da população, são questões do ambiente conceitual, que afetam a propriedade mental e emocional do indivíduo (LEVINE, 1989).

Para Levine (1989), a integralidade individual está na interação do indivíduo com o ambiente, e a adaptação e a conservação baseiam-se neste contexto. Portanto, a integralidade social reflete a comunidade à qual ele pertence.

### **A Enfermagem:**

A Enfermagem se baseia em um escopo teórico e científico para embasar suas decisões de cuidado, visando a restauração e promoção da saúde através da adaptação possível ao indivíduo. Portanto, o conhecimento do ambiente do indivíduo é necessário para o planejamento da assistência, considerando os ajustes entre os ambientes interno e externo do indivíduo, evitando desordens à saúde (LEVINE, 1989).

A enfermeira é vista como parte do ambiente externo do paciente, e precisa ter esse entendimento para que sua assistência seja efetiva na comunicação e nas relações interpessoais, compreendendo a multiplicidade de valores do indivíduo e suas respostas ao meio social e individual (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991)

Essa visão possibilita à Enfermagem identificar novos casos de violência de gênero e favorecer o entendimento do contexto, traçando estratégias para o enfrentamento da violência contra a mulher, através do vínculo e de um atendimento receptivo.

Os quatro pilares do conceito do Modelo da Conservação são energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social. Esse é um modelo universal que aborda a totalidade e integralidade do sistema vivo. A adaptação é resultado da conservação, e a Enfermagem deve cuidar para que o indivíduo garanta o melhor ajuste possível. Ou seja, a melhor adaptação possível para alcançar a manutenção e/ou recuperação da saúde, visando preservar sua totalidade (LEVINE, 1990).

Segundo Levine (1989), os fatores fisiológicos e comportamentais, internos e externos, são vistos como um só fator e não devem ser analisados de forma isolada. A enfermeira atua no princípio da conservação, buscando cuidar para que o indivíduo alcance o melhor ajuste possível, visando a manutenção e/ou recuperação da saúde e a preservação de sua totalidade.

A conservação de energia tem como objetivo evitar o desgaste excessivo do indivíduo, utilizando-se do repouso e da nutrição. É a harmonia entre o gasto e a recepção de energia, sendo indispensável o equilíbrio e a renovação dessas energias para a manutenção das atividades vitais (LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991).

Diante disso, o enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica requer um gasto de energia maior quando confrontada com o caminho que deve ser seguido e com a experiência de conviver com seu agressor. Orientar quanto à proteção do despendimento desta energia é necessário e que esta segurança seja realizada da melhor forma possível.

A integridade estrutural diz respeito à manutenção ou recuperação corporal do indivíduo, ou seja, o processo de cura. Uma recuperação completa é esperada e estabelecida pelo indivíduo como a integralidade estrutural. A cura é a defesa da totalidade (LEVINE, 1989). Neste sentido, a restauração e recomposição da saúde da mulher em enfrentamento busca a completude e integralidade do ser.

Quanto ao terceiro princípio, o da integralidade pessoal, a autora se fundamenta na definição de *Self* advinda da psicologia como "a defesa de si que está ao alcance do próprio indivíduo" (LEVINE, 1989, p. 334). Alude à autovalorização e à identidade do indivíduo para

além da experiência física. Levine discorre sobre a duplicidade do ser, um público e outro privado, sendo o privado subdividido, no qual somente partes são expostas e reconhecidas por outros; até mesmo os mais próximos não conhecem a subjetividade do ser, e este reconhecimento passa pela escolha do que o indivíduo escolhe e pode compartilhar.

O último princípio, da conservação da integralidade, sustenta o reconhecimento do indivíduo como um ser sociável, que necessita de interação humana, ou seja, sua definição além de si mesmo. Os relacionamentos são fatores de definição do ser e são fundamentais para a integridade social (LEVINE, 1989).

A integridade social é um aspecto importante para a prevenção de doenças e a Enfermagem, por meio de sua atuação, pode preservar este princípio. Nesta perspectiva, a violência é considerada um fenômeno social que acarreta consequências e pode resultar em doenças derivadas dos transtornos advindos do ambiente interno.

Os conceitos de historicidade, especificidade e redundância também são escalonados por Levine para uma melhor compreensão de sua teoria. A adaptação do indivíduo advém de seu processo histórico, suas experiências e seu potencial genético o influenciam. As respostas fisiológicas diferenciadas de cada indivíduo são expostas ao desafio individual. Esses fenômenos são considerados como efeito "cascata", do momento da interação ao progresso da resposta. A quantidade de respostas concede ao indivíduo a possibilidade de confrontar sua realidade e buscar seu bem-estar biopsicossocial e espiritual. Tais sistemas são protetores tanto quanto adaptadores do indivíduo.

O organismo reage aos desafios ambientais e essa ação pode ser dividida em quatro comportamentos: luta ou fuga, respostas inflamatórias, respostas de estresse e conhecimento perceptivo (Op.cit).

Nessa lógica, Levine traz a compreensão do cuidado integral ao indivíduo de maneira holística, que deve ser fundamentado no reconhecimento dos ambientes internos e externos de cada indivíduo, onde a Enfermagem não conseguirá compreender de maneira ampla se subtrair esse ser de seu contexto social.

Para Teixeira (2013), a aplicação do modelo de Conservação de Levine possibilita o reconhecimento e análise acerca do cuidado de Enfermagem, embasado no vínculo e confiança, e objetivando a preservação da identidade, autonomia e a integralidade da mulher, almejando a conservação da energia e a recuperação da integridade estrutural, pessoal e social da mulher, fortalecendo-a e capacitando-a para encerrar o ciclo de violência de gênero.



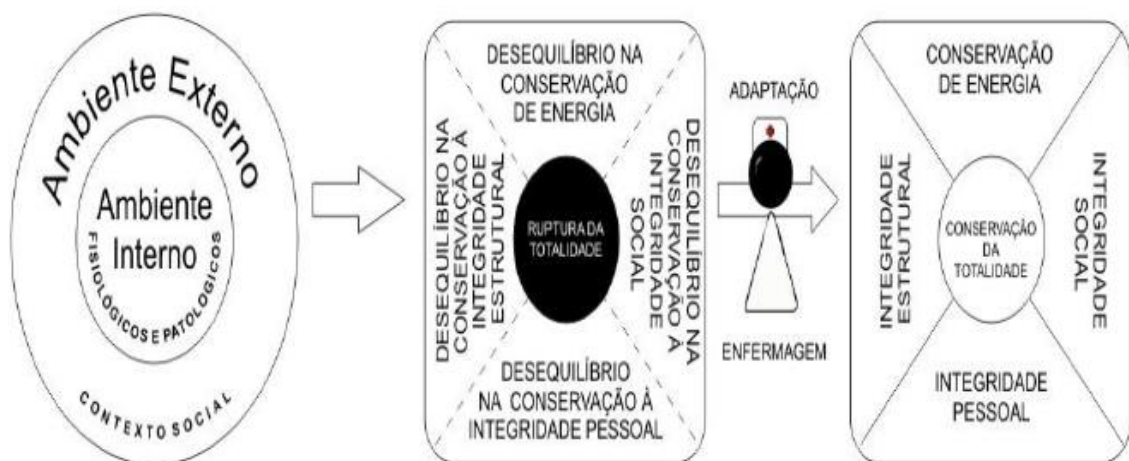
Segundo Netto *et al.* (2018), a Teoria de Levine auxilia no embasamento e delimitação de estratégias de cuidado e promoção à saúde integral das mulheres em situação de violência, sendo promovidas pela enfermeira, levando em conta a conservação da energia e integridades estruturais, pessoais e sociais.

A utilização da Teoria Holística de Levine favoreceu em estudos a implementação dos cuidados de Enfermagem, visando muito além das necessidades físicas do paciente, mas todas as questões que englobam o todo, mantendo sua integridade, oferecendo-lhe suporte e aconselhamento sobre suas demandas, o que possibilita uma aproximação com o paciente e a equipe envolvida (FERREIRA, MACEDO, 2016).

Beleza *et al.* (2013) destacam que a Enfermagem é uma profissão que compartilha, pesquisa e trata dos indivíduos em sua completude de forma integral. Assim, a Teoria de Myra Levine abarca a magnitude da profissão em todo seu alcance, pois sua propensão holística facilita a realização dos cuidados integrais do cliente, orientando na promoção de sua eficiência. Freitas e Coelho (2011), da mesma forma, elencaram a utilização da teoria em suas vivências, onde os pacientes puderam, através dos princípios da conservação, determinar e tomar decisões a respeito dos cuidados e, assim, participaram ativamente do seu processo de cuidado.

Teixeira (2013) elaborou em sua tese um diagrama estrutural (Figura 2) do Modelo de Conservação de Levine que exemplifica de maneira visual e clara a proposta de Levine e fornece sustentação à análise e discussão a seguir:

**Figura 2** - Diagrama conceitual adaptado da Teoria do Modelo da Conservação de Myra Estrin Levine (1989, 1990, 1991)



Fonte: TEIXEIRA, 2013

Teixeira (2013) propôs uma adaptação da Teoria de Levine para os cuidados das mulheres em situação de violência, à luz dos princípios da conservação. A autora nos traz os fundamentos de Enfermagem dentro da visão holística proposta pela teórica. Um cuidado abrangente, realizando a prática das atividades integrativas e complementares já instituídas no SUS, e propõe a integração dos homens também neste cuidado, visando a redução das desigualdades de gênero. Esta foi uma tese inovadora e de vanguarda no mundo, onde visualizou o cuidado de todos os envolvidos nas vivências de violência, como mulheres, homens e profissionais.

Portanto, pode-se entender que Levine compreende o atendimento de Enfermagem como um processo baseado na avaliação, utilização dos princípios de conservação e observação de mudanças comportamentais, onde está centrado em um método científico e promove cuidado integral (LEVINE, 1989, 1990; LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva relata as características de determinada população, fenômeno ou as relações entre variáveis. Demanda do pesquisador um conjunto de informações sobre o que pretende pesquisar. Esse tipo de estudo descreve os fatos e fenômenos de determinada realidade, permitindo um levantamento de características do fenômeno já conhecidas, mas com maior aproximação através de levantamentos ou observações sistemáticas cujo objetivo básico é descrever fenômenos, tentando descobrir a verdade sobre algo (POLIT; BECK, 2019).

A pesquisa exploratória começa com um fenômeno de interesse, examinando a sua natureza, a maneira como ele se manifesta e outros fatores que possam causá-lo (POLIT; BECK, 2019).

Para Zanatta *et al.* (2012), a pesquisa qualitativa progride em situação própria, natural, valiosa em dados descritivos, compreendendo a realidade de forma complexa, contextualizada e não de forma matemática. Para os mesmos autores, "aprender é não se contentar com o que se recebe, mas também é preciso que o material recebido nos conduza a outras veredas".

Esta abordagem nos proporciona uma investigação minuciosa e profunda em determinado assunto, por meio da compreensão de um grupo social, visando desvendar os porquês por meios não quantificáveis. Em um universo em curso, a pesquisa qualitativa requer coerência interna, para a construção metodológica precisa, onde o pesquisador não poderá se desvincular da responsabilidade, pela implicação que esta construção das questões despertará e seus efeitos nas relações humanas (SILVA, 2018; GERHARDT; 2009; MINAYO, 2015).

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em três cenários, que são CEAMs em situação de violência, em municípios distintos localizados no Estado do Rio de Janeiro. Foram escolhidos três

cenários devido a alguns motivos, dentre eles a pandemia, onde não tínhamos ainda naquele momento a certeza da abertura total das instituições e não sabíamos como seria o fluxo de atendimento. Além disso, buscávamos um quantitativo mais expressivo e diverso de participantes, como iremos encontrar mais adiante.

Esses locais são considerados instituições públicas, que fazem parte da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Os CEAMs fazem parte da articulação de rede de atendimento, em especial nas áreas da Saúde, Educação, Segurança Pública e Justiça.

Essas instituições oferecem apoio e orientação às mulheres em situação de violência, com atendimentos gratuitos realizados por assistentes sociais, psicólogos e advogados. O objetivo é orientá-las e fortalecê-las para conseguirem romper com o ciclo de violência.

Todas as unidades realizam atendimentos individuais com escuta qualificada, encaminham as demandas trazidas pelas mulheres e promovem a reflexão sobre a situação vivenciada, direcionando-as para os serviços especializados. Para casos de mulheres em situação de risco iminente de morte, também é realizado o encaminhamento para acolhimento nas Casas Abrigo, além de mobilizar a rede de apoio da mulher.

O cenário denominado “1” trata-se de um CEAM, localizado no centro do município do Rio de Janeiro, que atende em média de 200 a 300 mulheres por mês, de segunda-feira a sexta-feira das 09:00 às 17:00 hs.

O estado do Rio de Janeiro conta com 92 municípios, onde há 34 unidades de Centro de Referências de Atendimento à Mulher. O município do Rio de Janeiro conta com quatro (4) instituições de referência vinculadas à prefeitura. Destaca-se que o município do Rio de Janeiro, situado no sudeste do país, é considerado a segunda maior metrópole do Brasil, logo após a cidade de São Paulo. A população em 2021, segundo o IBGE (2021) está estimada em 6.775.561 habitantes. A prefeitura do Rio de Janeiro, visando a redução de VCM, criou neste ano de 2021 o Projeto Novos Rumos, que tem como objetivo inserir as mulheres em situação de violência doméstica no mercado de trabalho formal (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2021).

O cenário denominado “2” refere-se ao CEAM localizado na cidade de Rio das Ostras, na região da baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro, que realiza cerca de 80 a 90 atendimentos mensais.

A cidade de Rio das Ostras é um município que se estende por 229 Km<sup>2</sup>, e sua população está estimada em 159.529 habitantes, com densidade demográfica de 461,38 habitantes por Km<sup>2</sup>. É considerada uma cidade dormitório para os funcionários das empresas instaladas em

sua Zona Especial de Negócios (ZEN) ou na Capital do Petróleo. Segundo o último Censo realizado em 2010, para cada 100 mulheres, há 97,6 homens, ou seja, 1.277 mulheres a mais que homens. Atualmente, de acordo com dados do site oficial do município, a cidade é composta por 53.469 mulheres e 52.207 homens (PREFEITURA DE RIO DAS OSTRAS, 2021).

O cenário “3” refere-se ao CEAM localizado no município de Macaé, na região norte do estado do Rio de Janeiro. Essa unidade também atende a população feminina das cidades vizinhas que ainda não possuem esse serviço. Atualmente, realizam aproximadamente 200 atendimentos por mês.

O município de Macaé possui uma área total de 1.216 quilômetros quadrados, correspondentes a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. Sua população em 2021 foi estimada em 266.166 pelo IBGE (2021). Com a descoberta do petróleo em 1970 e os investimentos advindos da descoberta, o município passou a ser conhecido como a Capital Nacional do Petróleo, cresceu economicamente e atraiu muitas empresas para a região, incluindo a Petrobrás. Neste cenário, cerca de 10% da população é composta por estrangeiros (PREFEITURA DE MACAÉ, 2021).

É importante destacar que, devido à pandemia de SARS-COV-2 (Coronavírus), as instituições envolvidas afirmaram terem tido um aumento da demanda pelas mulheres.

A escolha desses referidos cenários justifica-se com o propósito de ampliar a população-alvo em diferentes regiões do estado do Rio de Janeiro e pela importância que cada uma dessas instituições possui para as mulheres de suas regiões. A diversidade dos cenários contribui para uma análise mais abrangente e representativa dos casos de violência contra a mulher em diferentes contextos sociais e culturais.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa vinte (20) mulheres em situação de violência doméstica que estavam em acompanhamento nos Centros de Atendimento Especializado à Mulher.

Inicialmente, foram convidadas trinta e quatro (34) mulheres. Dessas, treze (13) recusaram alegando que não tinham interesse em participar. As demais (21) aceitaram participar da pesquisa. Entretanto, uma (01) apresentou instabilidade emocional, encontrando-se chorosa,

com sinais de ansiedade, sendo necessário encaminhá-la para o atendimento multidisciplinar da unidade, o que a impossibilitou de participar da pesquisa.

Portanto, fizeram parte da pesquisa, cinco (05) mulheres que compuseram o cenário “1”; dez (10) o cenário “2”; e cinco (05) o cenário “3”.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: mulheres entre 18 e 60 anos, como preconizado pela política de enfrentamento, que vivenciaram alguma forma de violência doméstica, acompanhadas pelos CEAMs, que estivessem em boas condições físicas e psicológicas e que aceitaram participar de forma voluntária na pesquisa.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as mulheres que estavam em condições de instabilidade emocional.

### 3.6 COLETA DE DADOS

Para a captação da clientela-alvo, a pesquisadora desenvolveu algumas etapas de aproximação visando o vínculo com as mulheres. Primeiramente, estabeleceu-se como estratégia a participação remota em atividades dos CEAMs, tais como reuniões de grupos reflexivos, boas-vindas, palestras e encontros de diálogo entre profissionais e usuárias, que ocorriam com frequência nas unidades.

É importante destacar que, devido à pandemia, o processo de coleta de dados precisou se adaptar à realidade de cada cenário. No cenário 1, por tratar-se de um grande centro urbano, considerando as dificuldades financeiras e os riscos de infecção no deslocamento das mulheres até a instituição, algumas delas foram acompanhadas remotamente pelos profissionais das

instituições, caso desejado. Nessa instituição, as coordenadoras sugeriam algumas mulheres que, em sua visão, poderiam fazer parte da pesquisa por estarem em boas condições emocionais para participar.

A partir desse momento, o primeiro contato foi feito por ligação telefônica para confirmar se a entrevistada atendia aos critérios de inclusão e/ou exclusão. Durante essa ligação, foram apresentados os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa, bem como esclarecidas as dúvidas relacionadas a ela. Após a confirmação de participação e aceite da entrevistada, o dia e a hora da entrevista por videochamada foram agendados.

No dia da entrevista, foi enviado à entrevistada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por WhatsApp, junto com o link da entrevista através da plataforma Google Meet, para acesso à sala virtual. Após receber os links, a entrevistada leu o TCLE em conjunto com o pesquisador, e após sua assinatura, a entrevista foi iniciada.

Todas as participantes foram orientadas a estarem sozinhas ou em um ambiente seguro, garantindo o sigilo e a preservação de suas vidas. As demais participantes (15), que compuseram os cenários 2 e 3, tiveram a coleta presencial. Algumas (04) mulheres foram convidadas nas salas de espera dos respectivos CEAMs para participar da pesquisa. Outras (11) foram indicadas pelas profissionais das instituições por estarem em boas condições emocionais. Todas foram abordadas com diálogo cordial, para que se sentissem à vontade e com o intuito de verificar se atendiam aos critérios de inclusão e/ou exclusão.

Caso aceitassem, as entrevistas eram agendadas para o retorno das mesmas à unidade, seguindo o fluxo de atendimento ou em data de preferência pela mulher. No entanto, se houvesse possibilidade e desejo da mulher, a entrevista poderia ocorrer no mesmo dia. É importante ressaltar que todas as participantes foram entrevistadas apenas uma vez.

Em seguida, os objetivos e procedimentos metodológicos foram apresentados, e as dúvidas relacionadas à pesquisa foram esclarecidas. Após o aceite, as participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A partir desse momento, as mulheres foram encaminhadas a uma sala reservada, com a finalidade de manter a privacidade e o conforto, assegurando sua confiança e receptividade, para que pudessem falar sobre suas vivências sem receios e interrupções. Ressalta-se que a pesquisadora garantiu o sigilo em relação às respostas e anonimato, tratando as informações como confidenciais e utilizando-as apenas para fins acadêmicos. O tempo médio para cada entrevista e gravação foi de aproximadamente 80 minutos.

Cabe destacar que, caso houvesse percepção de alguma forma de instabilidade emocional, tais como choros, nervosismo e/ou ansiedade por parte da mulher, identificada pela pesquisadora a partir das respostas contidas no roteiro de entrevista, os casos eram encaminhados ao serviço social, psicologia e à equipe multidisciplinar, com o objetivo de que fossem atendidas e acompanhadas pelas equipes de apoio das referidas instituições.

Destaca-se que nos cenários 2 e 3, foram seguidas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para garantir a segurança das participantes em função da pandemia. A pesquisadora utilizou máscara cirúrgica, respeitou as medidas de prevenção, como a lavagem das mãos com água e sabão antes e depois do contato com a participante, evitou toques, como apertos de mão, disponibilizou álcool a 70% e máscaras cirúrgicas às entrevistadas, além de manter uma distância mínima de 1,5 metros entre as pesquisadoras e participantes. Mesmo com o afastamento físico, procurou-se manter o ambiente acolhedor para que as mulheres se sentissem à vontade e pudessem compartilhar suas vivências com profundidade.

A coleta de dados foi realizada de março a julho de 2022, pela pesquisadora principal do estudo, uma mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem devidamente treinada pela orientadora, que possui título de doutor em saúde da mulher. Os horários das entrevistas foram agendados de acordo com a disponibilidade das mulheres e da unidade em que ocorreram. O número de participantes foi determinado pelo princípio da saturação de dados, que ocorre quando as respostas das participantes sobre suas experiências já não geram novas informações (POLIT; BECK, 2019).

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista individual, com um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas fechadas e abertas. No primeiro momento, foram abordadas questões fechadas relacionadas às características socioeconômicas, sexuais e reprodutivas. Em seguida, as questões se tornavam abertas para obter informações detalhadas sobre suas vivências e enfrentamento frente à violência doméstica (APÊNDICE B). O uso de perguntas abertas proporcionou liberdade de expressão às entrevistadas e permitiu à pesquisadora introduzir novas perguntas, caso julgasse necessário, com o propósito de melhor esclarecer as questões da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em aparelho digital de voz e imediatamente transcritas, possibilitando a organização dos dados e o registro completo da entrevista. Essas gravações e transcrições serão mantidas em arquivo por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora. Decorrido esse período, os textos serão incinerados, e as gravações serão apagadas. Durante as



entrevistas, o entrevistador também utilizou um diário de campo para anotar situações particulares que o gravador não captaria, como gestos e expressões faciais.

Considera-se que toda pesquisa oferece algum tipo de risco. Nesse estudo, o risco foi associado à possibilidade de proporcionar algum constrangimento ao responder as perguntas ou à tristeza de reviver vivências pessoais, como o sofrimento, a humilhação e a decepção com o agressor.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Obedecendo ao que prevê a Resolução 466 do ano de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos, as Cartas de Anuência foram assinadas pelas instituições (ANEXO A). Além disso, o projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro– UNIRIO, o qual emitiu parecer favorável conforme protocolo CAAE 54265821.5.0000.5285, aprovada sob o número 5.247.600, em 17/02/2022, e ao CEP da prefeitura municipal do Rio de Janeiro, o qual emitiu parecer favorável, conforme CAAE nº 54265821.5.3001.5279, sob o número 5.400.712, em 10/05/2022. Ressalta-se que a coleta de dados somente foi iniciada após o parecer favorável emitido pelos respectivos CEPs (ANEXO C e D).

A pesquisa atendeu aos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da igualdade para com as participantes. Foi assegurado a elas que os dados coletados nos depoimentos seriam utilizados somente para fins científicos e difusão de conhecimentos.

A privacidade e a garantia de total anonimato representaram elementos básicos da interação metodológica, a fim de se obter a confiança e a receptividade de todas as participantes, permitindo que falassem sem receios sobre suas vivências durante a entrevista. Para garantir a preservação da identidade, foi adotado um código alfanumérico: E (Entrevistada), seguido de número conforme a ordem de realização da entrevista (E01 a E20).

Todas as participantes foram esclarecidas de que, em caso de recusa em participar da pesquisa, não haveria prejuízo no acompanhamento nas instituições. Além disso, foram

informadas sobre a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, sem causar danos ou prejuízos à pesquisa ou à mulher.

### 3.8 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados através da análise temática, que compõe uma das técnicas da análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016). O objetivo era descobrir os núcleos de sentidos presentes na comunicação das entrevistadas, que poderiam ser relevantes para o objetivo analítico escolhido.

Para tanto, as narrativas obtidas nas entrevistas foram preservadas em sua forma textual e organizadas de modo a gerar categorias analíticas. A análise por categorias baseou-se na decodificação do texto em diversos elementos, que foram posteriormente classificados, originando agrupamentos. Esses agrupamentos foram constituídos por semelhanças que se fundiram e compuseram as categorias.

A análise temática, uma das técnicas utilizadas, possibilitou a categorização com base em temas identificados em palavras ou frases, que constituem as unidades de registro (BARDIN, 2010). Após a coleta dos dados, o processamento seguiu as etapas propostas pela autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Neste estudo, a inferência estatística foi substituída pela unidade temática.

Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas, permitindo a estruturação das ideias relacionadas aos objetivos da pesquisa. Cada entrevista foi tratada como um texto e recebeu um número, seguindo a ordem cronológica em que ocorreram, para facilitar a organização e a formação das categorias analíticas.

Durante a preparação dos dados brutos, todas as entrevistas transcritas passaram por revisão. Nesse momento, foi necessário aprofundar o entendimento teórico e das falas das participantes, com o intuito de estabelecer as unidades de registro, identificadas como "vivências" e "enfrentamento". Essa fase de análise dos dados é chamada de analítica, seguindo a metodologia de Bardin (2016), e envolve a organização dos dados para tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, também conhecida como leitura flutuante, com o objetivo de identificar o corpus da pesquisa.

A análise por categorias baseou-se na decodificação das entrevistas em diversos elementos, que foram classificados e agrupados. Esses agrupamentos foram construídos com base em semelhanças e compõem as categorias. Essa técnica é conhecida como análise temática, que possibilita a categorização contando com um ou vários temas, formados por palavras ou frases que consistem nas unidades de registro (BARDIN, 2016).

Após esse procedimento, foram elaboradas tabelas no software Microsoft Excel para organizar os agrupamentos temáticos, suas respectivas unidades de registro e temáticas. Esse procedimento foi realizado pela pesquisadora principal, sob a supervisão da orientadora do estudo.

Após a codificação, realizou-se uma releitura do material e identificaram-se quatro (4) agrupamentos temáticos, que foram denominados de eixos temáticos, conforme demonstrado no Quadro 1:

**Quadro 1-** Eixos temáticos

EIXO TEMÁTICO: 1.0 VIVÊNCIAS NO ÂMBITO FAMILIAR
UR: unidade de registro - Violências na infância, Relações familiares, abuso de álcool e drogas ilícitas
<b>Unidades temáticas:</b>
• Assédio sexual pelo namorado da mãe
• Violência sexual na infância por familiar
• Assédio/abuso durante adolescência
• Ameaça aos filhos
• Criada pelos pais para casar-se
• Pai alcoólatra que agredia a mãe
• Ambiente familiar de conflito;
• Histórico de mãe agredida pelo pai/ padrasto;
• Pai do parceiro era violento
• Falta de apoio financeiro aos filhos pós separação
• Irmãos da mulher eram violentos
• Relacionamentos anteriores malsucedidos
• Relacionamentos anteriores bem-sucedidos
• Violência física paterna
• Violência verbal paterna
• Agir como a mãe agia / reprodução de comportamento
• Filhos obrigados a acobertar traições dos pais
• Dedicção exclusiva a ex-parceiro e filhos
• Medo de criar os filhos sem o pai
• Medo da vida pós separação
• Parar os estudos devido gravidez
• Violência verbal do parceiro aos filhos
• Violência psicológica do parceiro aos filhos
• Manipulação dos filhos pelo parceiro contra a mulher
EIXO TEMÁTICO: 2.0 VIVÊNCIAS COM PARCEIRO ÍNTIMO
UR: Dependência econômica e emocional / Formas de VPI / Violência bidirecional/ Parceriassexuais/ Uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas

<b>Unidades temáticas:</b>
• Ameaças durante a gestação
• Humilhação durante a gestação
• Perseguição durante a gestação
• Perseguição
• Abandono
• Ameaças após término
• Estupro
• Presenciar ato sexual parceiro com mulher trans como forma de agressão
• Assédio
• Privação de liberdade
• Roubo de documentos
• Uso de álcool por parte do ex-parceiro
• Relacionamento extraconjugal do parceiro
• Relacionamento extraconjugal pela mulher
• Xingamentos
• Calúnia
• Difamação
• Injúria
• Perseguição
• Empurrões
• Chutes
• Enforcamentos
• Agressões físicas com materiais diversos
• Ameaças
• Parceiro pede para deixar de trabalhar
• Controle do dinheiro da mulher
• Parceiro deixa de falar como a mulher
• Agressões em relacionamentos anteriores
• Isolamento da mulher pelo parceiro
• Sobreposição das formas de VPI
• Histórico de violência física pelo parceiro em relacionamentos anteriores;
• Aceitação da traição do parceiro para se manter no relacionamento;
• Mulher que agredem os homens
<b>EIXO TEMÁTICO: 3.0 REPERCUSSÕES A SAÚDE</b>
Ur: Físicas/ Mentais/ Sexuais/ Reprodutivas
<b>Unidades temáticas:</b>
• Alimentação – comer em excesso ou inapetência
• Desmaio
• Convulsão
• Dormência
• Hipertensão
• Dor no peito
• Emagrecimento
• Vômito
• Cansaço
• Dificuldade de locomoção devido a violência física
• Hiperglicemia
• Falta de autocuidado devido à baixa estima
• Medo
• Depressão
• Pânico
• Choros
• Sentir-se culpada por tudo

• Vontade de suicidar-se
• Tratamento psiquiátrico
• Medo em relacionamentos futuros/atuais
• Falta de motivação para viver
• Pensamentos repetitivos quanto a violência
• Medo do feminicídio – Pensamentos repetitivos da iminência de morte
• Cansaço mental
• Falta de expectativas para o futuro
• Indisposição
• Ouvir vozes
• Estresse
• Sentimento de não pertencimento
• Incredulidade quanto ao processo judicial
• Vergonha da violência vivenciada
• Compulsão pelo trabalho
• Falta de interesse sexual / falta de libido
• Infecções sexualmente transmissíveis
• Não uso do preservativo
• Insistência do parceiro pelo aborto
• Aborto provocado para evitar continuar no relacionamento
• Gravidez não planejada
• Abortos espontâneos
<b>EIXO TEMÁTICO: 04 ENFRENTAMENTO</b>
Ur: Rede de apoio ou falta (primário e secundário) / Espiritualidade / Estratégias / Riscos a filhos e familiares
<b>Unidades temáticas:</b>
• Apoio familiar ao enfrentamento
• Mãe não acreditou em abuso durante a infância e adolescência
• Incredulidade de pessoas próximas frente a sair do relacionamento
• Auxílio financeiro de mãe e irmã
• Desejo de familiares pela não separação
• Não expor a situação à família
• Força / apoio dos filhos para a separação
• Falta de apoio da família
• Amiga auxilia no processo de denúncia
• Família não aceita o relacionamento
• Vizinhos auxiliam na fuga
• Pai auxilia na fuga
• Família apoia o agressor
• Agressões da irmã por estupro de cunhado
• Não revela a violência para ninguém
• Conhecimento familiar sobre a VPI
• Preconceito social
• Não denuncia devido à orientação policial
• Falta de apoio das instituições
• Delegacia como ambiente hostil e constrangedor
• Demora no atendimento na delegacia
• Atendimento Multidisciplinar
• Apoio alimentício de instituições
• Acolhimento institucional
• O enfrentamento com apoio institucional
• Dificuldade de acesso
• Posturas positivas de profissionais que auxiliaram as mulheres
• Desconhecimento das instituições de enfrentamento à violência
• Falta de profissionais na rede de enfrentamento

• Angústia por reviver os momentos ao ir ao CEAM
• Benefício social
• Profissionais da segurança hostis
• Atendimento diferente na delegacia se estiver acompanhada de outro profissional
• Constrangimento ao realizar o exame de corpo delito
• Influência da mídia
• Machismo institucional
• Roda de conversa como fator positivo
• Casa abrigo
• Religiosidade para não enfrentamento
• O não suicídio por medo de Deus
• Gratidão a Deus quando consegue dormir e comer
• Espiritualidade como ferramenta para o enfrentamento
• Afastamento do parceiro
• Venda de equipamentos domésticos / geração de renda
• O arrependimento de não se separado antes
• O silêncio como forma de evitar agressões
• Trabalhar para se libertar do ciclo de violência
• Benefício social como porta de saída do ciclo de violência
• Apoio financeiro dos vizinhos
• Esperança frente ao enfrentamento
• Desejo de não reviver a história de agressão em outros relacionamentos
• Procura por acompanhamento psicológico
• Enfrentar para proteger filhos e familiares

Fonte: Dados da Pesquisa (AUTORA, 2023)

A partir da leitura do Quadro 1, foram identificadas 96 unidades temáticas relacionadas ao eixo temático "vivências" e 53 unidades temáticas relacionadas ao eixo temático "enfrentamento", totalizando 149 unidades temáticas. Com base na elaboração desses eixos temáticos, foi realizada uma nova leitura e as unidades temáticas foram submetidas a uma nova recodificação. Nesta fase, os pontos de convergência encontrados dentro de cada eixo temático deram origem a uma grande categoria analítica, com duas subcategorias.

- Categoria 1 - Enfrentamento da mulher frente a violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine
- Subcategoria 1.1 - As vivências das mulheres frente à violência doméstica: a ruptura da Totalidade;
- Subcategoria 1.2 - Os princípios da conservação de Levine como forma de contribuir para o enfrentamento da violência doméstica.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentaremos os resultados e a discussão da pesquisa sobre o enfrentamento da violência doméstica vivenciada por mulheres acompanhadas nos CEAMs. Iniciaremos com a discussão do perfil sociodemográfico, sexual e reprodutivo das participantes. Em seguida, realizaremos a análise dos resultados, considerando o objeto e os objetivos desta pesquisa à luz dos princípios da conservação de Myra Estrin Levine.

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PARTICIPANTES

Os Quadros 02 e 03, disponíveis nos Apêndices E e F, apresentam o perfil sociodemográfico, histórico sexual e reprodutivo das 20 mulheres entrevistadas que estavam em situação de violência doméstica.

Observou-se que as participantes se encontravam na faixa etária entre 28 e 60 anos. Esse resultado está em consonância com estudos anteriores (ALCÂNTARA *et al.*, 2020), que apontam que a maioria das mulheres que procuram assistência nos Centros de Atendimento à Mulher estão na faixa etária entre 18 e 50 anos. Outra constatação relevante é que o risco de violência doméstica não se modifica à medida que as mulheres envelhecem, ao contrário dos homens, cujo risco de agredir diminui com o envelhecimento (MOREIRA, 2016).

Em relação à raça/etnia, onze mulheres se autodeclararam pardas, cinco brancas e quatro pretas. Ao somar a cor da pele parda e preta, obtemos que 80% das participantes (16) se identificaram como pertencentes a esses grupos. Estudos (BARBOSA *et al.*, 2021; CRENSHAW, 2002; BRASIL, 2022) apontam que mulheres pretas e pardas possuem um risco relativo de feminicídio 1,7 vezes maior do que as brancas. Portanto, a desigualdade racial na violência doméstica é um fator determinante no bem-estar físico, mental e social, afetando especialmente as mulheres pretas. Nesse contexto, é essencial considerar a interseccionalidade na problemática, ou seja, compreender as repercussões estruturais entre os eixos da subordinação, como o racismo e o patriarcado, que afetam de forma discriminatória as minorias, incluindo as mulheres (CRENSHAW, 2002).

Quanto à orientação sexual, a maioria (19) das entrevistadas afirmou ser heterossexual, enquanto uma se identificou como pansexual.

Essas informações destacam a importância de se considerar as especificidades e interseções de gênero, raça e sexualidade no enfrentamento da violência doméstica vivenciada por mulheres nos CEAMs. É fundamental que políticas e ações voltadas para o combate à violência de gênero contemplem essa perspectiva interseccional, a fim de promover uma abordagem mais abrangente e efetiva no enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

A renda mensal familiar das participantes variou entre menos de um (01) e treze (13) salários-mínimos. Dessas, a maioria (11) vivia com um (1) a dois (2) salários-mínimos; quatro (04) com três (3) a cinco (5) salários-mínimos; uma (01) vivia com mais de seis (6) salários-mínimos; uma (01) não quis responder e três (03) sobreviviam com menos de um salário-mínimo. Nove (09) das mulheres recebiam auxílio financeiro do governo, como: Bolsa Brasil (04), Benefício de Prestação Continuada (04) e Bolsa Acadêmica (01). Ressalta-se que esses benefícios auxiliam as mulheres que se encontram dentro da renda até dois salários-mínimos.

Pode-se inferir que o fato de a mulher não trabalhar, possuir baixa renda ou estar impossibilitada de exercer uma função fora do lar favoreça uma situação de subordinação financeira, o que a mantém atrelada ao relacionamento e facilita a dominação do homem sobre ela (RIIT e RIIT, 2020).

Em relação à escolaridade, a maioria (12) delas possuía o ensino médio completo, duas (02) o ensino superior, duas (02) eram pós-graduadas, três (03) ensino fundamental completo e apenas uma (01) delas não possuía o ensino fundamental completo. Esse resultado destaca a visibilidade das mulheres com boa escolaridade acompanhadas pelos CEAMs. O IPEA (2019), no documento intitulado “Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres do Brasil”, alerta que mulheres com mais de nove (9) anos de estudo, que coabitavam com parceiros agressivos, tiveram maiores possibilidades de vivenciar violência do que as com até quatro anos de estudo.

Estudos (BRASIL, 2018; HOLANDA et al. 2018; ZART; SILVANA; SCORTEGAGNA, 2015) que abordam o perfil de mulheres que vivenciam a violência doméstica revelam que a maioria possui baixa escolaridade. Entretanto, esse dado não é congruente com o encontrado em nosso estudo, onde a maioria possui nível de ensino médio e superior.

Quanto à ocupação, sete (07) mulheres exerciam funções informais e estavam inseridas no setor de prestação de serviços, como: diarista, animadora de festa e cabeleireira; sete (07)



exerciam funções de técnica de Enfermagem, professora, funcionária pública e advogada. As demais (06) não possuíam ocupação que gerasse renda. Destaca-se que, embora a maioria das participantes tivesse um bom nível de escolaridade, essa situação não lhes garantiu uma boa ocupação profissional que repercutisse em uma fonte de renda adequada. Nesse sentido, um estudo realizado pelo Instituto Maria da Penha, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (2019), destaca que as condições socioeconômicas das mulheres em situação de violência doméstica apontam que esse problema não afeta somente a saúde pública e os direitos humanos, mas também o contexto econômico e social das mulheres, das famílias e do país.

Ressalta-se que 13% das mulheres inseridas no mercado de trabalho enfrentam algum tipo de violência doméstica, acarretando absenteísmo, queda de produtividade e, dependendo do nível de violência, a retirada da mulher do mercado de trabalho. Portanto, a violência doméstica impacta diretamente nos custos para um país, onde foram gastos cerca de R\$ 214,42 bilhões do Produto Interno Bruto (PIB) ao longo de dez anos (FIEMG, 2019). Sendo assim, podemos entender que a violência contra a mulher é um fator importante na depreciação da capacidade de trabalho feminino e na diminuição do empoderamento feminino advindos do trabalho, acarretando sequelas e impactos na saúde da mulher e na economia do país.

Logo, a baixa condição socioeconômica, assim como a dependência econômica, são fatores de predisposição à violência contra a mulher (DIAS; PRATES; CREMONESE, 2021). Um estudo realizado pelo IPEA (2019) afirma que a dependência econômica da mulher possui dois pontos de discussão. Primeiro, há mulheres que optam por não se separar, pois não possuem renda para se manterem sozinhas. E, segundo, há mulheres que, ao serem inseridas no mercado de trabalho, optam pela separação, mas antes disso aumentam seus riscos de vivenciarem a violência contra a mulher, devido ao afastamento do papel feminino exigido pela cultura machista (CERQUEIRA; MOURA; PASINATO, 2019).

Outro fator de destaque é o surgimento de fenômenos denominados como a feminização da pobreza. Isso deteriora as relações e a qualidade de vida das famílias e populações, implicadas dentro do sistema capitalista patriarcal que impede a ascensão das mulheres no cenário público e privado, enfatizando a desigualdade social que existe entre homens e mulheres (MENEGHEL, 2007; ALVES; SILVEIRA, 2021).

Quanto ao município de moradia, a quantidade de pessoas vivendo numa mesma moradia variou de seis (06) pessoas a uma (01) pessoa da família, e todas residiam no estado do Rio de Janeiro. Do total, dez (10) participantes eram moradoras do município do Rio das Ostras, cinco (05) de Macaé e cinco (05) do município do Rio de Janeiro. Segundo o IPEA

(2021), no estado do Rio de Janeiro ocorreu uma redução de cerca de 43,1% dos casos de feminicídios nos últimos anos. Essa situação coloca o estado entre os cinco estados no país com redução, diferentemente de Alagoas, que obteve alta significativa de 33,6%. Diante disso, podem-se levantar questionamentos sobre subnotificações da violência contra a mulher, especialmente no período da pandemia. No entanto, os dados divulgados pelo Dossiê Mulher (2021) são alarmantes quando comparados com as cerca de 100.000 mulheres que vivenciaram violência doméstica, o que resultou em 78 casos de feminicídios somente no estado do Rio de Janeiro. Isso evidencia altos índices de violência e a realidade da mulher carioca.

No que se refere à religião, a maioria das participantes (16) possui alguma religião. Onze (11) afirmaram ser evangélicas, duas (02) católicas, duas (02) espiritualistas e uma (01) umbandista. Por outro lado, quatro (04) negaram possuir alguma religião, mas afirmaram que acreditam e possuem fé em Deus.

Nesse sentido, Santos (2014) ressalta que muitas mulheres buscam na religião compreender suas vivências, as causas da violência, seus sofrimentos e sua permanência no relacionamento, comparando-o com o sacrifício de Jesus crucificado, dimensionando assim, o conformismo da sua situação. Maia (2017) amplia esse pensamento ao afirmar que as religiões, especialmente a católica e evangélica, reforçam a submissão da mulher ao homem, evidenciando claramente as questões ligadas ao patriarcado e à dominação masculina. Esse fato fortalece a manutenção dos relacionamentos abusivos, onde os questionamentos femininos serão resolvidos através da oração e da passividade.

Quanto à situação conjugal das mulheres, a maioria (17) não convivia mais com os agressores. No entanto, uma (01) ainda continuava casada e duas (02) delas possuíam algum tipo de relacionamento afetivo com o parceiro.

A idade dos parceiros variou entre vinte e sete (27) a cinquenta e oito (58) anos, e seus relacionamentos tiveram duração entre três (03) meses a trinta e quatro (34) anos. Estudos reforçam que o ciclo da violência pode durar anos, pois são muitos os entraves encontrados no percurso, como a falta de apoio, medo do agressor, dependência econômica e emocional, falta de recursos materiais e capacitação dos profissionais nos serviços de atendimento às mulheres (MENEGUEL, p. 45, 2007). Portanto, reforça-se que o início do enfrentamento da situação se inicia quando há o reconhecimento da vivência em situação de violência pela mulher, e esse processo pode durar muitos anos (BARAGATTI *et al.*, 2019).

Quanto ao histórico sexual e reprodutivo das participantes, dezoito (18) delas gestaram e doze (12) são múltíparas, com dois (02) a seis (06) filhos, apresentando uma média de dois

(02) filhos. A maioria (17) não planejou suas gestações, mas todas (18) informaram que realizaram o pré-natal, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, com um mínimo de seis consultas. Uma (01) das participantes não engravidou e outra (01) se recusou a responder as perguntas referentes ao seu perfil sexual e reprodutivo.

Sobre as questões referentes ao aborto, nove (09) afirmaram ter vivenciado a situação, sendo quatro (04) espontâneos e cinco (05) inseguros. Esses últimos episódios variaram entre um (01) e dois (02) abortos. Duas (02) entrevistadas relataram que a decisão foi tomada pelo parceiro. Estudos (SILVA et. al., 2018; BORGES, 2019) corroboram com nossos resultados ao apontar uma forte correlação entre mulheres que vivenciam violência e o aborto. Ressalta-se que o aborto espontâneo e inseguro é uma das graves consequências da violência de gênero vivenciada pelo parceiro íntimo (OMS, 2012; DINIZ *et al.*, 2011). Um estudo realizado em Boston, nos Estados Unidos, por McCloskey (2016), amplia essa discussão ao afirmar que a violência de gênero vivenciada durante a infância e/ou adolescência favorece a decisão da mulher em optar pelo abortamento induzido (SILVA et. al., 2018; BORGES, 2019).

Devemos também considerar que, em nosso país, o aborto inseguro é um procedimento ilegal. Assim, muitas mulheres ao serem entrevistadas negam terem realizado a sua indução, apesar de o terem feito, por medo de serem penalizadas. Essa situação é alarmante, uma vez que esse procedimento compromete a sua saúde reprodutiva e representa a quarta causa de morte materna (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Em relação ao uso de contraceptivos, quatorze (14) mulheres relataram terem feito uso durante seus relacionamentos. Dessas, a maioria (11) referiu a utilização de contraceptivos orais (ACO), seguido por duas (02) que utilizaram o DIU e uma (01) que fez uso de preservativo externo.

Podemos observar que a violência doméstica afeta mulheres de diferentes contextos sociais e econômicos, e acredita-se que, por ser vivenciada no ambiente familiar e residencial, ainda seja pouco discutida e verbalizada pelas mulheres. Nessa caracterização, a maioria das mulheres está na faixa etária entre 28 e 60 anos, são mulheres pretas e pardas, possuem boa escolaridade, mas baixa renda. Elas também têm uma religião, não convivem mais com os agressores e tiveram relacionamentos com duração variando entre três (03) meses a trinta e quatro (34) anos. A maioria utilizou contraceptivos orais (ACO), gestou e é multípara, mas não planejou suas gestações.

## 4.2 CATEGORIA 1 - ENFRENTAMENTO DA MULHER FRENTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO DE LEVINE

Nessa categoria, discute-se o enfrentamento da mulher diante da violência doméstica à luz dos quatro princípios da conservação: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social. A falta de ajuste entre o ambiente externo e interno das mulheres foi causada pelas várias formas de violência vivenciadas ao longo da vida, desde a infância até a vida adulta, resultando na falta de totalidade.

No que diz respeito aos aspectos conceituais do ambiente, de acordo com Levine (1989), pode-se afirmar que o ambiente interno integra os aspectos biológicos e patológicos e está em contínua interação e influência com o ambiente externo. O ambiente externo é definido como o contexto social, onde ocorre a maior interação e vivências (TEIXEIRA, 2013). Assim, o rompimento desses ambientes é capaz de gerar repercussões negativas à saúde, sendo entendido como a “ruptura da totalidade”.

Revisitando a Teoria do Modelo da Conservação (LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991), a totalidade é entendida como a saúde que o indivíduo precisa manter, apesar dos desafios ambientais. Isso significa que os ambientes interno e externo estão em equilíbrio porque há um ajuste entre eles. Portanto, as influências sociais, culturais, econômicas, fisiológicas e patológicas são consideradas dimensões que fazem parte do indivíduo, e quando estão em desarmonia, desencadeiam o desajuste entre os ambientes, propiciando o desenvolvimento de doenças (TEIXEIRA, 2013).

Os resultados do estudo revelaram que as entrevistadas enfrentaram diversas situações de agressões ao longo de suas vidas, não apenas por seus parceiros ou ex-parceiros íntimos, mas também por membros de suas famílias, como mães, pais, padrastos e irmãos, em seu ambiente externo. Esses elementos possivelmente foram registrados em seus sistemas sensoriais e influenciaram a forma como cada uma delas enfrentou a violência de gênero.

Portanto, as entrevistadas vivenciaram a violência doméstica e enfrentaram a situação com base em suas experiências de vida, incluindo suas histórias de infância, adolescência, relacionamentos familiares e amorosos.

Essas diversas situações vivenciadas pelas entrevistadas são elementos que induzem à discussão e decisão sobre os modos de enfrentar a violência. O fenômeno é considerado um problema complexo, envolvendo vários fatores associados que influenciam diretamente na

saúde das mulheres. Esses fatores serão analisados na primeira subcategoria à luz dos princípios da conservação.

A segunda subcategoria abordará a aplicabilidade dos princípios da conservação no enfrentamento das mulheres em busca de auxílio para romper o ciclo da violência. Serão considerados os elementos do ambiente externo e todas as dificuldades enfrentadas por elas para romper as questões sociais, culturais e econômicas que estão envolvidas em relacionamentos conflituosos.

Assim, os quatro pilares dos princípios da conservação serão abordados nesta categoria, com o objetivo de subsidiar a discussão sobre o cuidado de Enfermagem necessário para as mulheres em situação de violência de gênero, visando recuperar sua totalidade, que foi perdida ao longo da vida.

#### 4.2.1 Subcategoria 1.1 - As Mulheres frente à violência doméstica: a ruptura da totalidade

Essa subcategoria explora a ruptura da totalidade das mulheres, destacando que o ambiente externo conflituoso ao longo de suas vidas, especialmente com o parceiro ou ex-parceiro, resultou em um desequilíbrio no ambiente interno, causando prejuízos à saúde física, sexual, reprodutiva e mental. A falta de ajuste entre esses dois ambientes representa um desafio que pode ter consequências negativas para a saúde (LEVINE, 1989).

Os resultados do estudo evidenciaram que a ruptura da totalidade das participantes ocorreu devido ao controle sobre seus corpos, inserido no contexto da violência doméstica, o que gerou um ambiente externo cruel e impiedoso. Esse fator foi responsável pelo desequilíbrio no ambiente interno, levando ao aparecimento de alterações fisiológicas que prejudicaram a saúde. Essas alterações foram expressas por meio de sinais e sintomas, como distúrbios alimentares, alteração no peso corporal, distúrbios gastrointestinais, hipertensão arterial, hiperglicemia, baixa autoestima, depressão, falta de libido, cefaleia e dores físicas, entre outros. Essas situações comprovaram a ruptura da totalidade, ou seja, tiveram um impacto negativo sobre o estado de saúde das mulheres.

#### *4.2.1.1 A violência de gênero como causador de desequilíbrio na conservação de energia: a ruptura da totalidade*

A conservação visa assegurar a capacidade do indivíduo de enfrentar mudanças e adversidades, mantendo sua vitalidade e, conseqüentemente, a totalidade, preservando o organismo de um gasto desnecessário de energia ao enfrentá-las (LEVINE, 1989). Esse propósito busca manter a saúde do indivíduo por meio do equilíbrio entre o ganho e a perda de energia (TEIXEIRA, 2013).

Levine (1989) explica que a energia pode ser identificável, mensurável e controlável. A temperatura corporal, o peso, as instabilidades biológicas, como respiração e frequência cardíaca, são elementos importantes nessa avaliação (TEIXEIRA, 2013).

Conservar a energia implica na capacidade do indivíduo de encontrar maneiras de sustentar sua energia, ânimo e vigor, apesar dos obstáculos, evitando desperdício ao enfrentar as adversidades da vida e preservando sua totalidade, buscando equilíbrio entre o ganho e a perda de energia (LEVINE, 1989).

Os resultados do estudo revelaram que todas as 20 mulheres participantes vivenciaram alguma forma de violência de gênero desde a infância e/ou adolescência, ou presenciaram a violência entre seus pais nessa fase da vida. Isso indica que elas não foram protegidas por familiares que deveriam fazê-lo, revelando um ambiente externo hostil, como pode ser observado nas falas a seguir:

Meu pai batia na minha mãe, tínhamos que nos trancar no quarto. Ele batia tanto e eu não entendia o porquê. Batia a cabeça dela na parede, quebrava tudo dentro de casa e ela vivia roxa (E01).

Fui morar com a minha irmã. E o marido dela me usou [estuprou] com 13 anos. Ela já me perdoou, mas o marido dela me usou, mas na época ela não acreditou em mim (E11).

O meu tio que morava no mesmo quintal que o meu, tirava a roupa, se masturbava e ficava me olhando e me chamando. (E16).

O meu padrasto era uma pessoa bastante agressiva verbalmente, mas não chegava a uma agressão física. (E18).

As expressões apresentadas evidenciam que as participantes vivenciaram a violência perpetrada por padrastos, tios e namorados de suas mães. A violência intrafamiliar fez parte de suas vidas, onde prevalecia o poder do mais forte sobre o mais fraco. Essa dinâmica de dominação e submissão contribui para que a violência contra crianças e adolescentes se estabeleça de forma silenciosa dentro das famílias e da sociedade (ABRASCO, 2019).

Essa relação de violência pode ocorrer entre pais, filhos, homens e mulheres, em diversas combinações de parentesco e idades. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) conceitua a violência intrafamiliar como um fenômeno presente em todas as classes sociais e a define como "toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família".

É importante ressaltar que a família exerce uma função socializadora, sendo o ambiente onde a criança vivencia situações de aprendizagem e é introduzida gradualmente na vida em grupo. Essa experiência possibilita a internalização de regras e normas familiares, preparando a criança para sua inserção segura e equilibrada na sociedade (TEIXEIRA, 2013). Entretanto, para as participantes que vivenciaram diversas formas de violência de gênero em sua infância e/ou adolescência, essas experiências negativas foram registradas em seu sistema sensorial, influenciando suas vidas como um modelo a ser seguido de forma natural e perpetuado, caracterizando o fenômeno da transgeracionalidade da violência (BRUM *et al.*, 2021).

Olho hoje e vejo que eu repeti o que minha mãe fez a vida toda, até meu pai morrer, eu fiquei quieta o máximo que pude, não pensava que podia ter outro tipo de relacionamento. (E13).

Eu via meu pai batendo na minha mãe, meu irmão agredindo a esposa, não pensava que poderia ser diferente. (E18).

Para mim era normal, ele uma hora estava irritado e na outra podia me tratar bem. Ele me batia, mas me tratava bem. Ele era um lorde, um príncipe e ninguém diria que ele me batia [...]. Sempre vivi isso na minha infância, dentro da minha casa. (E02).

As falas apresentadas confirmam a vivência da violência entre os pais das participantes. Um estudo realizado por Sant'anna e Penso (2017) também corrobora esses resultados ao revelar que os casais vivenciaram padrões violentos em suas famílias de origem, reforçados pelo modelo patriarcal, e que essas vivências interferiram no relacionamento do casal, tanto nos papéis estereotipados de homem e mulher quanto na forma de negociação de conflitos conjugais. Brum *et al.* (2021) acrescentam em seu estudo que a transgeracionalidade da violência contra a mulher favorece o ciclo de violência, ou seja, mulheres que vivenciaram ou presenciaram violência entre os pais tendem a manter os ciclos de violência no relacionamento conjugal por mais tempo.

Levine (1989) alerta que tudo o que o ser humano vivencia em seu mundo externo ele capta e introjeta, podendo levar a experiência vivenciada para a vida futura e integrá-la ao seu conhecimento de um ambiente perceptivo.

Os resultados também revelaram que o ambiente externo das participantes (20) permaneceu agressivo e prejudicial durante o relacionamento com seus parceiros íntimos, como expresso nas falas a seguir. Todo o sofrimento de uma vida de agressões e submissões causou tristeza, decepção e dores físicas, ou seja, deixou marcas físicas e emocionais que abalaram o ambiente interno das mulheres, resultando na ruptura de totalidade. Isso significa que houve repercussões negativas em sua saúde. É importante destacar que as participantes estão se recuperando de um processo longo e doloroso, no qual os traumas e feridas causados ao longo da vida estão marcados em seus corpos.

No que tange aos parâmetros de desequilíbrio na conservação de energia, refletidos pelo corpo, podemos afirmar que todas as 20 participantes os tiveram, como produto do estresse da violência de gênero vivenciada no ambiente externo.

Os resultados apontaram que doze (12) mulheres apresentaram distúrbios alimentares, de acordo com as falas das participantes:

Então isso oscila muito entre não comer nada ou disparar de comer. Agora eu estou bem mal, então eu agora eu estou sem comer mesmo eu não sinto fome, eu estou nessa fase. (E01).

Não comia, ainda não como [...] (E03).



Eu emagreci muito no início e depois por uma questão de ansiedade voltei a comer muito. (E15).

Essas mesmas participantes também apresentaram como consequência dos distúrbios alimentares, alterações do peso corporal, conforme as falas a seguir:

Eu emagreci, meu peso, geralmente era 50 quilos. Eu fui para 42 kg. Emagreci muito. (E03).

Eu emagreci muito, eu era mais forte. Só que a preocupação e o estresse fizeram com que eu emagrecesse demais. (E10).

Eu estou engordando sem parar, quando eu vejo estou comendo mesmo sem fome (E08).

Essas falas expressam que as diversas situações vivenciadas ficaram registradas em seus corpos por meio de mudanças corporais. O estresse vivenciado fez com que as participantes não tivessem apetite ou comessem demais. Um estudo realizado por Bandeira (2020) aponta que o ato de comer em excesso está associado a questões emocionais e pode servir como uma estratégia de apaziguamento dos estados psicológicos, tornando-se uma forma de enfrentamento em situações de violência doméstica.

Estudos internacionais (ADHIKARI *et al.*, 2020; FERDOS; RAHMAN, 2018; DAVIES *et al.*, 2016) corroboram nossos achados ao revelar que mulheres expostas a VPI (Violência por Parceiro Íntimo) tendem a apresentar baixo peso, sobrepeso, obesidade ou anemia, em comparação a mulheres nunca expostas à VPI.

Foi observado que nove (9) mulheres apresentaram distúrbios gastrointestinais:

Eu ficava muitas vezes sem comer, vomitava muito, tanto que desmaiava. (E04).

Tive muita prisão de ventre, e fiquei muito nervosa o tempo todo, com muito medo, muito medo, medo de dormir. (E02).

Eu tenho gastrite, quando fico nervosa eu vomito muito. (E10).

As falas revelam que elas apresentaram vômitos, diarreia e prisão de ventre. Estudos corroboram com nossos achados ao afirmar que mulheres que vivenciaram a violência de gênero estão mais expostas a distúrbios gastrointestinais (OPAS, 2020; LEITE *et al.*, 2018). Outro estudo realizado por Coronel e Silva (2018) também correlacionou a constipação intestinal com a violência doméstica.

Ressalta-se que oito (08) participantes que exerciam funções fora do lar ainda tinham que lidar com afazeres domésticos quando retornavam para suas casas. Essa situação abrange as atividades maternas e a dedicação ao lar, que não são vistas como uma profissão remunerada e, sim, são desvalorizadas socialmente (SILVA, 2015). Dados do IBGE (2020) evidenciam que mulheres dedicam em média 18,5 horas semanais a tarefas domésticas e cuidados com a família, enquanto homens nas mesmas atividades dedicam apenas 10,3 horas semanais. Um estudo realizado por Montenegro (2018) constatou que 37,5% das mulheres que trabalham fora do lar conciliam as tarefas de cuidado e trabalho, o que afeta as condições físicas e emocionais no processo de cuidado. A sobrecarga vinculada à tarefa de cuidar é impactada pela desigualdade de gênero, na qual a mulher é a maior prejudicada, pois, no senso comum, ela é vista como a responsável por cuidar da família.

Eu sempre me cuidei e vou voltar me cuidar de novo, mas devido o cansaço, ter que correr atrás de tudo me deixa morta, não consigo fazer nada. To muito cansada” (E02).

Cuidar sozinha dos meus filhos e trabalhar como auxiliar de limpeza me deixa muito cansada no dia a dia. (E11).

Eu estou sem energia para nada. Estou cansada, faço o básico para sobreviver, tomo banho porque preciso tomar. Exausta. (E20).

Essas expressões revelam o cansaço e o desânimo das participantes, agravados pela vivência da violência de gênero, o que leva a uma maior perda de energia devido ao medo e estresse existente em seu ambiente externo. Mulheres que possuem o papel social de protetoras

e responsáveis pelos cuidados dos filhos e da casa têm maiores chances de sofrer danos à saúde emocional e física (STEEN; FRANCISCO, 2019).

O padrão de sono também foi outro parâmetro que apresentou alteração nas participantes, pois todas (20) as mulheres afirmaram não ter um sono tranquilo e reparador.

Eu até tenho sono, mas eu não consigo dormir. Meu sono é um sono muito perturbador. Quando eu pego [sono] eu começo a chorar muito, muito e eu tenho muitos pesadelos, eu sonho muito, mas nunca sei o que eu sonhei. (E04).

Fico noite e dia sem dormir, não consigo relaxar, sinto como se ele fosse entrar na minha casa a qualquer hora. (E11).

Essas expressões revelam que as vivências agressivas vivenciadas repercutiram no padrão de sono das participantes. Um estudo realizado por Leite *et al.* (2022) com mulheres que vivenciaram VCM mostrou que 69,1% delas relataram ter padrões inadequados de sono, com insônia e agitação como principais características.

No dia a dia, o sono é um fator importante para a conservação de energia para os afazeres cotidianos e atividades básicas. A falta de ânimo e o cansaço resultantes da falta de um sono reparador afetam a capacidade das mulheres de desempenharem suas funções habituais e tarefas simples, como podemos verificar nas falas abaixo:

Tomar banho, me alimentar, escovar os dentes eu faço porque tenho que fazer por causa da cobrança dos meus filhos. Eu me sinto exausta, cansada. Eu não tenho vontade de nada. (E04).

Me sinto muito cansada, mesmo que eu não faça nada [...] uma fadiga muito grande. (E14).

Essas falas evidenciam que o cansaço e o desânimo das mulheres são reflexos das agressões vivenciadas, representando a perda de energia gasta com as situações adversas. De acordo com Levine (1989), o balanço energético favorável depende de descanso suficiente,

ingestão adequada de nutrientes e boa oxigenação para desempenhar funções nas atividades cotidianas, como se deslocar, trabalhar, cuidar de si e do próximo.

A hipertensão arterial (HAS) foi relatada por sete (07) participantes, como podemos perceber nos relatos abaixo:

Eu estava com pressão alta, eu pensei estar tendo AVC, porque tinha pressão no olho, na cabeça e eu não conseguia me mexer, minha boca estava ficando torta e só assim ele me levou ao hospital. (E02).

Quase morri mesmo. Minha pressão subiu tanto que eu quase morri. (E03).

A minha pressão alterou muito. Pressão alta. Mas tudo emocional, se eu ficasse muito agitada/nervosa a minha pressão subia (E06).

Estudos afirmam que mulheres que vivenciam a violência de gênero têm maiores chances de desenvolver hipertensão arterial sistêmica (HAS) (OMS, 2002). A HAS é considerada uma causa importante de óbito no Brasil, onde as mulheres têm duas vezes mais riscos de morte do que os homens (COELHO et. al., 2019).

Outro relato importante para este estudo, considerando as singularidades de cada uma das participantes, foi o relato de uma (01) delas que apresentava hiperglicemia sempre que discutia com o ex-parceiro, especialmente quando ele chegava em casa alcoolizado. Essa situação a levava a buscar frequentemente unidades de emergência, pois sua glicemia não reduzia, como podemos ver em seu relato abaixo:

Já fui muitas vezes pro os [pronto socorro], minha diabetes não baixa quanto estou nervosa. Ele chegava em casa bêbado e me enchia o saco. (E03).

Essa fala expressa um sinal claro de alteração metabólica decorrente do estresse vivenciado pela violência de gênero. O estudo de Fernandes (2017) reforça que o sofrimento e as dores físicas e emocionais contidas em um ambiente violento podem também afetar a glicemia.

Considera-se, portanto, a difícil abordagem da violência de gênero pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde nas unidades de saúde, uma vez que a prática clínica predominante, limitada à queixa e conduta, não é suficiente para lidar com a magnitude e as repercussões à saúde da mulher (TEIXEIRA, 2015). Isso significa que os profissionais devem estar atentos aos sinais e sintomas expressados pelas mulheres e conscientes dos elementos de seu ambiente externo.

Reforça-se, assim, a importância da capacitação e do treinamento dos profissionais de saúde na detecção de casos de violência, considerando que perguntas feitas às mulheres de forma respeitosa e baseada em um diálogo construtivo podem beneficiá-las e ajudá-las a enfrentar melhor a violência de gênero. Para isso, é necessário que os profissionais reconheçam que a violência doméstica é um fenômeno multifacetado que traz repercussões negativas para a saúde da mulher.

Nos estudos de Levine (1989, 1990) e de Levine, Schaefer e Pond (1991), os enfermeiros devem atuar com a finalidade de manter ou promover o equilíbrio energético dos indivíduos. Por fim, as diversas situações de violência vivenciadas pelas mulheres fizeram com que elas tivessem um gasto maior de energia. Portanto, deve-se considerar que alguns elementos, como aspectos nutricionais e metabólicos, o peso, a pressão arterial, o sono, o repouso e o estresse resultante de todo o seu ambiente externo, comprometeram a saúde das participantes e podem ser considerados como fatores que propiciaram o desequilíbrio da conservação de energia, configurando a ruptura da totalidade da mulher.

#### *4.2.1.2 A violência de gênero como causa do desequilíbrio à conservação da integridade estrutural: a ruptura da totalidade*

A integridade, de acordo com Levine (1989), significa que o indivíduo precisa conservar sua energia, mas também estar no controle de sua própria vida, ou seja, livre para fazer suas escolhas, enfrentar seus problemas e, assim, alcançar a totalidade. Entretanto, essa não é a realidade das nossas participantes, que vivenciam situações de violência e têm sua liberdade restringida, fato que reflete negativamente em sua integridade e favorece a ruptura em sua totalidade.

A conservação da integridade estrutural revela a habilidade do organismo em prover a sua totalidade, assim como a superação das lesões físicas e emocionais e a restauração da função de cura. Essa habilidade representa a capacidade do corpo humano e emocional de adaptar-se (LEVINE, 1989 apud TEIXEIRA, 2013).

Segundo os Princípios da Conservação, a integridade estrutural está relacionada ao processo de cura por meio das experiências vivenciadas ao longo da vida, incluindo feridas visíveis e/ou invisíveis (LEVINE, 1989). As feridas invisíveis, vinculadas ao campo emocional, estão intimamente ligadas à subjetividade da mulher, e podem ser descritas como lesões ou feridas que não são visíveis aos olhos, mas que podem ser captadas pela sensibilidade dos profissionais de saúde, através de queixas de dores físicas ou pela manifestação de sintomas clínicos, como sudorese intensa, náuseas, vômitos, cefaleia, entre outros (TEIXEIRA, 2013).

As diversas formas de violência de gênero que as mulheres vivenciaram, tais como violência física (20), psicológica (20), sexual (16), moral (20) e patrimonial (20), favoreceram o surgimento de lesões físicas ou emocionais, conforme expressado a seguir:

Ele me deu tipo uma 'mata leão', se pendurou em mim e eu caí. Ele quebrou minha perna em mais de dois lugares. Desde então eu não consigo andar direito. (E19).

Eu me sentia usada. Se eu fosse no mercado e voltasse para casa, ele enfiava os dedos na minha vagina para ver se estava com outros homens. (E 15).

Me seguiu no ônibus muitas vezes. Eu tinha que mudar o percurso sempre, pois eu tinha medo do que ele podia fazer comigo. (E16).

Ele roubou meus documentos. Roubou porque achava que com eles eu não podia denunciar. (E02).

Essas falas expressam as diversas formas de violência de gênero vivenciadas pelas participantes no ambiente externo. Esse ambiente, onde imperam o medo, a tristeza e as diversas feridas físicas, pode ser um terreno fértil para o desenvolvimento de várias doenças. Muitas vezes, essas manifestações são externadas por meio de sinais e sintomas que podem ser percebidos através de uma abordagem sensível e cuidadosa por parte dos enfermeiros.

Portanto, todas as lesões físicas, como hematomas, fraturas e arranhões, marcam o corpo e o emocional de cada uma dessas mulheres. Os resultados revelaram que todas as 20 participantes vivenciaram a violência física, como podemos notar nas falas a seguir:

Ele me chutou e quebrou minhas costelas, eu fiquei sem ar na hora, puxou meus cabelos, me deu soco na cara... são tantas coisas que não consigo lembrar de tudo. (E02).

Quando ele me pegou por trás, me enforcou, quase desmaiei sem ar e fiz xixi nas calças, depois cai desmaiada e demorei para acordar. (E16).

Ele me queimou com a panela de pressão, ainda bem que eu consegui fugir. (E07).

Esses depoimentos revelam que as lesões físicas foram expressas como socos, chutes, queimaduras, esganaduras, puxões de cabelo, entre outras formas de agressões.

O IPEA (2019) corrobora com nossos achados ao afirmar que, em relação aos casos de violência não letais no Brasil, 42,7% dos casos eram de mulheres que foram agredidas fisicamente, sendo que 56% delas eram pretas e pardas. Vale ressaltar que a violência física contra a mulher é uma das formas de violência doméstica e familiar e envolve preconceitos estruturais da sociedade, comportamentos sexistas e culpabilização da vítima.

A violência sexual foi relatada por dezesseis (16) participantes, perpetrada por seus parceiros ou ex-parceiros, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que a gente permite ser abusada todas as vezes que você vai para a cama com alguém que você não quer ter uma relação sexual e eu já fui muitas vezes. (E18).

Sabe o que é você ir para cama e não sentir nada? Só para satisfazer. Por medo, também eu ia. (E03).

Eu convulsionei, desmaiei e acordei com ele em cima de mim, ele me estuprou enquanto eu passava mal... toda machucada por dentro. (E02).

Eu era obrigada a transar com ele. Ele me obrigava tanto que eu tinha vontade de pegar um vidro de álcool e atear fogo em mim, não nele. Porque eu fui muito abusada e me sentia suja demais. (E14).

Essas expressões deixam claro que não existia prazer em ter relações sexuais com os parceiros, compreendendo o estupro marital, que ocorre quando uma pessoa dentro de um relacionamento se utiliza de meios violentos, coação e intimidação para sua satisfação sexual, sem o consentimento de uma das partes. Nesse sentido, essa forma de violência, considerada sexual, é definida por qualquer ato que imponha a relação sexual contra a vontade própria, envolvendo práticas sexuais sem consentimento, através da força física, ameaça, intimidação, além do impedimento do uso de contraceptivos, entre outros (BRASIL, 2006).

Destaca-se que essa atitude masculina também se configura como crime, conforme o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM, 2016). Para Andrade (2018), o estupro está enraizado no imaginário da sociedade e segue o estereótipo de que só ocorre com mulheres honestas e homens negros, estereótipos estes inseridos no contexto patriarcal e racista e que reforçam a dicotomia da modernidade, que nega a humanidade feminina e a voz das mulheres, que ainda são vistas como objetos.

Dentre as participantes, essa forma de violência ocorreu durante a infância em seis (06) mulheres e durante a adolescência em oito (08) delas, sendo que cinco (05) participantes sofreram ao longo dos dois períodos de vida.

Quando eu fui morar com essa tia, o marido dela tentou abusar de mim e aí eu resolvi me casar com a pessoa que eu estava namorando a seis meses para me livrar daquele ambiente e depois vivi essa violência com meu companheiro. (E20).

Eu lembro do dia que meu primo me estuprou, me ameaçou para não contar pra minha tia... tirou a minha roupa me lambeu, eu pedia para parar, mas quanto mais eu pedia e chorava mais ele fazia coisas que eu não queria. (E02).

O namorado da minha mãe estava dentro do carro e passou a mão nas minhas partes íntimas e disse que era carinho e que só ele podia fazer essas coisas. (E01).



Essas falas evidenciam que a violência sexual foi perpetrada por seus cunhados, primos e padrasto, usando manipulação, coação e intimidações. Estudos (MENEZES *et al.*, 2020; CASTRO, MORETO, PEREIRA, 2020; BRASIL, 2015) alertam que mulheres que vivenciam a violência sexual têm maiores chances de sofrerem consequências negativas, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), abortos inseguros, partos prematuros, disfunções sexuais, entre outros.

Nessa perspectiva, os resultados revelaram que sete (07) participantes fizeram tratamento de ISTs durante o relacionamento com os parceiros. As infecções citadas foram: clamídia (02 participantes), HPV (01 participante), herpes (01 participante), sífilis (02 participantes), gonorreia (01 participante). Dessas, cinco (05) participantes tiveram duas infecções de forma simultânea.

Eu tive gonorreia e sífilis. Fiquei arrasada, sabia que ele tinha me passado. Fiquei muito mal de saúde. (E13).

Eu quando eu estava em relacionamento com ele, era muito rotineiro eu ter corrimentos, infecções e assim que acabou o relacionamento eu não sofri mais com isso. (E17).

Eu tinha muita candidíase. Tomava o remédio e ele nunca quis se tratar. Vivia e mexia eu estava com um corrimento. (E12).

As falas evidenciam o comprometimento da saúde sexual das participantes. O estudo realizado por Reis e Chiacchio (2020) mostrou que mulheres em situação de violência diferem daquelas que não vivenciaram violência em relação ao comportamento de busca aos serviços de saúde. Mulheres expostas a violência doméstica tendem a não procurar tratamento ou abandoná-lo antes do fim, o que pode acarretar riscos de coinfeção com outras ISTs e complicações à saúde.

É importante destacar a dificuldade de identificar as situações de violência sexual em relacionamentos conjugais. Portanto, é fundamental que os enfermeiros acolham e tratem as mulheres de forma respeitosa e digna, buscando compreender as questões subjetivas envolvidas nos relacionamentos delas. O sexo vaginal forçado em relacionamentos estáveis muitas vezes

não é percebido pelas mulheres como violência ou opressão, parecendo-lhes natural dentro de uma relação matrimonial (TEIXEIRA, 2013).

Supõe-se que as mulheres que vivenciaram várias formas de violência, incluindo a sexual, em suas infâncias ou adolescências, tenham internalizado essas experiências negativas de seu ambiente externo por meio de seu sistema sensorial (LEVINE, 1989). Isso pode fazer com que a violência sexual seja vista por elas como algo natural, mesmo que tenha repercussões maléficas em sua saúde e na forma como enfrentam a violência.

Levine (1989) reforça que a avaliação realizada pelo enfermeiro em relação à integridade estrutural de um indivíduo não deve ignorar a influência de suas experiências passadas, pois essas vivências podem ter impacto em sua condição atual e ser a causa das feridas marcadas em seu corpo e mente (invisíveis). Estudo realizado por Souza e Silva (2019) levanta as dificuldades de identificação e enfrentamento da violência sexual em mulheres que estão em um relacionamento estável, uma vez que culturalmente é implícito que é obrigação da mulher ter relações sexuais com seus parceiros.

Quanto ao consumo de drogas lícitas e ilícitas pelas participantes, doze (12) relataram não utilizarem nenhum tipo de droga. As demais, oito (08) delas afirmaram fazer uso do álcool de forma social, e uma (01) delas é tabagista. As drogas ilícitas não foram relatadas pelas participantes. No entanto, ao serem questionadas sobre os parceiros, sete (7) participantes afirmaram que eles faziam uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, conforme expresso nas falas a seguir:

Quando ele estava bêbado as coisas pioravam, ele me batia, batia nas crianças, tacava tudo na parede, quebrava o que via pela frente. (E09)

Ele me levava junto para comprar as drogas dele. Ele me fazia esconder dentro da calcinha ou no sutiã. Ele drogado virava um monstro! Me estuprava, me batia... [choro]. (E17)

Era o álcool entrar e o juízo ir embora. Ele ficava com outras mulheres na minha frente e depois usava a bebida de desculpa. Eu via os pinos de cocaína também espalhados no quintal, mas ele sempre negou, mas hoje não acredito mais nele. (E20)

Essas expressões evidenciam que as entrevistadas percebem o aumento da intensidade da violência quando seus ex-parceiros fazem uso de álcool e/ou drogas ilícitas. Essa situação contribui para prejudicar a saúde da mulher, pois, para protegerem a si próprias e seus filhos menores, acabam por aceitar a situação violenta. Estudo de Santos (2020) corrobora nossos achados ao revelar que mais de 70% dos homens agressores relataram ter feito uso de bebida alcoólica antes da agressão ou estarem sob o efeito de drogas ilícitas.

Os resultados também evidenciaram que as participantes se queixaram de distúrbios sexuais, como falta de libido e dispareunia, que foram relatados por quatorze (14) das participantes, conforme as falas a seguir:

Eu não sentia mais desejo nele, não ficava molhada, não tinha vontade de fazer nada com ele, nem beijo na boca. (E11)

Toda vez que a gente fazia sexo eu sentia dor, não tinha prazer em estar com ele, mas ia por medo e por obrigação. (E07)

Eu não sinto vontade de me relacionar com ninguém, ainda não sinto vontade de fazer sexo, parece que estou morta por dentro. (E09)

Essas narrativas revelam que as repercussões negativas na saúde sexual não se limitaram apenas às ISTs. Pesquisa realizada na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) apontou que 22% das mulheres participantes que tinham vivenciado alguma forma de violência de gênero na infância ou na idade adulta apresentavam disfunções sexuais, como ausência de libido, dispareunia e anorgasmia (GREPI, 2021).

Além disso, uma (1) participante afirmou ser obrigada a fazer uso do anticoncepcional oral (ACO) pelo ex-parceiro para não engravidar. Essa situação foi percebida pela própria mulher como uma forma de ser controlada. Esse tipo de coerção reforça a dinâmica de poder desigual nas relações e demonstra como a violência de gênero pode se manifestar de diversas maneiras, inclusive afetando as escolhas reprodutivas das mulheres.

Ele queria me ver tomando o remédio, comprava o remédio e controlava muito se eu estava tomando ou não, dizia que não queria filho preto como eu. (E17)

A impossibilidade por parte da mulher em negociar o sexo com o uso do preservativo, com a finalidade de impedir a gravidez indesejada ou de contrair uma infecção sexualmente transmissível, é vista também como uma agressão à saúde sexual e reprodutiva. Essa situação foi relatada por três (03) participantes.

Eu não queria mais engravidar, já tínhamos filhos, eu pedia e ele dizia que eu estava desconfiando dele e assim eu me sentia como errada. (E07)

Eu tinha medo de pegar alguma doença. Pedi para ele usar camisinha, mas ele nunca aceitou. (E19)

Essas expressões evidenciam que a prática do uso do preservativo não é uma atitude fácil, e sua utilização não é simples para as mulheres, em geral, tendo em vista que a sua negociação está fortemente ancorada nas questões de gênero. No caso de uma mulher que possuir um relacionamento violento, propor ao parceiro o seu uso, colocaria em dúvida a sua fidelidade, o que possibilitaria uma nova exposição às agressões.

Ele sempre achou que eu tivesse outra pessoa fora de casa. Eu podia falar o que quisesse que ele não acreditava. Nunca trai, mas ele sempre achou e me acusava sempre de não ser digna. (E13).

Ficava falando que eu tinha macho fora de casa, que se eu não tivesse eu não iria querer usar camisinha. (E19)

Essas ações são definidas na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2016) como violência sexual, o que evidencia que essas mulheres são privadas da liberdade para fazerem suas próprias escolhas na vida e na saúde, causando sérios abalos na conservação da integridade estrutural.

Os resultados revelaram que as agressões também tiveram impacto negativo na saúde reprodutiva das participantes, evidenciado pelos relatos de abortamentos. Nove (09) participantes relataram ter vivenciado abortos. Dentre elas, cinco (05) afirmaram ter sido induzidas e quatro (04) tiveram abortos espontâneos. É importante ressaltar que oito (08) participantes relacionaram esses abortos ao ambiente externo de violência onde viviam, como poderemos notar nos relatos a seguir:

Eu fiz consciente e não me arrependo. Não haveria mínima possibilidade de conviver com aquele homem, eu ser mãe de uma criança que tivesse ele como pai, então fiz e tenho a consciência limpa. (E20)

O primeiro aborto eu fui forçada [pelo ex-parceiro] e digo até hoje que eu tenho resquícios dele, foi uma experiência trágica. (E19)

O meu ex-parceiro ele pedia que eu abortasse, mas eu nunca fiz, os dois abortos como falei foram naturais... eu estava muito triste na época,doente mesmo [...]. (E04)

As falas das participantes evidenciam a dura realidade enfrentada pelas mulheres que se relacionam com parceiros violentos. Os abortos inseguros ou espontâneos revelam uma correlação direta com a violência doméstica, onde diversas situações ocorridas no relacionamento conjugal, seja por agressões físicas ou por intimidação, culminaram na interrupção da gravidez. Borges (2019) corrobora esses achados ao afirmar que mulheres que vivenciaram VPI têm 3,4 vezes mais chances de realizarem o aborto, independentemente se a gravidez decorreu diretamente dessa violência.

É importante destacar que o aborto inseguro representa um risco à vida da mulher, uma vez que é um procedimento realizado por pessoal não qualificado. Muitas vezes, ocorre em locais insalubres, expondo as mulheres a graves complicações, como hemorragias, septicemia e peritonite, que podem levar à morte, além de possíveis comprometimentos em sua saúde mental (DOMINGUES, et. al., 2020; OMS, 2002).

Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) uma a cada cinco mulheres, aos 40 anos, havia realizado pelo menos um aborto. Ressalta-se que esse fenômeno ocorre em todas as classes sociais, grupos raciais, níveis de escolaridade e regiões,

mas há heterogeneidade em sua frequência, sendo mais comum entre mulheres com menor escolaridade, mulheres pretas, pardas e indígenas. Góes (2018) acrescenta que, além disso, as mulheres grávidas pretas são as que mais morrem em busca de serviços de saúde, seja por abortamentos ou outras causas. Nesse contexto, o racismo institucional contribui para que o aborto seja induzido, dificultando o acesso a um processo de internação seguro.

De acordo com as orientações de Levine (1989), a conduta que os profissionais de saúde devem adotar diante de casos de aborto é de acolhimento, escuta ativa, orientação e suporte emocional, sem fazer julgamentos ou emitir juízos de valor. Especialmente nos casos de aborto por estupro, os profissionais devem atuar como facilitadores no processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando sua autonomia (BRASIL, 2005).

Levine (1989) também enfatiza que os enfermeiros não devem cuidar dos indivíduos isoladamente, sem levar em consideração o contexto social em que estão inseridos, uma vez que o ambiente interno como o externo estão intrinsecamente conectados na mesma pessoa. Para as enfermeiras que atuam nas maternidades e fazem parte do ambiente externo das mulheres que vivenciaram o aborto, é essencial planejar o cuidado de acordo com suas necessidades específicas. Deve-se compreender que esse processo patológico pode ser a consequência de um ambiente externo prejudicial, que influencia diretamente o ambiente interno da mulher, levando a desequilíbrios em sua saúde (TEIXEIRA, 2013).

Cinco (5) participantes relataram a existência de dores crônicas, que se iniciaram durante seus relacionamentos com os ex-parceiros e persistem até os dias atuais, como podemos observar nos relatos a seguir:

Sofro de fibromialgia com compressão da coluna, muitos dias não consigo me mexer, não consigo fazer nada, sinto dores horríveis. (E15)

Dor, pois eu sinto dor 24 horas e a falta de condição para trabalhar. Então eu acho que ou eu vou morrer por ele ou vou morrer de doença, depressão e essas coisas. (E19)

Eu não tenho vontade de nada, de nada, eu sei que é difícil entender, mas se eu pudesse eu ficaria deitada o dia todo, não é só uma vontade assim da cabeça não, é fisicamente mesmo, me sinto muito cansada, mesmo que eu não faça nada, eu sinto muita dor, uma dor insuportável. (E04)

As expressões das participantes evidenciam os sinais e sintomas do sofrimento que afetaram tanto a sua saúde física quanto mental. As diversas situações vivenciadas pelas mulheres resultaram em comprometimentos importantes em suas vidas cotidianas, que muitas vezes se manifestaram por meio de dores crônicas (OMS, 2002; TEIXEIRA, 2013). Esse fato mostra que houve outro elemento de desequilíbrio na conservação da integridade estrutural.

O estudo realizado pela Defensoria Pública do Estado de Goiás (DPE-GO) em parceria com a Associação Nacional de Fibromiálgicos e Doenças Correlacionadas (ANFIBRO), intitulado "Violência Doméstica Contra as Mulheres com Doença Crônica", revelou que 49,6% das participantes afirmaram já ter vivenciado algum tipo de VPI devido a dores crônicas, correlacionando assim sua concomitância e possibilitando a associação entre esses dois problemas (ALMEIDA, 2020).

Portanto, o ambiente em que imperam as agressões físicas, sexuais, o medo, a tristeza e as diversas feridas físicas e emocionais pode ser um terreno fértil para o desenvolvimento de várias doenças. Muitas vezes, essas manifestações são externadas por meio de sinais e sintomas que, no momento do atendimento de uma mulher, podem ser percebidas pela abordagem sensível e cuidadosa dos enfermeiros e outros profissionais. As dores crônicas, assim como outros sintomas, podem ser a consequência de algo perverso em seu ambiente externo. Essas manifestações explícitas em seus corpos, que tentam tratar das feridas emocionais, nem sempre são facilmente diagnosticadas pelos profissionais de saúde, e as mulheres raramente relatam sobre suas vivências (SILVA *et al.*, 2022; LOURENÇO; COSTA, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2008).

Em relação à dor, a cefaleia também foi mencionada em duas (02) entrevistas:

Quando ele bate no portão, eu já começo a sentir minha cabeça doendo (E02)

Sinto dor de cabeça, sinto uma dor insuportável. (E14)

As falas deixam claro que o medo e a situação vivenciada no ambiente externo são as causas desses sintomas. Estudos (LEITE *et al.*, 2018; OPAS, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2008) corroboram com os achados e acrescentam que esse sintoma é uma das repercussões à saúde mais comuns em mulheres que vivenciam ou vivenciaram a VD. A pesquisa de Correia e

Linhares (2014) evidenciou que 55% das mulheres que apresentaram cefaleia estavam em situações adversas em seu contexto social e/ou familiar, ou seja, essa sintomatologia também pode estar relacionada às vivências de violência de gênero.

Por fim, destaca-se a importância dos profissionais de saúde estarem mais atentos à correlação da VD aos sinais e sintomas manifestados pelas mulheres, como as dores físicas e crônicas. Para Moreira *et al.* (2008), cabe aos serviços de assistência à saúde colocar em prática o conceito ampliado de saúde, bem-estar e humanização, que engloba a cultura, crenças e práticas, indo além do diagnóstico e cuidado das lesões físicas e emocionais.

Neste estudo, foram evidenciados sinais e sintomas, bem como elementos do ambiente externo responsáveis pelo desequilíbrio estrutural, tais como as diversas formas de violência contra a mulher, sendo a violência física evidenciada pelos espancamentos, a psicológica pelos xingamentos e torturas emocionais, a sexual pelos estupros, ISTs e abortos, e a moral pelas difamações, todas acarretando danos à saúde, como as dores crônicas.

O entendimento dos diversos fatores identificados não deve ser restrito somente ao aspecto biológico, mas sim estabelecido em uma conjuntura mais ampla, na qual estão evidenciados nuances da subjetividade, elementos essenciais para o cuidado de Enfermagem e o enfrentamento da violência doméstica.

#### *4.2.1.3 A violência de gênero como a causa do desequilíbrio à conservação da integridade pessoal: ruptura da totalidade*

As ideias expressas até o momento evidenciam a importância da integridade pessoal e do self, conceitos que estão relacionados à valorização e preservação da identidade pessoal baseada no indivíduo. O self é entendido como a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo, que é moldado e fortalecido nas interações sociais e nas relações interpessoais.

De acordo com Levine (1989), o self é uma defesa do próprio indivíduo, onde cada pessoa busca sua identidade como um ser único. Há uma distinção entre o "ser público" e o "ser particular", sendo este último uma parte mais íntima e privada, compartilhada apenas com pessoas mais próximas.

Macedo e Silveira (2012) ressaltam a importância de analisar o passado das mulheres, compreender suas experiências durante a infância e adolescência, bem como seus papéis sociais



e vivências. Conhecer o ambiente externo e as subjetividades é fundamental para entender o self de cada indivíduo.

Os resultados da pesquisa mostraram que todas as participantes trouxeram vivências de violência de gênero desde a infância e adolescência, o que pode contribuir para a naturalização e perpetuação do fenômeno, impactando negativamente a autoestima dessas mulheres.

Essas informações destacam a importância de levar em consideração os aspectos sociais, culturais e subjetivos na compreensão da violência de gênero e seus efeitos na integridade pessoal das mulheres. Os profissionais de saúde devem estar sensíveis a essas questões para fornecer um cuidado mais abrangente e humanizado, considerando a experiência única de cada indivíduo.

Minha mãe queria agradar muito ao meu pai, por conta de uma visão religiosa eu achava aquilo muita submissão e a criticava. Mas a minha mãe tratou isso de forma muito tranquila até ela morrer. E hoje eu sou igual a minha mãe, tudo que eu critiquei nela eu faço igual. Trato namorado igual filho, como se fosse o último homem na face da terra. Tento ser diferente, mas não consigo. (E19)

Essa fala ressalta que a experiência da mulher ter vivido maus tratos na infância, seja recebendo-os diretamente ou presenciando-os na relação conjugal dos pais, é um importante fator de risco para a perpetuação da violência (BRUM *et al.*, 2021; RAZERA, CENZI; FALCKE, 2014; OPAS, 2003; OMS, 2002). Conforme apontado por Narvaz e Koller (2004), a transmissão transgeracional é considerada um padrão repetitivo, em que as mulheres não só reescrevem sua história individual ou familiar, mas também a história coletiva de todas as mulheres (TEIXEIRA, 2013).

Nesse contexto, é essencial considerar que a segurança, o amor e o cuidado oferecidos pelos pais, além da relação positiva com professores, familiares e amigos durante a infância e adolescência, formam a base para a construção de uma autoestima positiva. Esses fatores contribuem para que a pessoa se torne um adulto mais seguro, confiante em si e com habilidades para enfrentar os desafios da vida (BAPTISTA; RUEDA; BRANDÃO, 2017; CAMÍCIA; SILVA; SCHIMDT, 2016; TEIXEIRA, 2013).

Portanto, as mulheres entrevistadas que vivenciaram agressões físicas, desamor e estupro no seio da família, durante a infância e adolescência, podem ficar fragilizadas e com a autoestima comprometida, o que acarreta repercussões negativas em seu self e,

consequentemente, reflete na forma como lidam com seus problemas pessoais e enfrentam a violência.

Os resultados são contundentes em afirmar que a presença da violência de gênero na infância e adolescência, no seio das famílias, repercutiu na formação do comportamento, na construção da individualidade e na autoestima das mulheres, como destacado nas falas a seguir:

Eu era uma criança tímida, me achava feia, sem graça, não tinha amigos e nem namoradinhos. (E07)

Não tive muito carinho, hoje tenho dificuldade de dar carinho para meus filhos, me sinto uma mãe ruim, mas minha mãe era igual. (E09)

Como dizem por aí... eu era um patinho feio quando criança, só podia limpar a casa e ir para a escola, não tive amigos. Me sentia muito mal e feia quando criança. (E13)

Eu sempre fui "burrinha", nunca fui bem na escola e não gosto de estudar por isso. (E11)

Esses relatos revelam que as mulheres entrevistadas se sentiam feias e "burras". Nesse contexto, é importante destacar que o autoconceito exerce influência direta sobre o indivíduo, pois representa o que ele pensa sobre si mesmo, incluindo seus atributos físicos, características comportamentais e condutas, que são moldados por suas experiências e interações sociais. Em suma, o autoconceito é a percepção formada a partir da ideia que a pessoa tem de si mesma (CAILLAT, 2020; BAPTISTA, RUEDA; BRANDÃO, 2017).

Levine (1989, p. 334) corrobora esse pensamento quando afirma que:

As experiências boas ou ruins vivenciadas no passado pelo indivíduo são captadas e introjetadas, influenciando o comportamento na vida adulta. Ademais, reforça que a identidade pessoal é algo que o indivíduo constrói ao longo da vida, de forma a governar-se e orientar-se pelas próprias convicções, reconhecendo e aceitando seus próprios limites, com o objetivo conquistar sua autonomia e independência.

Os relatos de oito (8) das mulheres entrevistadas evidenciaram que elas não se sentiam bonitas e atraentes, como expresso nos seguintes relatos:

Ele dizia que eu não arrumaria ninguém, que eu era feia, defeituosa e eu acreditei. (E03).

Eu me sentia um ninguém, ele dizia que eu não era mulher, que era porca e feia. (E12).

Eu não me sinto até hoje atraente. Me acho feia. (E08).

Ele me chamava de feia, gorda e preta. E eu não queria fazer mais nada. (E16).

Essas expressões revelam que os ex-parceiros minaram a autoimagem delas por muitos anos. As mulheres relataram como as palavras ditas por eles as machucavam e feriam profundamente na alma. A fala de uma das participantes remete à potência da dor emocional que ela enfrentou, como relatado em uma entrevista:

Ele me machucava tanto com as palavras que eu preferia quando ele estourava e me batia, porque doía menos (E13).

As participantes que foram injuriadas, difamadas e torturadas psicologicamente tiveram sua integridade pessoal abalada, refletida na forma de baixa autoestima. Um estudo realizado por Guimarães e Neto (2015) demonstra que a aceitação do sujeito pelo outro tem um impacto significativo na dependência emocional, levando a uma busca constante de adequação ao outro, o que pode distorcer o verdadeiro self da pessoa. Dessa forma, a formação do self é influenciada pelo ambiente em que as pessoas vivenciam e manifestam sua personalidade.

Guimarães *et al.* (2018) destacam que a violência contra a mulher impacta diretamente em sua vida, resultando na perda da identidade, na redução da autoestima e em um sentimento de impotência. As entrevistas realizadas neste estudo também demonstram que a violência

vivenciada pelas participantes no ambiente externo foi a causa da perda de sua autoestima e autoconceito.

Além disso, foi evidenciada nas entrevistas a dependência econômica total ou parcial do parceiro íntimo, o que também comprometeu a autonomia e o autoconceito da mulher, como pode ser observado nas seguintes falas:

Ele não me deixava trabalhar, eu não tinha dinheiro para nada, nem para comprar um desodorante e isso me deixava péssima. (E03).

Eu trabalho, mas não ganho suficiente, ainda tenho contato com ele por esse motivo. Fiquei muito tempo sem trabalhar e agora só consigo coisas que me pagam pouco. (E05).

As considerações de Levine (1989) sobre a dependência emocional ou financeira de outras pessoas reforçam como essa situação pode afetar e ameaçar a integridade pessoal, abalando a dignidade e o orgulho próprio, e conseqüentemente, o autoconceito.

O autoconceito desempenha um papel importante, pois é formado pela autoimagem e autoestima, refletindo a autopercepção adquirida ao longo da vida, relacionada ao processo de identidade. A autoimagem envolve como nos apresentamos em nossas atitudes e ideias, enquanto a autoestima está relacionada ao afeto e respeito que temos por nós mesmos (FERREIRA *et al.*, 2022; MATIAS; MARTINELLE, 2017).

Sete (07) participantes do estudo relataram não se sentirem confiantes para lidar com as atividades do dia a dia e para entrar ou retomar seu lugar no mercado de trabalho, como pode ser observado nas seguintes falas:

Eu parei de trabalhar e agora é tudo mais difícil. To com mais idade, não creio que vou arrumar algo bom para me sustentar. (E14).

Não acho que alguém vai me querer como funcionária, por isso vendominhas coisinhas [produtos de beleza]. Parei de estudar muito cedo e acho que sou meio burra para arrumar algo bom. (E12).

Menina, eu fiquei para trás no tempo. Sou tão ignorante que não sabia mexer no caixa eletrônico até outro dia. (E08).

Com a autoimagem, autoestima e autoconceito já abalados pelas violências domésticas vivenciadas, as mulheres se sentiam incapazes de se organizar e trabalhar, justamente por não acreditarem ser capazes. Levine (1989) reforça que a percepção individual de si mesmo pode ser impactada pela falta de liberdade, independência e privacidade. Silva (2019) afirma que a VCM vivenciada perpassa por múltiplos significados e pode gerar interpretações distorcidas quanto ao potencial autônomo da mulher, transformando-se em um medo incessante sobre a possibilidade de restabelecimento da identidade.

Assim, a VD afeta de forma impactante a autoestima da mulher e causa danos à sua autoimagem, ocasionando sentimentos de incapacidade diante do enfrentamento e perpetuando o ciclo de violência. Tanizaka (2021) aponta que as repercussões da violência doméstica são danosas ao autoconceito, ao senso de identidade e à qualidade de vida, impactando na saúde mental e requerendo eficácia na rede de assistência a mulheres que vivenciam violência.

Em relação aos impactos na saúde mental, todas as 20 participantes foram injuriadas, difamadas e psicologicamente torturadas, e sentimentos como tristeza, medo, desânimo e baixa autoestima acarretaram o desequilíbrio da integridade, como evidenciado nas falas a seguir:

Ele dizia que eu não teria mais ninguém, que era feia e que só ele paraficar comigo. (E01).

Ele me chamava de feia, gorda e preta. E eu não queria fazer mais nada. (E16)

Ele falava o tempo todo que eu não era mulher descente, que ele se arrependeu de casar comigo, que eu tinha que morrer para ele arrumar outra logo. (E07)

Guimarães *et al.* (2018) evidencia que a violência doméstica impacta a vida da mulher, causando perda de identidade, redução da autoestima e sentimento de impotência. As entrevistas demonstraram que a violência vivenciada pelas participantes no ambiente externo resultou em lesões físicas e emocionais, evidenciando dores permanentes e emocionais.

Todas as participantes (20) relataram que tiveram medo da morte. A possibilidade do feminicídio era constante e manifestada através das agressões físicas e psicológicas, com ameaças cotidianas, como podemos ver nas falas a seguir:

Tive medo de morrer. Ele não tinha nada a perder, quando ele me batia eu achava que a morte estava perto, eu via o demônio na minha frente. (E16)

Ele dizia que se eu fosse para a delegacia ele me mataria, mataria nossos filhos e depois se matava. (E14).

Ele me perseguia, entrava no mesmo ônibus que eu, me ameaçava, dizia que eu não seria mais de ninguém. (E13).

As ameaças, as perseguições e o agravamento da violência física foram perpetrados por anos na vida das participantes. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão e Locomotiva, com apoio do Fundo Canadá, evidenciou a abrangência do feminicídio e da violência doméstica no Brasil. De acordo com o estudo, 30% das entrevistadas afirmaram ter sido ameaçadas de morte por parte do companheiro, sendo que uma em cada seis mulheres já vivenciou tentativa de feminicídio (IPG, 2021).

O Código Penal atual define ameaças como crime, ocorrendo quando uma pessoa ameaça outra por palavras, por escrito, gestos ou qualquer outro meio simbólico que possa causar mal injusto ou grave. A pena para quem comete esse crime prevê detenção de seis meses a dois anos e multa, especialmente quando ocorre no contexto de violência doméstica. No entanto, há um projeto de lei (PL 301/2021) que visa aumentar a pena dos crimes de calúnia, difamação e injúria cometidos em contexto de violência doméstica e familiar contra a mulher (AGÊNCIA SENADO, 2021).

Dezesseis das participantes (16) relataram que, em algum momento de seus relacionamentos, expressaram a vontade de cometer suicídio, conforme relatado nas falas a seguir:

Sim. Eu não podia ter contato com a minha mãe, com nenhuma colega, com a madrinha do meu filho. (E14)

Nunca cheguei a tentar, mas pensamentos suicidas eram recorrentes. (E19)

Eu me via sozinha e sem força. Eu pedia a morte já que ele vai me matar, eu prefiro morrer. (E16)

Meu Deus, eu já tomei vários remédios e já tentei o suicídio. (E02)

Essas expressões deixam claro que as participantes, por não conseguirem se libertar do ciclo de violência, pensaram em retirar suas vidas como forma de abreviar o sofrimento físico e mental. Essa situação revela o total desequilíbrio da conservação da integridade pessoal. Correia *et al.* (2018) sinaliza que a violência por parceiro íntimo, como uma violência doméstica, é um fator relevante para o comprometimento da saúde mental, evidenciado por comportamentos depressivos e comportamentos suicidas. Estudos realizados por Santos *et al.* (2021) corroboram com essa afirmativa e acrescentam que há a necessidade do preparo dos serviços de saúde, onde as mulheres chegam com transtornos psiquiátricos e devem ser apoiadas e acolhidas no sentido da prevenção de novas tentativas de morte.

Nesse sentido, Levine (1989) reafirma que há a necessidade da cura das feridas, tanto visíveis quanto invisíveis, para que o indivíduo consiga resgatar a sua totalidade. Acrescenta que o estresse contínuo vivenciado por longos períodos é um fator causador de grande impacto no desenvolvimento de doenças biológicas e psicossomáticas, devido à quantidade de cortisol liberado ao longo dos anos. Essa situação pode impactar negativamente no sistema imunológico e reduzir a imunidade, tornando os indivíduos mais propensos a doenças. O estresse também é visto como um fator de risco para o desenvolvimento da depressão, visto que está imbricado a danos na neurotransmissão da serotonina. Estudos têm demonstrado que a depressão é um sintoma de estresse patológico, principalmente relacionado ao estresse de relações interpessoais (SOUZA *et al.*, 2022).

Depois tive essa questão do estresse pós-traumático. Depois que eu saí do abrigo eu não sabia relacionar o atravessar a rua com o sinal fechado, eu olhava aquilo e não conseguia entender. (E10)

É um estresse que não gostaria de vivenciar nunca mais. (E08)

O estudo realizado por Moreira *et al.* (2018) revela que os profissionais não se sentem preparados para lidar com a violência doméstica contra mulheres e enfatiza a necessidade de capacitação para que possam oferecer uma atuação que contemple a integralidade da mulher, levando em conta os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além disso, o estudo destaca a importância dos profissionais deixarem de lado suas crenças pessoais para oferecerem uma assistência de qualidade, livre de preconceitos e julgamentos discriminatórios.

É fundamental refletir sobre como todas as formas de violência doméstica vivenciadas durante a infância e adolescência, perpetradas por familiares e posteriormente por parceiros íntimos, repercutiram negativamente na autoestima de cada participante e influenciaram a construção de sua identidade, configurando-se como uma situação que viola a conservação de sua integridade pessoal e favorece a ruptura de sua totalidade. Essa violência impacta profundamente a vida dessas mulheres, afetando sua autoimagem, autoestima e autoconceito, deixando marcas emocionais e psicológicas que podem perdurar por muitos anos. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde e assistência social estejam preparados para acolher e apoiar essas mulheres de forma sensível e efetiva, oferecendo-lhes o suporte necessário para romperem o ciclo de violência e reconstruírem suas vidas com dignidade e respeito.

#### *4.2.1.4 A violência de gênero como causa do desequilíbrio à conservação da integridade social: ruptura da totalidade*

A conservação da integridade social refere-se ao indivíduo como um ser social, ou seja, sua capacidade de se relacionar com a família, amigos, educação, religião e outros aspectos da sociedade. Isso implica em agir de acordo com as normas sociais estabelecidas para ser aceito e integrado à sua comunidade, mantendo sua integridade social (LEVINE; SCHAEFER; POND, 1991).



Levine (1989) destaca a importância de o indivíduo desenvolver uma variedade de respostas adequadas aos desafios do ambiente externo e ter coragem para enfrentar as consequências de suas ações, a fim de preservar sua identidade e manter sua totalidade ao viver de forma bem-sucedida.

A família desempenha um papel fundamental no aprendizado social de um indivíduo. É uma unidade constituída por pessoas que compartilham laços afetivos, sociais, econômicos, culturais e históricos. A família é o primeiro núcleo de socialização, onde são transmitidos valores, hábitos e costumes que contribuirão para a formação da identidade dos seus membros e para a determinação dos papéis sociais de cada indivíduo, que muitas vezes são marcados por diferenças de poder e dominação entre os sexos (TEIXEIRA, 2013).

Na minha família eu não via violência física, mas tinha todos os outros tipos de violência [...]. Meus irmãos se agrediam, meu pai retirava dinheiro da minha mãe e a ameaçava. Então o referencial de família que eu tenho, aquilo que eu vivia era o aceitável. (E20)

Eu hoje me olho e vejo o que faço como minha mãe fazia. Trato meus namorados como crianças que não podem fazer nada em casa. Meu pai batia na minha mãe, mas nunca vi ela falar nada. (E19)

A conservação da integridade social refere-se ao indivíduo como um ser social, ou seja, sua capacidade de se relacionar com a família, amigos, educação, religião e outros aspectos da sociedade. Isso implica em agir de acordo com as normas sociais estabelecidas para ser aceito e integrado à sua comunidade, mantendo sua integridade social (LEVINE, 1989).

Levine (1989) destaca a importância de o indivíduo desenvolver uma variedade de respostas adequadas aos desafios do ambiente externo e ter coragem para enfrentar as consequências de suas ações, a fim de preservar sua identidade e manter sua totalidade ao viver de forma bem-sucedida.

A família desempenha um papel fundamental no aprendizado social de um indivíduo. É uma unidade constituída por pessoas que compartilham laços afetivos, sociais, econômicos, culturais e históricos. A família é o primeiro núcleo de socialização, onde são transmitidos valores, hábitos e costumes que contribuirão para a formação da identidade dos seus membros

e para a determinação dos papéis sociais de cada indivíduo, que muitas vezes são marcados por diferenças de poder e dominação entre os sexos (TEIXEIRA, 2013).

Assim, a família exerce uma influência significativa no desenvolvimento do indivíduo como ser social, moldando suas crenças, valores e comportamentos, o que pode ter impacto tanto positivo quanto negativo na formação de sua identidade e integridade social ao longo da vida:

Eu podia contar com ela [sogra]. Não concordava com o filho e me apoio muito nas minhas decisões, cuidava de mim e muito. (E04).

Contei tudo para ela [mãe], ela demorou acreditar, mas ficou do meu lado. Me apoia nas minhas decisões e me acompanha onde eu for. (E02)

Eu fui pra casa dela [irmã], era apertado, mas ela sempre me apoiou, nunca quis que eu ficasse com ele. (E05)

O fato de a maioria das mulheres neste estudo buscar apoio junto a outras mulheres, como suas mães, sogras e irmãs, chama a atenção e sugere que a percepção das mulheres foi construída em valores sustentados pelas relações de gênero. Nesse contexto, a mulher muitas vezes incorpora o papel de responsável pelos filhos e protetora da família, o que pode levá-la a buscar apoio e se sentir segura e amparada junto a outras mulheres (TEIXEIRA, 2013).

Esses achados são corroborados por estudos anteriores (SOARES; LOPES, 2018; SILVA *et al.*, 2012; SANTI *et al.*, 2010), que afirmam que as mulheres em situação de violência frequentemente buscam apoio em familiares, amigos e pessoas próximas. Essas redes de apoio social são consideradas fatores de proteção e têm um papel decisivo para que a mulher saia do ambiente violento.

Das vinte participantes, treze delas foram apoiadas e protegidas por suas famílias e/ou pessoas próximas, recebendo auxílio financeiro e emocional. Esse apoio foi fundamental para essas mulheres enfrentarem a situação de violência. No entanto, seis participantes não receberam esse apoio e acabaram não buscando ajuda em outro lugar. Uma participante não revelou a nenhum membro da família, nem mesmo aos amigos próximos, sua situação de violência.

Minha família sabia, mas diziam que era para eu ficar com ele, que ele era um bom homem e muito trabalhador, que era para relevar toda a violência. (E05).

Eu contava para minha irmã, só minha irmã, o que acontecia, mas vinha aquela que eu já falei: mas ele é trabalhador está te ajudando está chegando [financeiramente] casa então fica aí. (E06).

As expressões revelam que os familiares não reconhecem os atos perpetrados pelos ex-parceiros como uma forma de violência que pode causar repercussões negativas na vida e na saúde da mulher. Essa situação reafirma a influência dos papéis sociais de gênero impostos pela sociedade, onde o homem, mesmo sendo o perpetrador da violência de gênero, é considerado digno por prover sustento para a família. Isso resulta em falta de apoio da família à mulher em relação à violência que enfrenta e, ainda mais preocupante, pode legitimar essa violência com base em mitos e estereótipos de gênero, que são elementos importantes na perpetuação e naturalização da violência contra as mulheres (ROMEIRO; BEZERRA, 2020; MORAES; PEREZ, 2019).

Algumas participantes (16) tentaram romper o ciclo de violência procurando ajuda com amigos e familiares, mas não obtiveram sucesso, uma vez que foram isoladas desses relacionamentos, conforme as falas a seguir:

Eu quase não via minha mãe. Depois que saí da casa dela, eu mudei cidade e pouco a via [...]. Tive vergonha de contar pela ela que ele me batia. (E07)

Eu não encontrava minhas irmãs e quando encontrava não conversava sobre o que vivia dentro de casa, tinha medo dele e não queria ser julgada por ninguém[...] Ele não me deixava falar com ninguém. Me vigiava, ficava ouvindo o que eu falava. (E04)

As experiências vivenciadas anteriormente com os familiares e os julgamentos perpetrados por eles foram motivos de vergonha e afastamento. De acordo com Teixeira (2013), esse isolamento social favorece o controle do perpetrador sobre a vida da mulher, levando ao afastamento dela de sua rede de apoio e perpetuando o ciclo da violência. Esse isolamento representa uma ameaça não apenas à integridade social da mulher, mas também à sua integridade estrutural.

As participantes perderam sua liberdade, um fator importante para a integridade pessoal e para a construção de sua identidade como mulher. Em um estudo de Guimarães *et al.* (2018), a perda de identidade da mulher, a deterioração da autoimagem, a sensação de impotência e a baixa autoestima foram associadas ao sentimento de dominação e posse masculina, resultando em sofrimento, submissão e perda da liberdade para as mulheres.

O isolamento social, no qual as mulheres são vigiadas e afastadas de familiares e amigos, amplia o campo de ação do parceiro para a manipulação psicológica, tornando-se um potencializador do acirramento da violência de gênero. Esse tema tem sido recentemente discutido, especialmente em relação ao contexto da pandemia de SARS-CoV-2, que levou a um aumento exponencial da violência doméstica decorrente do isolamento social (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020).

Os resultados da pesquisa revelam que a violência de gênero também fazia parte da comunidade onde as participantes viviam, como pode ser visto nas falas abaixo:

Tenho certeza de que meus vizinhos ouviam, eu gritava muito, pedia socorro, corri para a rua, bati nas portas pedindo ajuda e ninguém abria a porta, ninguém nem ligava para a polícia. (E19)

Minha irmã também era muito agredida onde morava e ninguém fazianada. Ninguém se metia, porque também nada ia mudar. (E17)

As expressões das participantes revelam o reconhecimento da ausência de apoio dos vizinhos e outras pessoas que moravam próximas. Esse cenário é corroborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), que destaca que fatores como pobreza, desemprego, baixa escolaridade entre mulheres e homens, e a impunidade dos atos estão imbricados no fenômeno da violência de gênero.

Levine (1989) acrescenta que a integridade social está fundamentada nos valores éticos do sistema social. Dessa forma, o indivíduo precisa estar integrado aos membros da comunidade, incluindo família, amigos, vizinhos e a sociedade em geral, para estabelecer seu lugar, responsabilidades e direitos dentro desse contexto. Entretanto, para que a mulher possa pertencer a um grupo social, muitas vezes ela é obrigada a se comportar de acordo com as normas e expectativas estabelecidas pelo sistema social no qual está inserida. Essa dinâmica contribui para as desigualdades de gênero e para a naturalização da violência contra a mulher.

No estudo realizado, todas as participantes estavam em acompanhamento pelo CEAM. Três delas foram indicadas por amigas, duas tiveram acesso por meio do CEAM itinerante, onze foram encaminhadas por outros serviços e quatro procuraram o local por escolha própria. Essa busca por ajuda em serviços especializados destaca a importância desses centros no suporte às mulheres em situação de violência, oferecendo acolhimento, apoio emocional, orientação e encaminhamentos necessários para que possam romper o ciclo de violência e reconstruir suas vidas.

Minha amiga me trouxe aqui. Eu nem sabia para que servia. (E08)

A delegacia me encaminhou e eu vim. Lá eu não fui bem atendida, mas aqui eu fui acolhida. (E05)

Eu estava passando na rua e vi o ônibus do CEAM, entrei e entendi que o que eu estava passando era violência, que não era normal e agora tô aqui em acompanhamento. (E12).

Eu sabia o que era aqui, vim ainda casada e eles me ajudaram em todo o processo. (E04).

Para sair disso, tive de fugir. As profissionais do CEAM me levaram para um abrigo, porque se ele me pegasse, ele me matava. Ele era um cara perigoso. (E20)

As falas das participantes evidenciam o primeiro contato com uma instituição governamental especializada, ressaltando a importância desse acolhimento no processo de enfrentamento à violência doméstica. Santos e Freitas (2018) destacam que o acolhimento profissional em cenários de violência possibilita intervenção e ação, permitindo que a pessoa em situação de violência reflita sobre si mesma e analise as possibilidades de ser protagonista de sua própria vida.

No entanto, os resultados também revelam que muitos motivos e medos impediram as participantes de buscar ajuda institucional. Alguns desses motivos incluem a naturalização da violência doméstica, o medo do agressor, as ameaças de morte, o receio de perder a guarda dos

filhos, a dependência financeira, o medo de assumir as demandas da casa e dos filhos sem o auxílio do parceiro, além da baixa autoestima, que faz com que elas não tenham coragem de superar a situação vivenciada.

Ele dizia que eu não poderia ficar com meus filhos e que ia pegar elese sumir. Isso me apavorava! Eu sou de longe, não tinha alguém para meajudar (E15).

Teve uma vez que eu saí de casa com meu filho e grávida da segunda, ele não me dava um centavo, eu tive que me virar sozinha, meu filho passou por muita privação e ele dizia que meu filho tava passando por isso porque eu queria. No fim da gestação eu voltei pra ele e nada mudou. (E05).

Os relatos das participantes evidenciam as diversas ameaças à integridade estrutural, pessoal e social das mulheres, configurando uma violação aos direitos das mulheres e dificultando a busca por ajuda institucionalizada (SOUZA; SILVA, 2019; NASCIMENTO et. al., 2019; MENEGHEL, 2007).

As instituições que compõem a rede de atendimento à mulher em situação de violência têm o objetivo de atuar de forma articulada entre os serviços governamentais e não governamentais, bem como a comunidade, desenvolvendo estratégias de prevenção e políticas para garantir os direitos humanos das mulheres e promover seu empoderamento. Essas instituições buscam responsabilizar os perpetradores da violência e oferecer assistência qualificada às mulheres em situação de violência. O sistema de saúde, educação, segurança pública, judiciário e assistência social fazem parte dos órgãos governamentais envolvidos nessa rede de enfrentamento à violência doméstica (BRASIL, 2011).

No entanto, neste estudo, das participantes que tiveram acesso à rede de enfrentamento à violência doméstica, a maioria (14) denunciou seus parceiros, mas a experiência não foi como esperavam. O acolhimento não atendeu às suas expectativas e elas vivenciaram desapontamento em relação à assistência e à continuidade de seus casos. As expressões a seguir ilustram essa realidade:

É uma coisa que eu nunca mais vou fazer. Eles [polícia civil] fazem de tudo para você desistir. O meu lá falou que eu estava perdendo tempoe que era para ir pra casa e voltar na segunda. (E01)

Eles te tratam como bandido, como se não fosse nada e ninguém, me deram um chá de cadeira mesmo com a delegacia vazia, tenho certeza de que queriam que eu fosse embora. (E11)

Me senti humilhada por eles, me fizeram perguntas constrangedoras, disseram que eu ia acabar com a vida no meu marido. (E13)

Três (03) participantes desistiram de denunciar já na delegacia, como podemos ver nas falas a seguir:

Mandaram eu voltar pra casa, mesmo eu dizendo que ele estava lá... nem me acompanharam e aí eu vi que não faziam nada e desisti. (E06)

Eu não denunciei porque quando eu fui lá fui super mal atendida. (E04)

Demorou tanto, mas tanto e tanto que eu fui embora e não voltei mais. (E12)

A ausência de acolhimento e a falta de valorização da problemática em questão são claras nessas falas, pois a demora no atendimento, o julgamento dos profissionais e a descrença na resolução do problema foram os motivos mais levantados nesta pesquisa. Estudo realizado por Souza (2018) evidenciou que, apesar do domínio jurídico, os policiais das delegacias demonstram conhecimentos superficiais sobre os vários elementos psicológicos, sociais e culturais que perpetuam a violência doméstica.

Estudos (IBCCRIM, 2022; SANTOS; SANTOS, 2019; VASCONCELOS, 2015; IPEA, 2015) mostram que a revitimização é um processo de enorme violência institucional, fomentado por concepções pessoais e julgamentos de valor, negligenciando os direitos humanos. No entanto, para eliminar essa prática, é necessário que existam mais serviços especializados de acolhimento à mulher em situação de violência, protocolos que orientem os atendimentos e maior capacitação profissional, além de políticas públicas eficazes na redução da desigualdade de gênero.

Estudos (SANTOS; SANTOS, 2020; SANTOS; FREITAS, 2018) reforçam a importância da capacitação dos profissionais, bem como a articulação e integração dos serviços de referência, visto que muitos deles funcionam de forma isolada, sem parceria com outros setores, como a educação e a saúde.

Em relação ao atendimento hospitalar, apenas cinco (05) participantes recorreram ao serviço e relataram na entrevista como foi sua assistência, conforme podemos ver abaixo:

Eu cheguei lá arrebatada, fiquei internada por quase noventa dias e eu disse que tinha sido atropelada, eles fingiram que acreditaram e eu não falei nada. Eu estava com vergonha e ninguém nunca falou nada diferente pra mim. (E12).

Eu fui ao hospital e estava tranquilo, mas eu estava bem machucada, não me perguntaram e eu não falei nada. (E02).

As falas apresentadas revelam que a vergonha e o medo do julgamento, aliados à omissão ou não reconhecimento dos profissionais diante da violência de gênero, levaram as mulheres a serem atendidas sem que a causa do problema tivesse sido revelada. Destaca-se que a busca pelos serviços de saúde depende da percepção da gravidade da violência e de suas consequências, o que muitas vezes não corresponde adequadamente às demandas das mulheres.

Estudos afirmam (SILVA; MELO, 2019; AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017; TEIXEIRA, 2013; SAGOT, 2000) que muitas mulheres em situação de violência, com lesões corporais resultantes de agressões, procuram os serviços de saúde em busca de atendimento, mas elas não falam sobre as agressões que vivenciam, nem os profissionais costumam perguntar sobre essa possibilidade, uma vez que a atenção se volta apenas para as lesões físicas. Ressalta-se que em caso de detecção de casos de violência, existe o dever ético da notificação.

Um estudo realizado por Acosta *et al.* (2017) demonstrou o desconhecimento das enfermeiras acerca das competências legais, confusão entre denúncia policial e notificação compulsória, e falta de conhecimento sobre o sigilo, orientação e privacidade no processo de cuidar de mulheres que vivenciam violência doméstica. Salientam a importância da educação permanente para a reflexão e visibilidade da violência contra a mulher no campo da saúde. Para Garcia *et al.* (2016), os serviços de saúde têm um papel importante em casos de violência de gênero, pois são a porta de entrada de muitas mulheres que vivenciam a violência doméstica e



devem se capacitar para o acolhimento e ampliar a possibilidade de encaminhamento e acompanhamento no caminho da superação.

Nessa perspectiva, Levine (1989) ressalta que o indivíduo tem como objetivo defender sua própria identidade e compartilha apenas situações referentes ao seu ambiente externo que acredita poder e dever dividir com os outros. Em um ambiente em que não existe confiança e acolhimento, o indivíduo não se sente seguro para confidenciar suas particularidades sobre suas vivências, o que pode resultar em ferimentos físicos e emocionais.

Por fim, os resultados desvelaram vários elementos que desequilibraram a conservação da integridade social e favoreceram a ruptura da totalidade da mulher. A falta de apoio de familiares e amigos, a invisibilidade e a falta de ajuda dos profissionais da segurança pública e serviços de saúde, somados ao medo do perpetrador, a dependência econômica e emocional, entre outros fatores, favoreceram a permanência das entrevistadas por vários anos no ciclo da violência. Isso significa que o ambiente hostil em que viveram foi um ambiente externo difícil de romper com suas amarras visíveis e invisíveis, uma vez que a estrutura patriarcal e machista favorece a violência de gênero.

Nesse sentido, essa situação propicia não somente o desequilíbrio da integridade social da mulher, mas também a integridade estrutural e pessoal, uma vez que as mulheres não se sentiam seguras para enfrentar o ciclo da violência e libertar-se dele.

#### 4.2.2 Subcategoria 1.2 - Os princípios da conservação de Levine como forma de contribuir para o enfrentamento da violência doméstica.

Nesta subcategoria, discutiremos a aplicabilidade dos Princípios da Conservação em mulheres que enfrentam a violência doméstica, como uma possibilidade de cuidado de Enfermagem integral, a partir dos resultados que apontaram os elementos do ambiente interno e externo que propiciaram a ruptura da totalidade nas participantes.

Segundo Levine (1989 apud TEIXEIRA, 2013), esse cuidado deve visar a integridade do indivíduo, pautado em ações que recuperem a autonomia, preservem a identidade e mantenham a totalidade. No caso das mulheres submetidas à violência de gênero, essas ações devem ter por objetivo promover a segurança e o fortalecimento necessários para que elas

tenham liberdade e capacidade de controlar suas próprias vidas, mesmo durante o processo de enfrentamento da violência.

É importante destacar que este estudo abordará a conservação da integridade de forma plena, compreendendo que os princípios se inter-relacionam e não funcionam isoladamente no indivíduo. Para alcançar esse propósito, é preciso refletir que não basta cuidar e curar das feridas visíveis, pois essas mulheres estão com a autoestima e a identidade fragilizadas. Há a necessidade de implementar estratégias que as fortaleçam e apoiem, para que possam enfrentar a situação que envolve medo, vergonha e culpa (TEIXEIRA, 2013).

Nesse sentido, o estudo revelou que a vivência da violência de gênero pelas participantes, desde a infância até a fase adulta, desequilibrou a conservação de energia e proporcionou a ruptura da integridade das mulheres. Considerando que as enfermeiras são integrantes do ambiente externo das mulheres, elas podem contribuir com a manutenção e recuperação da saúde física, sexual, mental e reprodutiva. Logo, os quatro Princípios da Conservação representam uma ferramenta profissional que pode ser utilizada pela Enfermagem e outros profissionais de saúde, para elaborar um cuidado individualizado e integral, visando o equilíbrio energético e a integridade das mulheres (LEVINE, 1989).

Nesta perspectiva, o cuidado integral pode ser compreendido como o cuidado holístico, baseado em uma combinação de conhecimentos e práticas de saúde que abordam o ser humano em suas dimensões física, mental e espiritual, visando a recuperação da saúde e a vitalidade para enfrentar os desafios do dia a dia (LEVINE, 1989 apud TEIXEIRA, 2013).

#### *4.2.2.1 Estratégias de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica à Luz dos Princípios da Conservação da energia de Levine*

Os dados da Conservação de energia são obtidos através de dados mensuráveis, como os sinais vitais, nutrição, exames laboratoriais e atividades cotidianas que demandam energia para realizá-las (LEVINE, 1989). Portanto, podemos afirmar que as diversas situações de violência vivenciadas pelas mulheres fizeram com que elas tivessem um gasto maior de energia, considerando que o indivíduo demanda equilíbrio e renovação de energia regularmente, visando a preservação das atividades vitais.

Os dados investigativos revelaram que alguns elementos, como aspectos nutricionais e metabólicos, o peso, a pressão arterial, o sono, o repouso e o estresse, foram consequências do gasto de energia empregada pelas mulheres em situação de violência doméstica.

Ao longo dos anos, Levine (1989) aprofundou o conhecimento acerca da energia, considerando-a como um conjunto de movimentos de ondas eletromagnéticas que favorecem os processos de cura. Esse conhecimento tem permitido a criação de instrumentos capazes não só de gerar ondas em suas muitas dimensões, mas também de utilizar a energia como curadora, que pode ser transmitida de um indivíduo para outro, ou obtida em alguns elementos da natureza, com o objetivo de proporcionar bem-estar e equilíbrio físico e mental (TEIXEIRA, 2013).

Assim, a aplicabilidade dos princípios da conservação nas mulheres que vivenciam a violência de gênero em diferentes espaços, seja nas unidades de saúde ou nos CEAMs, representa a possibilidade do cuidado integral ou holístico, cuja finalidade é conservar a energia e recuperar a integridade estrutural, pessoal e social. Isso significa proporcionar o bem-estar biopsicossocial e espiritual à mulher para que mantenham sua totalidade e se sintam fortalecidas para se libertarem do ciclo de violência de gênero.

Neste sentido, revisitando a Teoria de Levine, a espiritualidade tem papel fundamental no bem-estar e na cura dos indivíduos, pois faz parte da experiência humana que abrange crenças, valores e a ligação com algo superior na busca constante pelo significado da vida (LEVINE, 1991 apud TEIXEIRA, 2013).

Podemos entender que, embora Levine não tenha conseguido aprofundar um conceito amplo acerca da espiritualidade, a abordagem holística por ela recomendada salienta a relevância de considerar a dimensão espiritual como parte integrante da saúde integral e devendo fazer parte do cuidado de Enfermagem (LEVINE, 1991 apud TEIXEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, os resultados apontam que todas (20) as participantes apoiaram-se na espiritualidade ou religiosidade em vários momentos de suas vivências durante seus relacionamentos e principalmente no percurso do enfrentamento da violência doméstica, em busca de apoio, alívio e consolo para suas dores, de acordo com as falas a seguir:

Graças a Deus é a minha fé que me fortalece para me manter de pé. (E09)

Sou evangélica e era na igreja que eu me fortalecia. (E16)

Eu não tenho religião, mas tenho muita fé de que Deus vai providenciar tudo. (E19)

Eu estava sem pensar em Deus por causa disso tudo que eu estou passando, mas agora já voltei a orar e pedir a Deus que toda essa situação se resolva da melhor maneira. (E11)

As expressões revelam que as participantes acreditam em um Deus ou em uma divindade superior que pode lhes trazer alívio, coragem ou uma solução para seus problemas. Para Levine (1989), a espiritualidade representa uma ferramenta de alívio e conforto, uma vez que o indivíduo acredita que há um ser universal e superior a ele, que tudo vê e tudo pode fazer. Essa crença proporciona segurança e influencia no bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

Nesse sentido, a OMS (1998) corrobora com essa definição ao afirmar que a espiritualidade é:

Um conjunto de emoções e convicções de natureza não material, que pressupõem que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo o indivíduo a questões como o significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma crença ou prática religiosa, que proporcionam o bem-estar biopsicossocial

Para Boff (2006), a espiritualidade é um amplo cenário que é capaz de trazer esperança, plenitude e potencial para a autotranscendência do ser humano, indo além do plano físico.

Um estudo realizado por Moreira, Santana Junior e Posso (2021) reitera essas evidências ao apontar que a espiritualidade representa um fator de proteção à saúde dos indivíduos, uma vez que diminui a dor, a pressão arterial, a frequência cardíaca, respiratória e reduz a ansiedade. Dessa forma, as enfermeiras podem e devem oferecer esse apoio como parte do processo de cuidar.

No entanto, destaca-se que há diferença entre espiritualidade e religiosidade. Segundo Nixon, Narayanasamy e Penny (2013), a espiritualidade deve ser observada através da dimensão interna do indivíduo, com a conexão do sagrado, enquanto a religiosidade passa a ser a demonstração externa da espiritualidade, num contexto estruturado de convicções, ideias, opiniões e rituais que se relaciona com um ser superior.

A Associação Americana de Psicologia (APA) corrobora com essa definição e diferencia religiosidade de espiritualidade, entendendo que são conceitos diferentes, embora haja sobreposição entre eles. A religiosidade está ligada a crenças e rituais organizados, enquanto a espiritualidade é vista como uma forma individual de busca de significado e propósito, uma conexão com algo maior (SPERRY; SHAFRANSKE, 2005).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2018) reforça que a religiosidade e a espiritualidade possuem forte impacto sobre o processo de recuperação da saúde, no diagnóstico, no tratamento e na busca e aderência por tratamentos, como as terapias complementares, além de influenciar nos desfechos clínicos, na prevenção e na qualidade de vida e bem-estar. Entretanto o WHOQOL SRPB Group (2006) também inclui a religiosidade e espiritualidade como uma dimensão da qualidade de vida, destacando a associação com melhores repercussões na saúde e que é um aspecto importante para a maior parte da população mundial, onde os indivíduos estimariam ter suas crenças abordadas nos cuidados em saúde.

No que tange a esse aspecto, quatorze (14) participantes relataram que durante seus relacionamentos, a religião foi responsável por proporcionar tolerância, confiança e a esperança de um futuro melhor com o parceiro.

Eu confiava em Deus que tudo iria melhorar. Ele [o parceiro] iria se converter e nossa vida iria melhorar. Sonhei muito com esse futuro e assim fui ficando. (E07)

Eu aprendi a ser resiliente na igreja e assim eu fui durante meu relacionamento. Orei para que tudo passasse e ele se convertesse e ficasse em paz. (E10)

As falas das participantes revelam que havia esperança de que houvesse uma mudança positiva no comportamento do parceiro. Ao mesmo tempo, elas se apoiavam na crença em algo superior, como a religião, para suportar o sofrimento e procurar compreender os abusos vivenciados, o que justifica sua decisão de permanecer no casamento.

Oito (08) participantes afirmaram que se apegaram à religião para conseguir lidar com a resolução dos conflitos em seus lares, como ilustrado pelas falas a seguir:

Eu ia para a igreja orar e pedir a Deus que as coisas se acalmassem e conseguia. (E04)

Eu não queria que a história da minha família se repetisse [separação dos pais]. A igreja me deu força, eu não falei o que estava vivendo, mas me sentia fortalecida para continuar tentando. (E08)

Eu orava a Deus para ele mudar. Pedia com toda a minha força e eu me sentia melhor. (E02)

Através dessas falas, podemos perceber a maneira pela qual as mulheres encontravam apoio para conseguir sobreviver a um relacionamento abusivo e preservar sua energia para seguir em frente.

No que se refere à espiritualidade, os resultados revelaram que todas as 20 participantes acreditavam em algo superior a elas, que observava tudo e podia fazer qualquer coisa. Esse recurso foi importante para o enfrentamento e o encerramento do ciclo de violência, como podemos observar nas seguintes falas:

Eu enfrentei a violência. Eu consegui enfrentar ele. Vejo sempre a mão de Deus na minha vida. Eu acho que Deus gosta dos corajosos, então assim, eu sou uma mulher forte e corajosa. Eu sou uma mulher de fé. Eu consegui buscar ajuda. (E01)

Uma mulher chegou em mim e disse: eu estou aqui porque apanhei ontem, estou toda arrebatada e olha a minha idade, 65 anos e ela saiu. Eu vi como se fosse Deus ali, sabe? Mesmo não tendo religião, eu pensei: Foi Deus que enviou essa mulher para fazer comigo. Isso me deu forças, eu denunciei e acabei com essa angústia. (E08)

Podemos notar nas falas citadas que a espiritualidade, representou a mola propulsora que motivou a coragem para iniciar o processo de enfrentamento da VD. Estudo realizado por Silva e Paulinho (2021), corrobora com nossos dados e acrescenta quando revela que a espiritualidade amplia a motivação para o enfrentamento e a superação de crises por meio do fortalecimento durante o processo.

O estudo realizado por (GONÇALVES et. al., 2022) alerta que a religiosidade e a espiritualidade, apesar de apresentarem pontos positivos frente ao enfrentamento, não representam por si só um fator de proteção para todas as mulheres em situação de violência doméstica. No entanto, também reconhece a importância do seu papel na recuperação

emocional, representando uma fonte de alívio do sofrimento, estresse e dor decorrentes do contexto (AMARAL et, al., 2016).

Entretanto, vale destacar que as religiões pertencentes às igrejas católicas ou protestantes, pregam a submissão da mulher ao marido, pois validam e auxiliam na manutenção do patriarcado. Fato que acaba favorecendo a aceitação e a naturalização da VD por parte das mulheres. Dessa forma, muitas vezes a mulher pode sentir-se responsável por provocar a VD, o que a torna incapaz de livrar-se do relacionamento, por receio de estar contrariando os preceitos religiosos (NUNES; SOUZA, 2021).

Um ponto importante de discussão, contextualizado em dias atuais, é a influência que as religiões exercem sobre a vida dos indivíduos. Pesquisadores do IBGE em levantamento de 1960 a 2010 através dos Censos, projetou que a as religiões evangélicas serão de 39,8% em 2032 e ultrapassará os católicos, com 38,6% (IBGE, 2013).

Essas questões reforçam a necessidade de se incluir práticas de educação em saúde que esclareçam essas questões à população. Além disso, nossos resultados ressaltam a importância de incluir as temáticas da espiritualidade e religiosidade durante a graduação, considerando a comprovação de seus benefícios à saúde, uma vez que se encontram em todos os campos da vida individual e coletiva do indivíduo, representando uma possibilidade para o cuidado de Enfermagem (ARAÚJO et al., 2021). No livro de Dossey e Keegan (2008) “*Holistic Nursing: A handbook for practice*”, elas abordam a espiritualidade como parte integrante do cuidado holístico, trazendo uma visão para o cuidado holístico no processo de promoção e recuperação da saúde. Pensamentos que corroboram com os de Levine (1989) quando afirma que a espiritualidade deve ser pensada no contexto do cuidado à saúde em todos os aspectos e dimensões da existência humana, como as sociais, culturais, econômicas e fisiológicas.

Dessa forma, as enfermeiras devem estar capacitadas para utilizar essas ferramentas no processo saúde-doença para cuidarem de forma integral, uma vez que não recebem esse conhecimento no curso de graduação e sim, advém de forma individual com suas próprias crenças e valores (CAMPOS; OLIVEIRA, 2022).

Por meio de um vínculo e atendimento acolhedor, as enfermeiras podem construir uma mudança no cuidado, pautado na visão holística, contribuindo na melhoria da saúde física e mental das mulheres em situação de violência.

Nessa perspectiva, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e o estímulo à prática da espiritualidade e/ou religiosidade, além de proporcionar bem-estar, podem representar uma diminuição nos custos financeiros do sistema de saúde. Isso ocorre uma vez

que equilibra o estado emocional e o gasto energético, prevenindo doenças ocasionadas pelo estresse constante das mulheres. Conseqüentemente, isso resultaria em um menor consumo de medicamentos alopáticos. Isso possibilitaria a utilização de medicamentos naturais e mais acessíveis financeiramente, como os fitoterápicos e homeopáticos (TEIXEIRA, 2013).

Entretanto, reforça-se que há necessidade de capacitação das enfermeiras e outros profissionais da área da saúde, a fim de que possam adotar essas estratégias e conservar a totalidade das mulheres em situação de violência, distanciando-se da visão tecnicista e biológica.

Destaca-se que, para a OMS (1979), o cuidado holístico também é entendido pela ação de terapias integrativas e complementares, tais como a medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, fitoterapia, biodança, meditação, reiki, terapia comunitária, entre outras, já inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção primária à saúde no Brasil. Tais recursos visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, em uma escuta acolhedora, desenvolvendo vínculo terapêutico e na integração do indivíduo com o ambiente externo e a sociedade.

Em uma retrospectiva histórica, no Brasil, as chamadas PISCs se fortaleceram através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), mediante a Portaria Ministerial nº 971 de 09 de maio de 2006, regulamentando e incentivando algumas PICs em atendimentos dos estados, municípios e Distrito Federal. Dentre as práticas incluídas estão a acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e práticas corporais e mentais (BRASIL, 2006). No ano de 2017, a PNPIC, a partir da Portaria GM/MS nº 849/2017, foi ampliada em quatorze (14) novas práticas, entre elas: arteterapia, *ayurveda*, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, *shantala*, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017 (BRASIL, 2017).

Pode-se notar que o Brasil é um país de vanguarda em relação às PICs, pois em 2019 foram oferecidos 17.335 serviços de saúde no SUS, sendo 90% destes atendimentos na Atenção Primária à Saúde (APS), distribuídos em 77% dos municípios (4.296), totalizando 628.239 procedimentos em PIC (BRASIL, 2020).

Podemos observar, nesse estudo, que experimentar a violência doméstica gerou traumas e sintomas emocionais e fisiológicos que afetam a saúde mental e física das mulheres participantes, impactando na qualidade de vida.



De acordo com o *National Center for Complementary* (NCCIH), órgão com grande impacto em pesquisas de práticas baseadas em evidências, as terapias complementares são práticas e produtos que atuam em consonância com a medicina alopática e convencional, sendo assim, as terapias complementares não seguem uma abordagem convencional (NCCIH, 2016).

As terapias complementares são divididas em quatro nichos, segundo a NCCIH (2016): produtos naturais, terapias energéticas, terapias de movimento e práticas mente-corpo. Os produtos naturais englobam a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica; a massoterapia e o *tai chi chuan* são exemplos de terapias de movimento; já o *reiki*, a homeopatia e a hipnose são consideradas terapias energéticas, enquanto o *yoga*, o *mindfulness* e a acupuntura fazem parte das práticas mente-corpo.

Em um estudo recente realizado no Irã, através de um ensaio clínico duplo-cego, duplo-simulado e controlado por placebo, publicado pelo *Journal of Ethnopharmacology*, foram investigadas substâncias da Medicina Tradicional Persa para o tratamento de insônia. Os resultados evidenciaram a eficácia das substâncias *Viola odorata L.*, *Crocus sativus L.* e *Lactuca sativa L.*, utilizadas através de óleos preparados para serem administrados por via intranasal. Houve uma redução significativa do uso de drogas hipnóticas, concluindo-se que o uso intranasal da preparação herbal melhorou a insônia crônica e reduziu o consumo de medicamentos alopáticos em pacientes com insônia no grupo controle (TAHERZADEH *et al.*, 2020).

Em relação às terapias energéticas, o *Reiki* é a prática mais encontrada nos bancos de dados. No estudo de Amarello, Castellhanos e Souza (2021), os usuários dessa prática o procuram majoritariamente para se desvencilhar de sofrimentos físicos e/ou mentais. Santos (*et al.*, 2021) afirma que a utilização da técnica do Reiki por enfermeiros e profissionais da saúde favorece o aprimoramento dos padrões de qualidade dos cuidados, assim como o alívio da dor, a diminuição da ansiedade e dos sintomas depressivos. O *Reiki* pode ser utilizado de forma isolada ou complementar a outros tratamentos.

Segundo Brasil (2018), o *Reiki* é uma terapia que está incluída no rol dos tratamentos que favorecem os processos de cura mental e física por meio da transmissão de energia de uma pessoa para a outra, ou por canalização de elementos da natureza. Essa terapia visa proporcionar mecanismos naturais de recuperação e manutenção da saúde. Essa visão vai ao encontro dos estudos de Levine (1989), que considera a energia recebida e/ou transmitida como um conjunto de movimento de ondas eletromagnéticas que contribuem para os meios de cura.

No âmbito das práticas mente-corpo, um estudo publicado no periódico científico *Depression and Anxiety*, da Associação de Ansiedade e Depressão da América, evidencia os resultados em curto prazo da prática da yoga na ansiedade e na depressão. O estudo enfatiza que a prática regular da yoga é uma ação eficiente e segura para a redução dos níveis elevados de ansiedade (CRAMER *et al.*, 2018).

Outro estudo conduzido na Inglaterra, sobre a eficácia da meditação, demonstrou que a prática de *mindfulness* tem melhores repercussões nos aspectos psíquicos de indivíduos que vivenciam a dor crônica, melhorando a depressão associada e repercutindo positivamente na qualidade de vida (BALL *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado na região sul do Brasil, foi verificado que os brasileiros participantes reconhecem a importância e os benefícios do uso das PICs, no entanto, não as utilizam em seu dia a dia, perdendo assim os benefícios dessas práticas. Isso evidencia a importância da divulgação e do encorajamento ao uso das PICs entre a população para promoção da saúde (AGNOLIN *et al.*, 2022).

Em relação à violência de gênero, uma pesquisa realizada em João Pessoa, Brasil, acompanhou um grupo de mulheres em situação de violência, que durante os tratamentos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), utilizaram a terapia floral como PIC no sofrimento psíquico dessas mulheres. Os resultados evidenciaram a capacidade de melhoria da saúde mental e o empoderamento das participantes, gerando redução da medicalização no âmbito da Atenção Básica (PINHEIRO *et al.*, 2022).

A terapia comunitária (TC) é considerada uma prática integrativa e complementar (BRASIL, 2017) e é uma prática de intervenção coletiva que busca criar e fortalecer os laços sociais. Em um estudo realizado com um grupo de mulheres que vivenciam violência doméstica, a TC gerou resultados positivos na saúde mental e física dessas mulheres, além de empoderá-las e proporcionar melhor qualidade de vida. A implantação da TC na Atenção Primária à Saúde, como a formação de rodas de conversa com outros grupos, também fomentou a capacitação da equipe de saúde para melhor interpelação e gerenciamento de situações de violência contra a mulher (ASSIS *et al.*, 2017).

As intervenções da terapia ocupacional (TO), também considerada uma PIC, foram estudadas por Oliveira e Ferigato (2019). As intervenções em grupo com mulheres que vivenciam violência doméstica na Atenção Primária à Saúde demonstraram que a TO estabeleceu maneiras de cuidado desde a identificação, elaboração e enfrentamento da violência, transformando a realidade vivenciada e interrompendo o ciclo de violência.

No estudo de Huber e Nunes (2005), a massoterapia teve papel fundamental nas necessidades de mulheres que vivenciam a violência, proporcionando uma vontade de viver uma nova realidade, transformando a forma como lidam com o sofrimento físico, emocional e social. As mudanças provocadas pela PIC proporcionaram um meio social mais prazeroso e estimularam o autocuidado. Corroborando com os efeitos benéficos da massoterapia, Carvalho e Almeida *et al.* (2018) também destacaram que essa prática integrativa e complementar tem uma forte ação antiinflamatória e, conseqüentemente, melhora o sistema imunitário.

As PIC são recursos que visam oferecer a escuta ativa e fortalecer o vínculo terapêutico, estando em consonância com Levine (1989, 1990, 1991), pois englobam a integração do indivíduo com o ambiente em que vive, considerando tanto os aspectos internos quanto externos. Nesse sentido, o mecanismo de saúde-doença é entendido de forma ampla e objetiva, priorizando o atendimento integral do cuidado e estimulando o autocuidado (BRASIL, 2008).

Neste contexto, a enfermeira exerce um papel fundamental, pois sua formação é baseada no princípio holístico e na importância do vínculo com sua clientela (TEIXEIRA, 2013). Além disso, o campo de trabalho da Enfermagem em relação às PIC é amplo, e a Resolução COFEN-197 de 1997 estabelece que as terapias complementares são uma especialidade de competência do profissional de Enfermagem, desde que tenha concluído um curso na área específica em instituição reconhecida de Ensino (COFEN, 1997).

Atualmente, a Resolução do COFEN 581 de 2018 lista vinte e nove (29) PIC, sendo que doze (12) delas são consideradas especialidades dos enfermeiros (COFEN, 2018).

Um estudo realizado por Bousfield *et al.* (2021) destaca a utilização do Processo de Enfermagem para um bom atendimento em acupuntura, uma das práticas complementares realizadas pelos enfermeiros. Para os autores, essa prática deve ser vista como uma possibilidade de cuidado e um olhar técnico, porém amplo, visto que as intervenções predominantemente biomédicas e farmacológicas podem apresentar efeitos colaterais e danos ao organismo. Assim, os enfermeiros acupunturistas agregam conhecimentos, proporcionando um atendimento capaz de enxergar o paciente em sua integralidade.

Além disso, o estudo enfatiza que o processo de Enfermagem utilizado no atendimento em acupuntura fortalece a especialidade na área de Enfermagem, gerando autonomia e visibilidade profissional (BOUSFIELD *et al.*, 2021).

Portanto, na perspectiva das PICs, essas estratégias poderiam ser utilizadas em mulheres em situação de violência para proporcionar bem-estar, reduzir o estresse e melhorar a autoestima.

Neste estudo, é possível observar as potenciais melhorias nas repercussões à saúde, principalmente em relação à saúde psicoemocional das participantes. A redução da ansiedade e da insônia, aliada à melhora da autoestima, destaca o papel fundamental das PICs no processo de enfrentamento.

Portanto, o emprego dessas práticas pelas enfermeiras nos serviços de saúde e nos CEAMs pode representar uma diminuição nos custos financeiros do sistema de saúde. Isso ocorre ao equilibrar o estado emocional, reduzir o gasto energético e prevenir doenças causadas pelo estresse constante das mulheres em situação de violência doméstica. Além disso, a utilização de medicamentos naturais, como os fitoterápicos e homeopáticos, pode ser uma opção mais acessível financeiramente (TEIXEIRA, 2013).

Por fim, é fundamental que as enfermeiras e outros profissionais da área da saúde sejam capacitados e treinados para adotar essas estratégias, visando preservar a energia das mulheres em situação de violência. A inclusão das PICs no cuidado integral à saúde pode trazer benefícios significativos para as mulheres que enfrentam essa realidade desafiadora.

#### *4.2.2.2 Estratégias de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica à Luz dos Princípios da Conservação da integridade de Levine*

Segundo Levine (1989, apud TEIXEIRA, 2013) o processo do cuidar de Enfermagem deve visar a plenitude do indivíduo, por meio da manutenção da integridade pessoal, estrutural e social. No entanto, neste estudo discutiremos a conservação da integridade de forma plena, entendendo-se que os princípios se inter-relacionam e não funcionam isoladamente no indivíduo, com vistas a propiciar a autonomia e a preservação da identidade da mulher em situação de violência doméstica.

Para Teixeira (2013), essas ações devem propiciar o fortalecimento destas mulheres, pois visa a liberdade do controle da própria vida e conseqüentemente, o enfrentamento da violência vivenciada. Isto significa que o cuidado de Enfermagem deve estar para além do biológico, com o olhar acolhedor a suas questões de autoestima e identidade.

Deve-se considerar que as mulheres participantes desta pesquisa, são acompanhadas nos CEAMs. No entanto, revisitando nossos achados, deve-se considerar que até chegarem neste local, elas percorreram outros serviços e, vivenciaram a invisibilidade e a falta de acolhimento

dos profissionais da segurança pública, judiciário, saúde e da assistência social. Acrescido do medo do agressor, da dependência econômica e emocional, das ameaças de morte, perda da guarda dos filhos, entre outros, favorecendo a permanência delas por vários anos no ciclo da violência. Portanto, é possível assim afirmar que o ambiente externo das participantes foi extremamente difícil, hostil e com muitos percalços até conseguirem chegar nos CEAMs com o objetivo de se fortalecerem para romper o ciclo de violência.

Nessa perspectiva, faz-se necessário resgatar que a rede de enfrentamento a violência doméstica (VD) é composta por serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade através da sua rede articulada, com o objetivo de desenvolver estratégias de empoderamento feminino, construção de autonomia, responsabilização do agressor e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Cabe destacar que a rede de atendimento à mulher está dividida em quatro áreas, saúde, justiça, segurança pública e assistência social e composta por duas categorias de serviços, que fazem parte da rede de enfrentamento. Para esclarecimentos, a rede de atendimento é composta por serviços especializados e não especializados. Os serviços não especializados são compreendidos pela porta de entrada da mulher na rede de assistência, como os hospitais e delegacias não especializadas. Já a rede especializada, são aqueles que atendem a mulheres com a perícia e destreza no tema violência contra a mulher (BRASIL, 2011).

Considera-se que apesar do aumento significativo das redes especializadas, as dificuldades das mulheres são inúmeras, quando se refere aos serviços de porta de entrada das unidades de saúde no Brasil. Estudos apontam como os principais problemas são: a invisibilidade da VD, falta de notificação, dificuldades no encaminhamento pelo profissional, entre outros (LEITE et. al., 2022).

Fato que reforça a fragilidade da rede de enfrentamento e a desarticulação dos serviços, como uma realidade existente na trajetória das mulheres em busca de ajuda e orientação (SAGOT, 2000; BRUHN; LARA, 2016).

Nesse sentido, essa problemática nos fez refletir acerca do importante papel do profissional da saúde em todos os serviços, especialmente os enfermeiros, na detecção dos casos de violência de gênero e na possibilidade de oferecer um cuidado para preservar sua saúde integral.

Destaca-se que neste estudo as participantes não relataram a participação das unidades da Estratégia Saúde da Família na detecção dos casos e encaminhamentos. No entanto, ressalta-

se a importância da ESF no enfrentamento a VD por ser a porta de entrada da rede de saúde (OPAS, 2007).

Estudo realizado por Silva e Ribeiro (2020) evidenciaram as dificuldades encontradas por enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando reforçou que as mulheres que vivenciam a VD não se sentem confortáveis para confidenciarem seus problemas aos profissionais.

Considera-se que a sensibilidade e a postura das enfermeiras fazem que as mulheres possam revelar suas angústias, sofrimentos e vivências nos vários setores das unidades de saúde. Locais onde deságuam os maiores casos de violência doméstica (OMS, 2002; OPAS, 2007).

Nesse sentido, uma participante revela o seu atendimento em uma unidade de saúde:

Quando fui na UPA eles me ignoraram, estava toda machucada e fiquei esperando horas pelo atendimento, na frente de todo mundo, no meio da recepção com todo mundo me olhando. (E15).

A fala dessa participante evidencia a falta de sensibilidade dos profissionais diante de suas lesões físicas. Dessa forma, os profissionais deveriam estar preparados para ouvi-las de forma atenta, sem julgá-las, dando crédito ao que lhes fosse relatado, deixando-as mais seguras em relação à privacidade, o sigilo e a certeza de um atendimento resolutivo para auxiliá-la a enfrentar o fenômeno. Isto certamente seria um passo importante, mas que necessitaria da capacitação e do treinamento dos profissionais de saúde na detecção de casos de violência, considerando que perguntas feitas às mulheres de forma respeitosa, pautada em uma construção compartilhada, ou seja, com base no diálogo que vai além do roteiro da anamnese, podem beneficiar as mulheres e também ajudá-las a enfrentar melhor a violência doméstica (TEIXEIRA, 2013).

A ausência de vínculo e confiança entre os usuários e equipe pode colocar o acompanhamento e tratamento ineficaz. Para que isso não ocorra, é necessário a capacitação contínua dos profissionais para um ajuste entre as equipes, com vistas a uma boa integração (ZANONI et. al., 2020; BASTOS, 2017).

Neste estudo, nove (9) participantes, evidenciaram questões problemáticas quanto ao atendimento, identificação e encaminhamento das mulheres. Profissionais da saúde e da segurança pública foram os mais apontados por elas, como dificultadores do processo de

enfrentamento. Para os profissionais da saúde o foco foi solucionar as questões de urgência e imediatas, sem buscar o reconhecimento da violência conforme os relatos a seguir:

Eles sabiam [profissionais da saúde], algumas pessoas sabiam, mas ninguém nunca me questionou. Ninguém nunca fez nada. (E12).

Eu fui pra delegacia e eles pediram para eu voltar na segunda feira, eles não se preocuparam se ele [esposo] iria me matar. (E15).

As falas demonstram que o atendimento no serviço de saúde e de segurança após as agressões da violência doméstica não as atenderam de forma integral. Evidencia-se a falta de acolhimento as participantes. Estes relatos se repetem em relação a profissionais que atendem mulheres em vulnerabilidade física e emocional.

Vale ressaltar que em março de 2022, foi sancionada a Lei 14.321/2022 (BRASIL, 2022), este dispositivo prevê prisão de até um ano para agentes públicos que submeterem vítimas ou testemunhas de crimes violentos a procedimentos desnecessários, fazendo com que revivam repetidas vezes a violência vivenciada ou presenciada, ocasionando assim novas violências e traumas.

Os resultados apontaram que treze (13) entrevistadas também relataram que houve despreparado dos profissionais do judiciário, conforme as falas a seguir:

“Lá no juizado senti que nada eles iam fazer, ele [ex-marido] foi muito bem tratado, se tivesse café serviriam para ele e eu deixada de lado... nada foi resolvido” (E12).

Essas falas expressam a naturalização e o machismo estrutural que revitimizam as mulheres. Ressalta-se que essas situações fazem com que as mulheres não acreditem nos serviços de enfrentamento a violência. Além desse desafio, a mulher que vivencia a violência doméstica ainda se depara ao desafio da culpabilização, uma vez que ela passa se achar responsável pela situação (FARIAS, 2019).

Além de todos dessa realidade cruel em função dos despreparo dos profissionais, dezesseis (16) participantes relataram o sentimento de se sentirem responsabilizadas e culpadas, ao procurarem auxílio no enfrentamento.

Eu me senti péssima, ele [policial] agiu como se eu quisesse estar ali, como se eu tivesse procurado apanhar, me senti culpada do meu marido ter me batido. (E01).

As pessoas me olhavam e eu me sentia culpada daquilo ali. No exame de corpo de delito me perguntaram assim: O que você fez para estar aqui? (E05).

Percebemos que nas falas a culpabilização das mulheres se fez presente no setor de segurança, como resultado do julgamento moral promovido pelo setor sobre o comportamento da mulher, fortalecendo a violência institucional e fragilizando a rede de enfrentamento e propagando e estimulando a violência de gênero.

Nesse sentido, a capacitação profissional no acolhimento às mulheres em situação de violência é fundamental em todos os serviços. Levine (1989), levanta a importância da confiança do indivíduo no profissional, para que haja segurança em dividir seus segredos, uma vez que pode gerar ansiedades nestes processos. Essa pontuação da teórica é mais uma que se encaixa no processo da mulher ao enfrentamento a violência doméstica, onde percebemos que a confiança e o acolhimento profissional, fez ou não com que as mulheres retomassem seu processo de integridade.

Em outra perspectiva, o cuidado prestado às mulheres em situação de violência, deve ter como eixo principal a busca pela autonomia e também o seu empoderamento, para que possa alcançar a cidadania e se libertar do ciclo de violência. Para Levine (1989, apud TEIXEIRA, 2013), empoderar-se faz parte da conservação da integridade pessoal e significa adquirir o controle da própria vida, permitindo que seja possível definir os próprios compromissos por meio de uma mudança desejável. Entretanto, é preciso respeitar suas crenças, hábitos e estimulá-las a tomar as decisões a partir de suas próprias reflexões em relação às suas vivências (BRASIL, 2012)

Intervir na perspectiva do empoderamento junto às mulheres significa compreender que não se outorga poder aos indivíduos, mas que o poder pessoal está em cada um de nós e pode ser fomentado. Dessa forma, propõem-se medidas que possam estimular o fortalecimento e



aumentar o exercício de sua cidadania, por meio de reflexões sobre autonomia, poder, gênero, concepções de vida e do mundo (COUTO; SAIANI, 2021).

Através do sentimento de pertencimento e acolhimento oferecido nos CEAMs, o empoderamento da mulher faz parte do processo de enfrentamento e que resultou positivamente na vida das vinte (20) participantes, de acordo com as falas a seguir:

Depois do acompanhamento aqui [CEAM] eu comecei a me arrumar, me sentir melhor e procurei um trabalho. (E08).

A psicóloga sempre me ajudou muito. Me sentia feia e hoje eu to melhor, já saio com amigas, já voltei para a igreja, cuido de mim e da minha casa. Estou melhorando. (E14).

Apesar de ainda estar com ele [esposo], eu consegui me empoderar e hoje, vivo melhor com o tratamento daqui e hoje não deixo mais ele abusar de mim. (E09).

Essas falas revelam que a baixa autoestima, identificada nos resultados foi substituída pela recuperação de sua identidade. Desta forma, o acompanhamento oferecido pela instituição, por meio do apoio dos profissionais resultou no empoderamento feminino, propiciando meios para que a mulher se sentisse segura para encerrar o ciclo da violência.

Os resultados evidenciaram que algumas (11) participantes perceberam que a comunicação e trabalho conjunto dos profissionais fizeram a diferença na qualidade do atendimento, pois as orientações recebidas deixaram-nas amparadas e seguras.

Eu estava com medo de denunciar e aqui no CEAM eles me fortaleceram, pedi e fui acompanhada pela advogada. Me senti mais segura e protegida. (E01).

Fui pra delegacia primeiro e uma mulher me atendeu e de lá me encaminharam graças a Deus para o CEAM. (E05).

Do CEAM eu já fui direto para o abrigo e lá fiquei por mais de 04 meses. Eles sempre mantiveram contato e agora eu sou acompanhada pelo CEAM. Eles salvaram minha vida e de meus filhos. (E20).

Esses relatos revelam a importância da intersetorialidade no enfrentamento da violência. Nesse entendimento, a prática da intersetorialidade é uma estratégia cujo resultado esperado é a superação da fragmentação das políticas públicas nas várias áreas onde são executadas. Para tanto, é preciso integrar diferentes setores na resolução do enfrentamento da questão das mulheres em situação de violência. Portanto, nessa perspectiva, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser considerados na sua totalidade, em suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem parcerias com outros setores como habitação, educação, trabalho, cultura e lazer (TEIXEIRA, 2013).

Para Mendonça e Lanza (2021), apesar da intersetorialidade atuar de forma essencial na promoção e equidade a saúde, os desafios das políticas públicas carecem com urgência da integração para ir de encontro aos determinantes sociais, tendo em conta as vulnerabilidades e necessidades.

No que tange ao relacionamento interpessoal do poder judiciário, segurança e assistência social, agentes esses que compõe a rede de enfrentamento com as participantes desta pesquisa. De forma positiva, dentro das unidades de registro, podemos observar as posturas positivas de profissionais que auxiliaram as mulheres na sua integridade social e no enfrentamento a VD, onde nove (09) participantes relataram apoio da área de segurança, três (03) do judiciário e vinte (20) do apoio da assistência social encontrada nos CEAMs, como podemos verificar nas falas a seguir:

Esse policial me atendeu muito bem, me acalmou e me acompanhou me dando força ao corpo de delito. Disse que eu estava fazendo o certo. Eu lembro o nome dele até hoje, ele foi atencioso e me acompanhou até o final e sempre que preciso ir a delegacia eu procuro ele. (E05).

A juíza pediu para que eu não voltasse mais para a minha casa, pois ela não poderia me dar proteção. Dava para ver que ela ficou preocupada comigo, fez o que podia. (E19).

Eu não denunciei. Eu venho aqui no CEAM, sou tratada super bem, me dão todo o apoio profissional que preciso. (E14).

Podemos observar o papel individual de cada profissional envolvido no atendimento a estas mulheres. São profissionais comprometidos com a causa do enfrentamento e que conseguiram dar prosseguimento a integridade destas mulheres e as fortalecerem durante o processo.

Ressalta-se que para integrar uma rede social efetiva, as mulheres e os profissionais necessitam estabelecer uma relação entre si, com objetivos comuns, compartilhando valores e solidificando a comunicação, a fim de que sejam capazes de superar os modelos reducionistas no cotidiano dos serviços (TEIXEIRA, 2015).

Nessa linha de raciocínio, é necessário que as enfermeiras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, assim como em maternidades e serviços de emergência, conheçam as instituições que integram a rede social no âmbito do seu município, bem como horário de funcionamento, localização e atribuições, para que possam encaminhá-las aos serviços especializados, caso haja necessidade.

Pode-se afirmar que a violência de gênero contra a mulher requer a integração de conhecimentos e serviços, além do treinamento dos profissionais no que diz respeito à identificação, acolhimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência aos serviços de saúde, até porque no Brasil, a preocupação em treinar e capacitar os profissionais é uma das prioridades da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

Outra ferramenta que representa um instrumento de socialização e de empoderamento das mulheres é a roda de conversa. Doze (12) entrevistadas afirmaram que participaram dessas atividades.

Aqui tinha roda de conversa antes da pandemia, eu vinha em todas e me senti fortalecida, fui aprendendo e pedi a separação. (E03).

A roda de conversa acontece online agora devido a pandemia, temos muitas trocas e eu me sinto mais leve quando participo, me sinto menos solitária. (E19).

A roda de conversa sempre foi muito boa, me ajudava a pensar. (E13).

Evidenciamos através dessas entrevistas o empoderamento da mulher, o fortalecimento da autoestima e o enfrentamento a violência doméstica, através de uma ferramenta de interação social. Revisitando a Teoria de Levine (1989) os indivíduos se definem através dos seus relacionamentos, onde suas relações são necessárias para manter a integridade social. O indivíduo precisa se sentir um ser social.

Ademais, este achado corrobora com estudos (AMORIN et, al., 2020; COSTA et, al., 2013) que evidenciam que a roda de conversa fomenta reflexões, troca de experiência e gerar benefícios no contexto pessoal, coletivo, cuidado e promoção a saúde mental.

Neste sentido, as enfermeiras como integrante do ambiente externo da mulher em situação de violência, poderão contribuir para a sua melhor adaptação visando a proporcionar a melhoria, manutenção e recuperação da saúde física, sexual, mental e reprodutiva, por meio do cuidado individualizado e integral (TEIXEIRA, 2013). Portanto, a utilização do quatro Princípios da Conservação de Levine nos CEAMs, como ferramenta profissional das enfermeiras, proporcionaria um cuidado integral, visando o equilíbrio energético e a integridade das mulheres. Ademais, representaria mais um campo de atuação profissional.

## 5 CONCLUSÃO

Diante da pesquisa proposta, com suas etapas e metodologias, desde a busca de dados nas plataformas até a conclusão obtida, é possível reafirmar que o universo das mulheres que vivenciam a violência doméstica é majoritariamente um cenário da violência de gênero perpetrada por seus parceiros íntimos.

Os resultados revelaram as características das mulheres que estão em processo de enfrentamento da violência doméstica, assistidas pelos Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAMs) de três municípios do estado do Rio de Janeiro. As participantes da pesquisa possuíam idades variadas entre 28 e 60 anos, sendo a maioria de raça/etnia autodeclarada parda e residentes na baixada litorânea, zona norte do estado do Rio de Janeiro e do município do Rio de Janeiro. Além disso, possuíam boa escolaridade, visto que a maioria havia concluído o ensino médio. Quanto à ocupação, a maioria estava inserida no mercado de trabalho em funções no setor de serviços ou não possuíam ocupação que gerasse renda. A renda familiar e/ou pessoal variou bastante e ficou entre menos de um salário-mínimo e valores acima de cinco salários. Em relação à situação conjugal, a maioria era separada e não se relacionava no momento. O tempo de convivência com os companheiros variou entre três meses e trinta e quatro anos. Em relação aos parceiros íntimos, a faixa etária variou entre vinte e sete e cinquenta e oito anos. O histórico sexual e reprodutivo revelou que a maioria das mulheres era multigesta, que fizeram o pré-natal com número superior ao indicado, que a maioria não planejou suas gestações e quase metade das participantes vivenciaram o aborto, sendo cinco deles de forma insegura. Essas características corroboram com estudos nacionais e internacionais.

Todos os motivos apontados são considerados importantes, pois influenciaram negativamente no ambiente interno das participantes. As mulheres encontravam-se envolvidas intensamente no ciclo da violência, independentemente de estarem ou não em um relacionamento com seus ex-parceiros, visto que a violência não teve um único episódio e não cessou com a separação. Eram constantes, incessantes e voltavam a acontecer, demonstrando o enorme desafio que as mulheres enfrentavam no processo de enfrentamento e rompimento do ciclo de violência.

Os tipos e formas de violência doméstica que as mulheres vivenciaram foram acontecimentos que feriram a integridade estrutural, pessoal e social, divergindo dos direitos das mulheres em sua liberdade e autonomia. Essa situação representa a esfera mais profunda e

complexa da violência contra a mulher, pois elas foram agredidas no lar, ambiente que deveria ser um local seguro. Foram invadidas em todas as suas certezas, incertezas e profundidades por pessoas a quem elas amavam.

O ambiente externo das participantes foi violento e lesivo. Para a maioria, essa violência ocorreu desde a infância e adolescência, cometida por entes familiares, sendo a figura paterna a mais relatada. Já em seus lares na fase adulta, o cenário permaneceu o mesmo, e as formas de violência contra a mulher eram empregadas de maneira concomitante, praticadas por seus parceiros íntimos, impactando significativamente o seu self.

Os desajustes entre o ambiente externo e interno se deram através da violência doméstica, ou seja, a violência de gênero, que contribuiu para a ruptura da totalidade, ocasionando os agravos à saúde e gasto energético que foram identificados, tais como distúrbios alimentares, alterações do peso corporal, distúrbios gastrointestinais, alterações do padrão de sono, hipertensão arterial e hiperglicemia.

Em relação às rupturas da integridade estrutural, encontramos infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), estupros, ausência de libido e dispaurenia, além de abortamentos, dores crônicas, cefaleias, medos e traumas emocionais, visto que o organismo tende a prover sua totalidade física e emocional. Essas lesões derivaram de violência física, psicológica, sexual, moral e patrimonial.

Na ruptura da integridade pessoal, encontramos baixa autoestima, baixa autonomia, baixo autoconceito, ausência de confiança e distúrbios de imagem, como repercussões negativas.

Outro ponto evidenciado foi a ruptura da integridade social, que se deu através da ausência de acolhimento dos familiares, amigos e profissionais, isolamento social, cárcere privado, violência institucional e invisibilidade nos serviços de saúde, o que permeou por insegurança e dúvidas, participando da permanência das mulheres no ciclo de violência. Portanto, as consequências do ambiente externo das participantes implicaram gravemente em seus ambientes internos, com repercussões negativas à saúde.

A utilização dos princípios da conservação da Teoria do Modelo de Conservação de Levine nesse estudo se apresenta como uma possibilidade do cuidado holístico às mulheres em situação de violência de gênero, cuja maior preocupação é conservar sua energia, recuperar a integridade estrutural, pessoal e social. Esta Teoria se apresenta como uma oportunidade de um novo campo de atuação para a Enfermagem, tendo como propósito acolher, aumentar a autoestima, proporcionar bem-estar, preservar a identidade e auxiliar no resgate da autonomia

das mulheres. Destaca-se que essa ferramenta pode ser utilizada em qualquer cenário, incluindo unidades de saúde e de acolhimento como os Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAMs), pautados no vínculo profissional/mulher.

Nesse contexto, o estudo apontou algumas estratégias capazes de contribuir na construção de um cuidado holístico, que proporcione bem-estar e conforto, tais como a implementação das práticas integrativas e complementares já adotadas pelo Sistema Único de Saúde. Além disso, destacou-se a importância da religiosidade e espiritualidade no apoio, esperança e confiança em um novo rumo de suas vidas, fortalecendo-as no processo de enfrentamento à violência e gerando a busca pelo equilíbrio energético.

Observa-se, portanto, a necessidade da inserção da temática "violência de gênero contra a mulher", assim como a discussão sobre a inclusão dessas práticas nas propostas pedagógicas das instituições de ensino de graduação e pós-graduação, na perspectiva da interdisciplinaridade, para que se consiga obter uma mudança no atendimento oferecido às mulheres. Essas propostas devem estar fundamentadas no reconhecimento da violência como objeto da saúde, uma vez que está presente nas unidades de emergência e em outros cenários, como nas Unidades Básicas de Saúde, devendo incluir como eixo o princípio da autonomia das mulheres, buscando estratégias que possam ampliar a humanização no atendimento à mulher.

Por fim, os resultados do estudo mostraram que a violência é um fenômeno que fere a integridade estrutural, pessoal e social das mulheres, e o seu enfrentamento requer ações dos mais variados setores, como saúde, justiça, segurança pública, educação e assistência social.

Nessa perspectiva da interdisciplinaridade, a Enfermagem pode ser incluída na equipe de atendimento dos Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAMs), com a incorporação das práticas integrativas e complementares, contribuindo na recuperação do bem-estar físico, emocional e espiritual tão desgastados decorrentes do seu ambiente externo.

É importante ressaltar algumas limitações deste estudo, como o retorno lento das atividades presenciais no período pandêmico, o que dificultou as anuências dos cenários e as entrevistas, e a lacuna de conhecimento acerca da temática, fundamentada no referencial teórico escolhido.

O percurso até aqui foi de grande aprendizado e vai de encontro ao que acredito como profissional e pessoal. A oportunidade de conhecer melhor a Teoria de Levine, pouco apresentada durante a graduação, fez com que o olhar frente às adversidades vividas por nós mulheres fosse desnudado e que a trajetória tivesse um gosto mais profundo, como o doce e o amargo em uma mesma mordida. O doce da realização ao me permitirem adentrar na intimidade

profunda da vivência da violência doméstica e o amargo de entender que mulheres ainda são invisibilizadas.

Espera-se que este estudo possa ser complementado com outras pesquisas. Enfim, que sejam ampliadas as possibilidades do cuidado da Enfermagem integral para além do oferecido, possibilitando contribuir de maneira positiva para o enfrentamento do fenômeno da violência doméstica e reduzindo a taxa de feminicídio hoje encontrada.



## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de Enfermagem às vítimas de violência doméstica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, e2700016, 2017.

ADHIKARI, R. *et al.* Violência por parceiro íntimo e estado nutricional entre mulheres nepalesas: uma investigação de associações. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 20, n. 1, p. 1-10, jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41620>. Acesso em: 22 jul. 2023.

AGÊNCIA SENADO. Projeto prevê pena maior para violência doméstica contra a mulher. **Senado Notícias**, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/03/08/projeto-preve-pena-maior-para-violencia-domestica-contra-a-mulher>. Acesso em: 9 nov. 2022.

AGNOLIN, J. S. *et al.* Popularização das Práticas Saudáveis Integrativas e Complementares. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 10, p. e431111032927, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32927. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32927>. Acesso em: 1 jun. 2023.

ALCÂNTARA, P. *et al.* Mulheres vítimas de violência atendidas em um centro de referência de atendimento à mulher. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 2, 2020. DOI: 10.36925/sanare.v18i2.1372. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1372>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ALMEIDA, A. *et al.* Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 1, p. 83-90, mar. 2008.

ALMEIDA, C. **Pesquisa feita por Nudem/DPE-GO e Anfibro mostra como a violência doméstica atinge mulheres que têm dor crônica**. Defensoria Pública do Estado de Goiás, 2020. Disponível em: <https://www.defensoriapublica.go.gov.br/noticias/12552-pesquisa-feita-por-nudem-dpe-go-e-anfibro-mostra-como-a-violencia-domestica-atinge-mulheres-que-tem-dor-cronica>. Acesso em: 21 nov. 2022.

ALMEIDA, Suely Souza de. (org.) **Violência de gênero e políticas públicas**. Rio de Janeiro, Editora UFRJ, 2007.

ALVES, Natalia Silveira; SILVEIRA, Isabela Peracio. A violência doméstica e o empobrecimento feminino no Brasil: uma análise a partir da tributação. In: **Anais do 10º CONINTER - Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Niterói (RJ): Programa de Pós-Graduação em, 2021. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/xc22021/432301-a-violencia-domestica-e-o-empobrecimento-feminino-no-brasil-uma-analise-a-partir-da-tributacao>. Acesso em: 11 jul. 2023.

AMARAL, Juliana Bezerra do et al. A religiosidade e a espiritualidade como referências para o enfrentamento da violência doméstica contra idosos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, p. e7126-e7126, 2016.

AMARELLO, Mariana Monteiro; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; SOUZA, Káren Mendes Jorge de. Reiki therapy in the Unified Health System: meanings and experiences in integral health care. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. e20190816, mar. 2021. ISSN 1984-0446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0816>. Acesso em: 25 jul. 2023.

ANDRADE, Mailô de Menezes Vieira. "**Ela não mereceu ser estuprada**": A cultura do estupro, seus mitos e o (não) dito nos casos penais. Dissertação — Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Direito, [s.n.], 2018

ARIÈS, Philippe. **História Social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

ARJONA, Reciane Cristina. **Violência doméstica contra mulher**. Rio Grande do Sul: JUS, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74965/violencia-domestica-contra-mulher#:~:text=A%20viol%C3%Aancia%20dom%C3%A9stica%20contra%20a%20mulher%20%C3%A9%20definida,fato%20deste%20ser%20mulher%20%28BENFICA%3B%20VAZ%2C%202008%2C%20P.201%29>. Acesso em: 17 jul. 2023.

ASSIS, N. Mendes de *et al.* Grupo de empoderamento e terapia comunitária para mulheres em situação de violência doméstica: relato de experiência. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 16, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1145>. Acesso em: 25 jul. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Posicionamento da WPA sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria.** [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/posicionamento-dawpa-sobre-espiritualidade-e-religiosidade-em-psiquiatria/>. Acesso em: 25 jul. 2023.

AVANCI, J.; PINTO, L.; ASSIS, S. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2923-2934, set. 2017.

BALL, Elizabeth F. *et al.* Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, Philadelphia, v. 29, n. 6, p. 359-366, 2017.

BANDEIRA, V. F. **O trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

BAPTISTA, M.; RUEDA, F.; BRANDÃO, E. **Suporte familiar e autoconceito infantojuvenil em acolhidos, escolares e infratores.** *Psicologia: Pesquisa e Prática*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 1-12, jun. 2017.

BARAGATTI, D.Y., *et al.* Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 43, e34, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>

BARBOSA, Amorim, L. *et al.*; A roda de conversa como instrumento de cuidado e promoção da saúde mental: percepção dos usuários dos CAPS. *Nursing (São Paulo)*, [S. l.], v. 23, n. 263, p. 3710–3715, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i263p3710-3715. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/666>. Acesso em: 22 jul. 2023.

BARBOSA, R.; AIQUOC, M. F.; SOUZA, P. R. **Raça e Saúde: Reflexões sobre a Construção Social do Conceito de Raça.** Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2021. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude\\_Barbosa\\_Aiquoc\\_Souza\\_2021.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf). Acesso em: 16 jul. 2023.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BELEZA, Cinara Maria Feitosa *et al.* **O cuidado holístico como base na assistência de Enfermagem ao idoso**. In: Anais do III CIEH (Congresso Internacional de Educação e Humanidades), Campina Grande, Realize Editora, 2013. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/2284>. Acesso em: 16 jul. 2023

BIANCHINI, Alice. **Lei Maria da Penha: aspectos criminais e políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero**. São Paulo: Tirant, 2020.

BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. São Paulo: Sextante, 2006.

BONAMINGO, V. G. *et al.* **Violência doméstica: análise conceitual evolucionista de Rodgers**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, supl. 3, 2021.

BOND, L. **Casos de feminicídio crescem 22% em 12 estados durante pandemia**. Agência Brasil, Brasília, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>. Acesso em: 25 set. 2021.

BORGES, Talita. **Pena de um corpo só: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto**. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2019.

BRANDÃO, E. R. **Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da Delegacia da Mulher**. Physis, v. 16, n. 2, p. 207-231. 2006.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 5000/2016**. Institui a Política Nacional de Informações Estatísticas Relacionadas à Violência contra a Mulher (Pnainfo). Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2081915>. Acesso em: 16 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. **Mapa da violência Contra a Mulher**, 2018. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2018.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. Estudo Técnico 16/2020. **Execução Orçamentária de Ações de Combate à Violência Contra a Mulher**. Brasília, DF, jun. 2020. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2020/ET16\\_Violencia\\_MULher.pdf](https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2020/ET16_Violencia_MULher.pdf). Acesso em: 12 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional do Ministério Público. **Violência contra a mulher: um olhar do Ministério Público brasileiro** / Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: CNMP, 2018. 244 p. il. ISBN 978-85-67311-43-2. Disponível em: [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO\\_WEB\\_1\\_1.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf). Acesso em 20 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 1996. Seção 1, p. 12.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.714, de 19 de agosto de 2003**. Autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 2003, 14 ago. 2003. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher - Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2015. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 dez. 2019. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 14.022, de 7 de julho de 2020.** Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da corona vírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Poder Legislativo, 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 14.358, de 29 de dezembro de 2022.** Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a partir de 1º de janeiro de 2022. Brasília: Presidência da República, [data de publicação não informada]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos?tipo=LEI&numero=14358&ano=2022&ato=6b0UTU61kMZpWT063#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20valor%20do,1%C2%BA%20de%20janeiro%20de%202022>. Acesso em: 16 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, [data de publicação não informada]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 16 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **A violência contra a mulher.** Brasília, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190215\\_tema\\_d\\_a\\_violencia\\_contra\\_mulher.pdf](https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190215_tema_d_a_violencia_contra_mulher.pdf). Acesso em: 12 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. **Violência contra a mulher e as práticas institucionais.** Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Parceiros do Pacto.** Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/publicacoes-institucionais/parceiros-do-pacto>. Acesso em: 12 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento.** Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: MS, 2006

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 28 de março de 2017. Estabelece a Política de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 25 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012: **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico**. Brasília, v. 51, n. 49, dez. 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/17/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_49.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/17/boletim_epidemiologico_svs_49.pdf). Acesso em: 12 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos. **Ligue 180: Central de Atendimento à Mulher registrou 1,3 milhão de chamadas em 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/05/central-de-atendimento-a-mulher-registrou-1-3-milhao-de-chamadas-em-2019>. Acesso em: 12 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas Especiais para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília, DF, 2012.

BRITO, Joana Christina de Souza; EULALIO, Maria do Carmo; JUNIOR, Edivan Gonçalves da Silva. A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência

Doméstica. **Contextos Clínicos** [online]. 2020, vol. 13, n. 1, pp. 198-220. ISSN 1983-3482. DOI: 10.4013/ctc.2020.131.10.

BRUHN, Marília Meneghetti; LARA, Lutiane de. Rota crítica: a trajetória de uma mulher para romper o ciclo da violência doméstica. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 70-86, jul. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000200005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 jul. 2023.

BRUM, R. *et al.* **Transgeracionalidade e violência**: um estudo com mulheres vítimas de relações conjugais violentas. *Psicologia em Pesquisa*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 123-140, 2021.

CAILLAT, M. **Características do indivíduo na relação entre os maus-tratos na infância e a violência conjugal na idade adulta**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2020. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94575>. Acesso em: 12 jul. 2023.

CALHEIROS, Barbara M. *et al.* **Legítima Defesa da Honra aplicada no Direito brasileiro**. Vila Velha: Faculdade Novo Milênio, 2018. Disponível em: <https://warleyc.jusbrasil.com.br/artigos/497192400/legitima-defesa-da-honra-aplicada-no-direito-brasileiro>. Acesso em: 16 jul. 2023.

CAMÍCIA, E; SILVA, S; SCHMIDT, B. **Abordagem da Transgeracionalidade na terapia sistêmica individual**: um estudo de caso clínico. *Pensando Famílias*, Serra Gaúcha, v. 1, n. 20, p.68-82, abr. 2016

CARVALHO, Milca Ramaiane da Silva *et al.* Estratégias de enfrentamento da violência doméstica: depoimento de mulheres envolvidas com drogas. **Escola Anna Nery** [online], v. 23, n. 2, e20180291, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0291>. Acesso em: 17 jul. 2023.

CARVALHO, Rosemeire de Jesus; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. Efeitos da massoterapia sobre o sistema imunológico. ID on line. **Revista de psicologia**, v. 12, n. 40, p. 353-366, 2018.



CASIQUE, L.; FUREGATO, A. Ra. F. Violence against women: theoretical reflections. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 950-956, dez. 2006.

CASTRO, L.; MORETO, F.; PEREIRA, T. Problemas e Oportunidades da Saúde Brasileira. In: **Ciências Biológicas e da Saúde**. Paraná: Atena Editora, 2020. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/problemas-e-oportunidades-da-saude-brasileira-3>. DOI: 10.22533/at.ed.726201610. ISBN: 978-65-5706-470-2.

CENTRO DE DIREITO INTERNACIONAL. **Declaração e Programação de Ação em Viena**. Conferência Mundial dos Direitos Humanos. Viena, 24-25 jun. 1993.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R.; PASINATO, W. **Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres no Brasil**. [S.l: s.n.], 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9705-td2501.pdf>”. Acesso em: 12 jul. 2023.

CHAKIAN, S. Lei Maria da Penha: um basta à tolerância e banalização da violência contra a mulher. In: Instituto Patrícia Galvão (Org.). **Violência doméstica e familiar contra a mulher – Um problema de toda a sociedade**. São Paulo: Paulinas, 2019.

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público. **Feminicídio: panorama nacional e perspectivas de enfrentamento**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO\\_WEB\\_1\\_1.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf). Acesso em: 14 jul. 2023.

COELHO, J. C. et al. Hypertension is the underlying cause of death assessed at the autopsy of individuals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03457, 2019.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM **Resolução COFEN nº 564/2017**. [S.l: s.n.], 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 16 jul. 2023.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 581/2018** – Alterado pelas decisões COFEN nºs 65/2021 e 120/2021. Especialidades do Enfermeiro por área de abrangência. Área I - Saúde Coletiva; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde do

Adulto (Saúde do Homem e Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Urgências e Emergências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/07/Resolucao-Cofen-no-581-2018-ANEXO-Alterado-Pelas-Deciso-es-65-2021-e-120-2021.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **La pandemia en la sombra: femicidios o feminicidios ocurridos en 2020 en América Latina y el Caribe**. Santiago: CEPAL, 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Relatório Anual 2000**. Relatório nº 54/01. CASO 12.051 - MARIA DA PENHA MAIA FERNANDES. Brasil. 4 de abril de 2001. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm>. Acesso em:

CORREIA, C. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 176-182, dez. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762018000400176](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400176). Acesso em: 12 jul. 2023.2018.

CORONEL, Ana Lúcia Couto; SILVA, Helena Terezinha Hubert. Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], v. 41, e19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.19>. Acesso em: 23 de julho de 2023. ISSN 1680-5348. Epub 26 Jun 2018.

CORREIA, L.; LINHARES, M. Enxaqueca e Estresse em Mulheres no Contexto da Atenção Primária. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 30, n. 2, p. 67-75, jun. 2014.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira *et al.* As rodas de conversas como ferramenta de promoção da saúde em enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 7, n. 10, p. 6184-6189, set. 2013. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12255/14885>. Acesso em: 22 jul. 2023. doi: 10.5205/1981-8963-v7i10a12255p6184-6189-2013.

COUTO, M. C. DO A.; SAIANI, C. C. S. Dimensões do empoderamento feminino no Brasil: índices e caracterização por atributos locais e individuais e participação no Programa Bolsa Família. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. e0147, 2021.

CRAMER, Holger *et al.* Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Depression and anxiety**, v. 35, n. 9, p. 830-843, 2018.

CREMESP - CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Bioética e a violência contra a mulher. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2017, p. 184.

CRENSHAW, Kimberlé W. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, pp. 171-188, 2002.

DAVIES, R. *et al.* Associação de Violência por Parceiro Íntimo (IPV) e Obesidade Identificada por Profissionais de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 5, jul. 2016.

DIAS, L. B.; PRATES, L. A.; CREMONESE, L. PERFIL, FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. SANARE - **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2021. DOI: 10.36925/sanare.v20i1.1555. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1555>. Acesso em: 17 jul. 2023.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, fev. 2017.

DINIZ, N.M.F. *et al.* Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador - BA. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1187-1194, dez. 2011.

DOSSEY, Barbara; KEEGAN, Lynn. **Holistic nursing: A handbook for practice**. Jones & Bartlett Learning, 2008.

EL-NIMR, Nessrin Ahmed *et al.* Violence against women in a slum area in Helwan, Cairo, Egypt: A community based survey. **Journal of Research in Health Sciences**, v. 20, n. 1, p. e00466, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585755/>. Acesso em: 16 jul. 2023.

FARIAS, Mariana Gonçalves. **Culpabilização de mulheres vítimas de estupro: subtipos femininos e variáveis correlatas**. 2019. 114 f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/41556>. Acesso em: 20 jul. 2023.

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 3ª Edição (DataFolha/FBSP), 2021. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-3a-edicao-datafolha-fbsp-2021/>. Acesso em: 22 jul. 2023.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Violência contra mulheres 2021**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/03/violencia-contramulher-2021-v5.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2023. ISBN 978-65-89596-25-7.

FERDOS, J.; RAHMAN, M. **Exposição à violência por parceiro íntimo e desnutrição entre mulheres adultas jovens de Bangladesh**: estudo transversal de uma amostra nacionalmente representativa. v. 34, n. 7, 6 ago 2018.

FERRANTE, F. G. *et al.* Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 863-874, out./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6DtrDkgk3tsrxSWb9x9ZGpr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FIEMG – Federação das Indústrias do Estado de Minas Gerais. **Combater violência contra a mulher permitiria ao Brasil incrementar PIB em R\$ 214,4 bilhões**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <https://www7.fiemg.com.br/Noticias/Detalhe/combater-violencia-contramulher-permitiria-ao-brasil-incrementar-pib-em-r-214-4-bilhoes>. Acesso em: 20 out. 2022

FMI – International Monetary Fund. **How Domestic Violence is a Threat to Economic Development**. Washington, D.C., 2021. Disponível em: <https://www.imf.org/pt/Blogs/Articles/2021/11/24/how-domestic-violence-is-a-threat-to-economic-development>. Acesso em: 16 jul. 2023.

FREITAS, M. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], 5 mar. 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1211>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FREITAS, Ana Angélica de Souza; COELHO, Maria José. Estudo de casos múltiplos: homens hospitalizados com traqueostomia sob a perspectiva do Modelo de Conservação de Levine. Trabalho apresentado no **16º SENPE - Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Campo Grande, MS, 19 a 22 de junho de 2011. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/6432/1/Estudo%20de%20Casos%20M%C3%BAltiplos%20Homens%20Hospitalizado%20com%20Traqueostomia%20sob%20a%20Perspectiva%20do%20Modelo%20de%20Conserva%C3%A7%C3%A3o%20de%20Levine.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2023.

GARCIA, L., *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 171-184, jan-mar. 2016.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. Salvador: E.F. Góes, 2018. 105 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Orientadora: Profa. Dra. Estela Aquino.

GONÇALVES, Juliane Piasseschi de Bernardin *et al.* The role of religiosity and spirituality in interpersonal violence: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 45, p. 162-181, 2023.

GRECH, V.; MAMO, J. Gendercide: a review of the missing women. **Malta Medical Journal**, Msida, v. 26, n. 1, p. 8-11, 2014. Disponível em: <http://www.um.edu.mt/umms/mmj/PDF/418.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2017.

GREPI, Giovanna. Estudo compara disfunção de sexualidade em mulheres que foram ou não vítimas de violência sexual. **Jornal da USP**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/estudo-compara-disfuncao-de-sexualidade-em-mulheres-que-foram-ou-nao-vitimas-de-violencia-sexual/>. Acesso em: 21 nov. 2022.

GUEDES, M. E. F. Gênero, o que é isso? **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 15, n. 1-3, p. 4-11, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/np6zGkghWLVbmLtdj3McywJ/#>. Acesso em: 22 jul. 2023.

GUIMARÃES, Aline Pinheiro Macedo; NETO, César Melchisedech Silva. A formação do self e a dependência afetiva: uma revisão bibliográfica da abordagem centrada na pessoa. **Revista NUFEN**, Belém, v. 7, n. 2, p. 48-77, dez. 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912015000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912015000200004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 9 nov. 2022

GUIMARÃES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade** [online]. 2015, v. 27, n. 2 [Acessado 17 Julho 2023], pp. 256-266. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>. Epub May-Aug 2015. ISSN 1807-0310.

GUIMARÃES, R. *et al.* Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Revista Cuidarte**, Campina Grande, v. 12, n. 2, abr. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904789>. Acesso em 9 nov. 2022

HOLANDA, E. R. de *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6580>. Acesso em: 22 jul. 2023.

HUBER, Luiza; NUNES, Mônica. Enfrentamento de Violência nas Relações de Gênero: A Contribuição da Massagem Terapêutica - Uma Experiência no Meio Popular. **O Público e o Privado**, v. 3, n. 6, p. 7-18, jul./dez. 2005.

IBCCRIM – INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. **Machismo institucional: o papel do estado na revitimização das mulheres em situação de violência de gênero**. São Paulo: IBCCRIM, 2022. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/noticias/exibir/8951>. Acesso em: 10 jul. 2023.

IBDFAM – INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DA FAMÍLIA. **Estupro marital frente aos deveres conjugais**. [S.l: s.n.], 2016. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br/noticias/namidia/12973/estupro+marital+frente+aos+deveres+conjugais>. Acesso em: 9 nov. 2022.

IBDFAM – INSTITUTO BRASILEIRO DE DIREITO DA FAMÍLIA. **O conceito de família: origem e evolução**. [S.l: s.n.], 2019. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/index.php/artigos/1610/o+conceito+de+fam%C3%ADlia:+origem+e+evolu%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 9 nov. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010: Número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião.** [S.l.], 2013. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14244-asi-censo-2010-numero-de-catolicos-cai-e-aumenta-o-de-evangelicos-espíritas-e-sem-religiao>. Acesso em: 25 jul. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31157-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 10 jul. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Munic 2018: apenas 8,3% dos municípios têm delegacias especializadas de atendimento à mulher.** Estatísticas Sociais, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25499-munic-2018-apenas-8-3-dos-municipios-tem-delegacias-especializadas-de-atendimento-a-mulher#:~:text=Dos%201.109%20munic%C3%ADpios%20com%20organismo,%25%20>. Acesso em: 22 de julho de 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada 2021.** Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2023.

IMP – INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher - PCS VDF Mulher.** Ceará, julho 2019. 93 p

IMP – INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Saiba como identificar as três principais fases do ciclo e entenda como ele funciona.** [S.l.]: Instituto Maria da Penha, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 20 ago. 2021

IPG - INSTITUTO PATRICIA GALVÃO. **Percepções da população brasileira sobre feminicídio,** 2021. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/dados-e-fontes/pesquisa/percepcoes-da-populacao-brasileira-sobre-feminicidio-instituto-patricia-galvao-locomotiva-2021/>. Acesso em: 10 de nov. 2022.

ISP– INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Dossiê mulher 2021**: Dados da violência contra a mulher no estado do Rio de Janeiro em 2020. Organizadores: Governo do Rio, Secretaria de Segurança, Instituto de Segurança Pública, 2021. Disponível em: [http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/uploads/InfograficoDossieMulher2021.pdf](http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/InfograficoDossieMulher2021.pdf). Acesso em: 10 jul. 2023.

ISP– INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Monitor da violência doméstica e familiar contra a mulher no período de isolamento social**. In: ISP dados. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/monitor/index.html>. Acesso em: 22 ago. 2021

LEITE, B. L. P. *et al.* Identification and conduct of nurses in the face of intimate partner violence against pregnant women. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. e53811326811, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26811. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26811>. Acesso em: 22 jul. 2023.

LEITE, F. M. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamento indutor do sono entre mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde: estudo transversal em Vitória, Espírito Santo, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021347, 2022.

LEITE, K. *et al.* Violência de gênero e a formação médica. In: Anais do I Congresso Internacional de Educação: diversidade, formação e saberes docentes, 2018, Monte Claros. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/cied/papers/violencia-de-genero-e-a-formacao-medica?lang=pt-br>. Acesso em: 13 jul. 2023.

LEVINE, M. E. The conservation principles of nursing: twenty years later. **Conceptual models for nursing practice**, v. 3, p. 325-337, 1989.

\_\_\_\_\_. Conservation and Integrity. In: PARKER, M. **Nursing theories in practice**. 1st edition. New York: National League for Nursing. 1990.

LEVINE, Myra E.; SCHAEFER, Kathleen M.; POND, Janet B. The conservation principles: a model for health. In: SCHAEFER, Kathleen M.; POND, Janet B. **Levine's conservation model: a framework for nursing practice**. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1991.



LIMA, C. S. L. *et al.* **Ficha Técnica do Projeto Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 3ª edição. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2023.

LUCENA, Kerle Dayana Tavares de *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Jornal de Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000200003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 jul. 2023. DOI: 10.7322/jhgd.119238.

MACEDO, L.; SILVEIRA, A. **Self**: um conceito em desenvolvimento. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 22, n. 52, p. 325-334, ago. 2012.

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, suppl 3 [Acessado 17 Julho 2023], pp. 5003-5012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020>. Epub 15 Nov 2021. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020>.

MAIA, L. R. **A cultura do machismo e sua influência na manutenção dos relacionamentos abusivos**. Psicologia-Tubarão, Tubarão, 2017. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/3896/Laura%20tcc%20%20versao%20final%20pdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em: 16 jul. 2023.

MARCACINE, K. O. *et al.* Intimate partner violence among postpartum women: associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)**, v. 71, p. 1306-1312, 2018.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 23, n. Suppl 01, e200007. SUPL.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 17 jul. 2023. ISSN 1980-5497.

MCCLOSKEY, Laura A. The Effects of Gender-based Violence on Women's Unwanted Pregnancy and Abortion. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, v. 89, n. 2, p. 153-159, 2016.

MELO, Adriana Ramos de (Org.). **Seminários 30 Anos da Carta das Mulheres aos Constituintes**. Anais de Seminários 30 anos da carta das mulheres aos constituintes. Rio de Janeiro: EMERJ, 2018. Disponível em: [https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/anais\\_de\\_seminarios\\_da\\_emerj/edicoes/volume1\\_2018/anais\\_de\\_seminarios\\_da\\_emerj\\_volume1\\_2018.pdf#page=10](https://www.emerj.tjrj.jus.br/publicacoes/anais_de_seminarios_da_emerj/edicoes/volume1_2018/anais_de_seminarios_da_emerj_volume1_2018.pdf#page=10). Acesso em: 23 jul. 2023.

MENDONÇA, Edna Mara; LANZA, Fernanda Moura. Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 2, p. 155-164, jun. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2021000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 22 mar. 2023.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 9 [Acessado 17 Julho 2023], pp. 3077-3086. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>. ISSN 1678-4561. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>.

MENEZES, M. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020801, fev. 2021.

MENEZES, Paulo Ricardo de Macedo *et al.* Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade** [online], v. 23, n. 3, pp. 778-786, 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>. Acesso em: 17 jul. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MLAMBO-NGCUKA, Phumzile. **Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres**. ONU Mulheres-Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>. Acesso em: 20 out. 2022.

MONTENEGRO, R. Mulheres e cuidado: responsabilização, sobrecarga e adoecimento. In: Encontro Nacional de Pesquisadoras/ES em Serviço Social, 16., 2018, Vitória, ES. **Anais do**

**XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/ES em Serviço Social.** Vitória: [s.n.], 2018. p. 1-19.

MORAES, I. E. C.; PEREZ, D. K. **Violência doméstica: transmissão geracional e a naturalização de comportamentos de violência e submissão.** Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos UNIFIO/FEMM, 2019. Disponível em: <http://www.cic.fio.edu.br/anaisCIC/anais2019/pdf/15.19.pdf>. Acesso em 20 jul. 2023.

MOREIRA, D. A. A. *et al.* Assistência de Enfermagem ao paciente com sepse: análise à luz do modelo conceitual de Myra Levine. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210368, 2022.

MOREIRA, S. *et al.* Physical violence against women from the perspective of health professionals. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1083-1090, dez. 2008.

MOREIRA, Regina de Souza; SANTANA JUNIOR, Rui Nei de Araújo; POSSO, Maria Belén Salazar. Espiritualidade, enfermagem e dor: uma tríade indissociável. **BrJP**, v. 4, p. 344-352, 2021.

NASCIMENTO, V. F. do *et al.* Desafios no atendimento a casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arquivos Ciências da Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2019.

NAVARRO-SWAIN, T. O patriarcado rides again. In: STEVENS, C., OLIVEIRA, S., ZANELLO, V., SILVA, E., PORTELA, C. (orgs.). **Mulheres e violências: interseccionalidades.** Brasília: Technopolitik, 2017. p. 50-64.\

NCCIH - National Center for Complementary and Integrative Health. **NCCIH 2016 strategic plan** [online]. Disponível em: <https://nccih.nih.gov/about/strategic-plans/2016>. Acesso em: 25 jul. 2023.

NETTO, L. A. *et al.* Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **REME** (Revista Mineira de Enfermagem), Minas Gerais, v. 22, n. 1149, p. 1-11, nov. 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180080. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1292>. Acesso em: 22 ago. 2021.

NIXON, A. V.; NARAYANASAMY, A.; PENNY, V. An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. **BMC Nursing**, v. 12, p. 2, 2013. Londres, Reino Unido. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-2>.

NUNES, Ana Clara de Arruda; SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo. Análise das vivências de violência doméstica em mulheres evangélicas pentecostais e neopentecostais. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 58-72, dez. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702021000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 jul. 2023.

OLIVEIRA, S. Política e resiliência – apaziguamentos distendidos. **Ecopolítica**, São Paulo, v. 3, p. 105-129, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/13067>. Acesso em: 12 jul. 2023.

OLIVEIRA, Maribia Taliane de; FERIGATO, Sabrina Helena. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 508-521, 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Alma-Ata 1978 – **Cuidados primários de saúde. Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Brasília: Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. In: **OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde**. 09 mar. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 24 ago. 2021.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Violência Contra as Mulheres. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 9 nov. 2022.

PALHONI, Amanda Rodrigues Garcia *et al.* Representações de mulheres sobre qualidade de vida e sua relação com violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 1701-1708, mar. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/view/15241>. Acesso em: 17 jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15241p1701-1708-2017>.

PAZ, Potiguara de Oliveira *et al.* Vulnerabilidade de Mulheres em Situação de Violência em Serviço Especializado. **Aquichan**, Bogotá, v. 19, n. 2, e1922, junho de 2019. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972019000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 de julho de 2023. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.2>.

PIEROTTI, Camila Faria; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; TERRA, Maria Fernanda. A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária í saúde/The violence against woman in primary health care. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 12-18, 2018.

PINHEIRO, Eslia Maria Nunes et al. “Eu me sentia um nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320108, 2022.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria de. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 560-572, 2012.

PLATAFORMA MULHER SEGURA. **Campanha "Você Não Está Sozinha"**. Disponível em: <https://www.mulhersegura.com/vocenaostasozinha>. Acesso em: 21 nov. 2022

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

PORTELLA, AP. **Como morre uma mulher? Configurações da violência letal contra mulheres em Pernambuco** [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ. **Bem-vindo a Macaé**. Macaé.rj.gov, 2021. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/cidade/conteudo/titulo/capital-nacional-do-petroleo>. Acesso em: 01 dez 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DAS OSTRAS. **Dados Municipais**. Rio das Ostras, 2021. Disponível em: <https://www.riodasostras.rj.gov.br/dados-municipais/>. Acesso em: 01 dez. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Projeto Novos Rumos:** empresas começam a oferecer vagas para mulheres em situação de violência doméstica. Prefeitura.rio, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.rio/noticias/projeto-novos-rumos-empresas-comecam-a-oferecer-vagas-para-mulheres-em-situacao-de-violencia-domestica/>. Acesso em: 01 dez. 2021.

PURIFICAÇÃO, Marcelo Máximo *et al.* A violência contra a mulher numa perspectiva histórica—uma questão de gênero. **C&D-Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v. 10, n. 3, p. 465-473, 2017. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/fag5u4rabzbqhp5beuinv6ostu/access/wayback/http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/677/355>. Acesso em: 16 jul. 2023.

RAMOS, Silvia (coord.). **A dor e a luta: números do feminicídio**. Rio de Janeiro: Rede de Observatórios da Segurança/CESeC, mar. 2021. Disponível em: <https://cesecseguranca.com.br/textodownload/a-dor-e-a-luta-numeros-do-feminicidio/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

RAZERA, Juliana; CENCI, Claudia; FACKE, Deise. Violência Doméstica e Transgeracionalidade: Um Estudo de Caso. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 47-51, jun. 2014.

ROMEIRO, N.; BEZERRA, A. A naturalização da violência contra a mulher e a trajetória da criminalização da violência sexual no Brasil. TPBCI - **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 22-37, 2020.

SAFFIOTI, Heleieth IB. **Violência doméstica sob a Lei 9.099/95**. Relatório apresentado ao CNPq, 2003.

SAGOT, Montserrat. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina:** estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

SANT'ANNA, T. C.; PENSO, M. A. A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 33, n. 4, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33427>.

SANTI, L *et al.* Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 522-528, set. 2010.

SANTOS, B. S. *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2579-2588, mai. 2020.

SANTOS, J.; SANTOS, C. Considerações sobre a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 39, p. 231-240, dez. 2020.

SANTOS, Jeová Rodrigues dos. **The phenomenon of violence against women in Brazilian society and its historical and religious roots**. 2014. 260 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

SANTOS, L.; SANTOS, J. A revitimização da mulher perante o sistema de justiça brasileiro: a violência que invade os espaços de proteção à mulher. In: **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 9., 2019, São Luís, Maranhão, Brasil.

SANTOS, W.; FREITAS, M. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, e-1134, 2018.

SANTOS, Walquiria Jesusmara dos; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, 2017. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1186>. Acesso em: 16 jul. 2023.

SARDENBERG, Cecilia; TAVARES, Márcia S. **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento**. EDUFBA, 2016.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

SIEGFRIED, Kristy. **Violência contra a mulher aumenta durante a pandemia de COVID-19**. ACNUR- Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2020/11/25/violencia-contr-a-mulher-aumenta-durante-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 20 out. 2022.

SILVA, Cecília Aparecida; PAULINO, Pedrita. Violência doméstica contra a mulher: Olhares da psicologia e intercessão com a dimensão espiritual/religiosa. **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, v. 3, n. 6, 2022.

SILVA, E. *et al.* Um olhar da psicologia sobre a autoestima de mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia em Pesquisa**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, 2019.

SILVA, I.; MELO, E. Atendimento a vítimas de violência doméstica na emergência: a Enfermagem e o cuidado. **Temas em Saúde FESVIP**, Fortaleza, v. 2, n. 1, 2019.

SILVA, M. P. S. *et al.* A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3057-3064, ago. 2017.

SILVA, V. G. DA; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. e20190371, 2020.

SIQUEIRA, Thais Pereira. **Violências contra as mulheres: os serviços de atendimento especializado e a produção de modos de trabalho e de subjetivação** [tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/212735>. Acesso em: 16 jul. 2023.

SOARES, J.; LOPES, M. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1403-1413, set. 2018

SOUZA, M.; SILVA, M. Estratégias de enfrentamento de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura brasileira. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 153-166, jun. 2019.



SOUZA, T. M. C. *et al.* Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018.

SOUZA, T.; SANTANA, F.; MARTINS, T. Violência contra a mulher, polícia civil e políticas públicas. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 13, n. 4, out. 2018.

SPERRY, Len Ed; SHAFRANSKE, Edward P. Spiritually oriented psychotherapy. **American Psychological Association**, Washington, D.C., 2005. Disponível em: <https://www.apa.org/pubs/books/4317055>.

STEEN, M.; FRANCISCO, A. Bem-estar e saúde mental materna. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, ago. 2019.

STEFANINI, J. R. *et al.* Violência intrafamiliar e as repercussões para a saúde da mulher: compreendendo a história de Antônia. **Revista. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 1, p. 122-136, abr. 2019

TAHERZADEH, Zhila *et al.* Evaluation of sedative effects of an intranasal dosage form containing saffron, lettuce seeds and sweet violet in primary chronic insomnia: A randomized, double-dummy, double-blind placebo controlled clinical trial. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 262, p. 113-116, 2020.

TEIXEIRA, S. V. B. *et al.* Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (Online)**, v. 49, p. 882-889, 2015

TEIXEIRA, S. V. B. **Violência de gênero contra a mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine**. Rio de Janeiro, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 882-889, 2015.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Campanha Você Não Está Sozinha:** Rede de proteção é essencial para acolher mulheres vítimas de violência. 2020. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/campanha-voc%C3%AA-n%C3%A3o-est%C3%A1-sozinha-rede-de-prote%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-essencial-para-acolher-mulheres-v%C3%ADtimas-de>. Acesso em: 21 nov. 2022.

VALLE, Tânia Gracy Martins do (Org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/109318>. Acesso em: 12 jul. 2023.

VASCONCELOS, M. E. Práticas institucionais: revitimização e lógica familista nos JVDfMs. **Direito em Movimento**, Fortaleza, p. 47-100, 2015.

VIEIRA, P.; GARCIA, L.; MACIEL, E. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, e210032, 2020.

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Soc Sci Med**. 2006 Mar;62(6):1486-97. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001. Epub 2005 Sep 13. PMID: 16168541.

ZANATTA, J. A. *et al.* Algumas reflexões sobre a pesquisa qualitativa nas ciências sociais. **Estudos de Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 344-359, ago. 2012.

ZANONI, Eliton Marcio *et al.* O cuidado interdisciplinar e intersetorial nas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, maio/2020, vol. 14, n. 50, p. 1282-1295. ISSN 1981-1179.

ZART, Louise; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; PIBIC, P. Perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. **Erechim: Perspectiva**, v. 39, n. 148, p. 85-93, 2015.

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado “Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica na à luz dos princípios da conservação de Levine” porque a senhora está sendo acompanhada pelo Centro Especializado de Atendimento à Mulher e se encaixa dentro dos critérios de inclusão de nossas participantes, que são: mulheres entre 18 e 60 anos, que vivenciaram alguma forma de violência doméstica e desejam participar voluntariamente da pesquisa, por meio de entrevista individual e semiestruturada.

Este projeto tem como objetivos: descrever o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; compreender a vivência de violência doméstica das mulheres; analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica; identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de Referências; discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência doméstica.

Todas as informações fornecidas por você serão sigilosas e confidenciais, mesmo assim, você tem o direito de não participar do estudo. As informações coletadas contribuirão compreender a vivência da violência doméstica pela mulher, analisar o enfrentamento e identificar os serviços percorridos.

Caso você não deseje responder quaisquer perguntas que a façam sentir-se constrangidos, poderá optar por não responder e será garantida a sua liberdade em retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ou seja, desistir, sem penalização alguma ao seu atendimento na unidade.

O procedimento da pesquisa caso você decidir integrar esse estudo, será a sua participação em uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos as informações coletadas como parte do objeto de pesquisa. Os horários de agendamento serão de acordo com sua disponibilidade e da unidade, no que se refere ao local para a entrevista, se dará em uma sala privativa cedida pela instituição.

Todas as entrevistas serão gravadas em áudio e transcrita pela pesquisadora. Serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado ou citado em nenhum documento. Todos os documentos que fazem parte dessa pesquisa, permanecerão arquivados sigilosamente. Os áudios serão utilizados somente para a coleta de

dados. Você tem o direito em pedir interrupção ou exclusão a qualquer momento, no entanto, se você não desejar realizar a gravação, você não poderá participar desse estudo.

Tendo em consideração que toda a pesquisa oferece algum tipo de risco, pontuamos as que poderão ocorrer em sua participação, visto que a coleta de informações através de um formulário de entrevista poderá proporcionar possíveis instabilidades emocionais, como possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas, desconforto emocional, vergonha, choros e ansiedade relacionadas aos relatos das situações vivenciadas. Você também poderá ter cansaço e desconforto pelo tempo gasto para responder as perguntas, entretanto, visando minimizar os riscos o pesquisador garante o sigilo em relação as suas respostas e seu anonimato, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, a entrevista ocorrerá em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, em uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa e será garantido seu direito a interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio.

Caso seja necessário, a pesquisadora realizará os devidos encaminhamentos à psicologia ou a outro profissional, que achar pertinente no mesmo serviço onde a mulher está sendo acompanhada. Sua concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição e relação civil e social com a pesquisadora, a universidade de origem e o CEAM que lhe acompanha.

Em função da pandemia do SARS-COV-2 (COVID-19), de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a pesquisadora utilizará os equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, tais como: máscara cirúrgica, óculos de proteção, face shield, capote e o uso do álcool em gel, além de respeitar as medidas de prevenção como: lavagem das mãos com água e sabão antes e depois do contato com o participante; evitar ações que incluam toques, como aperto de mão, por exemplo, em todo o tempo em que houver permanência na Instituição. Será disponibilizado o álcool a 70%, máscaras cirúrgicas e mantido a distância mínima de 1,5 metros entre a pesquisadora e participantes.

As participantes da pesquisa terão o direito ao ressarcimento das despesas decorrentes de sua participação na pesquisa e a indenização caso vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei.

Dentro dos benefícios que a pesquisa contribuirá está o aumento do conhecimento na área da Saúde Pública no que se refere ao enfrentamento da violência contra a mulher, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte desse estudo, você receberá mais informações sobre o objeto deste estudo, que tem relevância na formação de Políticas Públicas que beneficiarão as mulheres que vivenciam a violência doméstica.

Em respeito a confidencialidade as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Aceitando fazer parte desta pesquisa, a entrevista será no Centro de Referência a Mulher.

Assinando este consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. O investigador deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar. A gravação da entrevista durará no máximo 1h.

Nos comprometemos a seguir todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e às Resoluções 466/12 e 510/2016 que versam sobre a ética em pesquisa com seres humanos. Caso a senhora aceite participar dessa pesquisa, você receberá uma via do TCLE e, caso queira, como pode entrar em contato com o pesquisador e/ou o Comitê de Ética responsável pela autorização da pesquisa.

### **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:**

Esta pesquisa está sendo realizada nos seguintes cenários: Centro Especializado de Atendimento à Mulher Chiquinha Gonzaga, localizado no município do Rio de Janeiro, no Centro Especializado de Atendimento à Mulher localizado no município de Rio das Ostras e no Centro Especializado de Atendimento à Mulher localizado no município de Macaé.

Eu, Yamê Regina Alves, enfermeira, mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – PPGENF, sou a pesquisadora principal, sendo orientada da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma

Villas Boas Teixeira. Caso seja necessário, nos contate pelos e-mails: yamealves@edu.unirio.br e selma.teixeira@unirio.br, pelo Comitê de Ética em Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 40. Centro – RJ. CEP: 20031-040 Telefone: 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail: cep@unirio.br .

Nosso endereço profissional é Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Urca- Rio de Janeiro, 9h às 16h, as investigadoras estão disponíveis para responder qualquer dúvida que você tenha.

Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

### **CONSENTIMENTO:**

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu \_\_\_\_\_, firmado abaixo, residente à \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo intitulado “Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica na à luz dos princípios da conservação de Levine”.

Eu fui completamente orientado pela enfermeira Yamê Regina Alves que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ele me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Discuti a proposta da pesquisa com esta participante e, em minha opinião, ela compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura (Pesquisadora): \_\_\_\_\_

Contatos:

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) ou [cepsmsrj@yahoo.com.br](mailto:cepsmsrj@yahoo.com.br)

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Avenida Pasteur, 296, subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796 E-mail: [cep@unirio.br](mailto:cep@unirio.br)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Selma Villas Boas Teixeira

Email: [selma.teixeira@unirio.br](mailto:selma.teixeira@unirio.br)

Pesquisadora responsável: Yamê Regina Alves

E-mail: [yamealves@edu.unirio.br](mailto:yamealves@edu.unirio.br)

Telefone: (22)988074157

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

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

Entrevista nº: \_

**ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E SOCIODEMOGRÁFICOS**

- Idade:
- Cidade de origem:
- Escolaridade:
- Você estuda no momento? ( ) Sim ( ) Não. Caso positivo, que série ou curso frequenta?
- Cor autodeclarada:
- Religião:
- Situação conjugal:
- Orientação sexual:
- Quantas pessoas residem com você? Quem são?
- Possui alguma ocupação que gere renda? ( ) Sim ( ) Não
- Em caso de resposta afirmativa, qual ocupação/profissão?
- Recebe algum benefício ou aposentadoria?
- Renda mensal familiar:
- Uso de drogas ou bebidas alcoólicas em algum momento da vida?
- Tem parceiro atualmente? Ele é o autor da violência? Qual a idade?
- Quanto tempo de relacionamento?



## **DADOS SOBRE OS ASPECTOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

- Número de gestações:
- Alguma gestação foi planejada?
- Número de partos:
- Teve algum aborto? ( ) Sim ( ) Não
- Em caso de resposta afirmativa, o (s) aborto (s) foi espontâneo ou provocado?
- O parceiro teve influência sobre essa decisão?
- Antes da gravidez você utilizava algum método contraceptivo? Qual o método?
- Seu parceiro já te impediu de utilizar algum método contraceptivo?
- Como foi sua frequência às consultas de pré-natal, maior ou menor que 6 consultas no total?
- Você já teve alguma outra IST (Infecção Sexualmente Transmissível)

## **VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA À LUZ DOS PRINCÍPIOS DA CONSERVAÇÃO**

- Vivenciou alguma situação de violência na infância ou adolescência?
- Quantas vezes você vivenciou violência de ex-parceiros?
- Quem era o autor(a) da agressão?
- O agressor(a) fazia uso de drogas?
- A pessoa que praticava a violência garantia ou garante o sustento da casa?
- Onde geralmente ocorria a violência?
- A pessoa agressora praticava a violência à outras pessoas que residiam com você?
- Quando você percebeu que estava vivenciando violência?
- Quais as formas de violência que você vivenciava?
- Você adoeceu (hipertensão, diabetes, distúrbios alimentares) após ter vivenciado essa situação?
- Como era seu padrão de sono, alimentação, peso corporal, disposição para as atividades?
- Como você se via (física e emocional), à época da vivência?
- Fez ou faz algum tratamento de saúde?
- Chegou a ser atendida em alguma unidade de saúde?

- Se foi, você contou o que ocorreu ao profissional? Qual profissional? O que ele fez?
- Teve medo de morrer em algum momento pelas agressões?
- O que você acha que de pior aconteceu na sua vida após a situação vivenciada?
- Você denunciou o agressor? Se sim, o que houve após?
- Você ainda convive com o agressor?

## **O ENFRENTAMENTO FRENTE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

- Quando você percebeu que precisava buscar ajuda?
- Quanto tempo você levou para ter coragem para buscar ajuda ou falar com alguém sobre a sua situação?
- Você contou para algum amigo ou parente o que acontecia com você?
- Quais foram as pessoas ou instituições que te ajudaram?
- O local que você procurou ajuda está perto ou distante da sua residência?
- Como é o seu relacionamento com a instituição que te auxilia nesse processo de libertação? o processo de enfrentamento?
- Se você conseguiu se libertar do agressor, nos conte como ocorreu?
- O que você considera como uma questão de dificuldade para romper o ciclo da violência?
- Ele utilizava drogas ou ingeria bebidas alcoólicas?
- Como você vê a participação do CEAM na sua libertação?
- Tem alguma pessoa ou instituição te auxiliando financeiramente?
- Com quem você reside atualmente? Está com os filhos?
- O que você acha que os profissionais que trabalham nas unidades de saúde deveriam saber ou fazer quando encontram mulheres que vivenciam violência?

**APÊNDICE C - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO 2021 – 2023**

ATIVIDADES	2021											2022											2023		
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Construção do projeto de pesquisa			X	X	X	X	X	X	X																
Solicitação de autorização às instituições								X	X																
Submissão ao comitê de ética										X															
Coleta de dados													X	X	X	X	X								
Organização e classificação dos dados													X	X	X	X	X	X							
Análise dos resultados														X	X	X	X	X	X						
Elaboração do relatório final																			X	X	X				
Elaboração do artigo																	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## APÊNDICE D - ORÇAMENTO DETALHADO

<b>ORÇAMENTO DETALHADO</b>			
<b>Descrição do material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor por unidade</b>	<b>Valor total</b>
Despesa com transporte	20	R\$ 3,95	R\$ 79,00
Despesa com transporte intermunicipal	20	R\$ 35,00	R\$ 700,00
Folhas de Papel	500	R\$ 13,90	R\$ 13,90
Fotocópias	300	R\$ 0,30	R\$ 90,00
Impressão	30	R\$ 1,00	R\$ 30,00
Encadernação	3	R\$ 10,00	R\$ 30,00
<b>DESPESAS COM EPIS: PESQUISADORA E PARTICIPANTES</b>			
Máscaras cirúrgicas	2 caixas	R\$ 30,00	R\$60,00
Alcool a 70%,	2L	R\$ 7,00	R\$ 14,00
Óculos de proteção	1	R\$ 20,86	R\$20,00
Face shield	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Capote	50 um (5 pct)	R\$ 16,50	R\$ 82,50
		<b>Total</b>	R\$ 1.149,40

O orçamento será integralmente financiado pela pesquisadora principal.

### APÊNDICE E - PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS PARTICIPANTES

<b>Id</b>	<b>Idade</b>	<b>Cor/ Raça</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Cidade</b>	<b>Renda familiar</b>	<b>Ocupação</b>
E01	1	Parda	2º grau comp.	Rio das Ostras	2 Salários	Autônoma
E02	8	nca	2º grau comp.	Rio das Ostras	200 reais	Autônoma
E03	0	Parda	2º grau comp.	Rio das Ostras	4 salários	X
E04	5	Parda	Fundamental	Rio das Ostras	400 reais	X
E05	8	Negra	Fundamental incomp.	Rio das Ostras	3 a 4 salários	Empregada Doméstica
E06	3	Parda	2º grau comp.	Rio das Ostras	1 salário	Autônoma
E07	5	Parda	2º grau comp.	Rio das Ostras	1 salário	Autônoma
E08	8	Parda	Fundamental	Rio das Ostras	1 salário	Autônoma
E09	8	Parda	2º grau comp.	Rio das Ostras	1 salário	Telemarketing e vendas
E10	8	Parda	Fundamental	Macaé	1,5 salários	Aux. Serv Gerais
E11	6	Parda	2º grau comp.	Macaé	400 reais	X
E12	9	Branca	2º grau comp.	Macaé	1 a 2 salários	Autônoma
E13	2	Parda	Pós-graduação	Rio das Ostras	5 salários	Professora
E14	1	Negra	2º grau comp.	Macaé	1,5 salários	X
E15	1	Parda	2º grau comp.	Macaé	1 salário	X
E16	8	Negra	3º grau	Rio de Janeiro	1,5 salário	Tec de enf
E17	7	Negra	3º grau	Rio de Janeiro	NR	Advogada
E18	7	Branca	Pós-graduação	Rio de Janeiro	13 salários	Func Publ
E19	3	Branca	2º grau comp.	Rio de Janeiro	1 salário	Cabeleireira
E20	5	Branca	2º grau comp.	Rio de Janeiro	3 salários	X

Fonte: Dados da Pesquisa (AUTORA, 2023)

## APÊNDICE F - HISTÓRICO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS PARTICIPANTES

ID	IDADE	Nº GESTAÇÃO	PARIDADE	ABORTO (E OU I)	FILHOS VIVOS	GRAVIDEZ PLANEJADA	PRÉ NATAL
E01	31	2	2	0	2	N	SUP 06
E02	38	3	1	2 - E	1	1ª	SUP 06
E03	60	1	1	0	1	N	SUP 06
E04	55	5	3	2 - E	3	N	SUP 06
E05	28	2	2	0	2	N	SUP 06
E06	33	2	2	0	2	1ª	SUP 06
E07	35	6	6	0	6	2ª	SUP 06
E08	58	4	3	1 - I	3	N	SUP 06
E09	48	2	2	0	2	2ª	SUP 06
E10	38	5	4	1 - E	4	TODAS	SUP 06
E11	36	2	1	1 - I	1	N	SUP 06
E12	49	3	2	1 - E	2	1ª e 2ª	SUP 06
E13	32	0	0	0	0	x	X
E14	31	1	1	0	1	1ª	SUP 06
E15	41	3	3	0	3	N	SUP 06
E16	48	2	0	2 - I	0	N	X
E17	37	NR	NR	NR	NR	NR	X
E18	47	4	3	1 - I	3	N	SUP 06
E19	43	1	1	0	1	N	SUP 06
E20	35	4	2	2 - I	2	N	SUP 06

Fonte: Dados da Pesquisa (AUTORA, 2023)

Legenda: ID= identificação; NR = não respondeu; E= espontâneo; I = inseguro; SUP= superior.

## ANEXO A - TERMOS DE ANUÊNCIA



UNIRIO

## TERMO DE ANUÊNCIA

O Centro Especializado de Atendimento à Mulher localizado no município de Macaé declara apoio a realização do projeto de pesquisa intitulado: “Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica na à luz dos princípios da conservação de Levine”. Sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira mestranda Yamê Regina Alves do programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, que está sob orientação da Profª Drª Selma Vilas Boas Teixeira, SIAPE: 2310962 - PPGENF - UNIRIO. Cujos os objetivos são: Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; compreender a vivência de violência doméstica das mulheres; analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica; identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de Referências e discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência. Esta instituição e autorização a pesquisadora comprometem-se a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízos das pessoas e/ou das comunidades. Antes de começar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

(X) Autorizo o disposto acima

(X) Autorizo citar o nome da instituição

Macaé, em 16 /11/2021

Jane Estanislau Roriz  
Coordenadora Geral de  
Políticas para as Mulheres  
Macaé - PMM

Nome/Assinatura do responsável pela instituição ou pesquisadora  
Cargo e Carimbo



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

### CARTA DE ANUÊNCIA

O Centro Especializado de Atendimento à Mulher do município de Rio das Ostras, declara apoio a realização do projeto de pesquisa intitulado: "Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine". Sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira mestranda Yamê Regina Alves do programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, que está sob orientação da Profª Drª Selma Vilas Boas Teixeira, SIAPE: 2310962 - PPGENF - UNIRIO. Cujos os objetivos são: Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; compreender a vivência de violência doméstica das mulheres; analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica; identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de Referências e discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência. Esta instituição e autorização a pesquisadora comprometem-se a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízos das pessoas e/ou das comunidades. Antes de começar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP. Antes de começar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

(X) Autorizo o disposto acima

(X) Autorizo citar o nome da instituição

Rio das Ostras, em 25 / 11 / 2021

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL  
Rua Araruama, 86 — Centro  
Rio das Ostras — RJ — CEP: 28893—066 — [www.riodasostras.rj.gov.br](http://www.riodasostras.rj.gov.br)







### TERMO DE ANUÊNCIA

O Centro Especializado de Atendimento à Mulher Chiquinha Gonzaga, localizado no município Rio de Janeiro, declara apoio a realização do projeto de pesquisa intitulado: "Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica na à luz dos princípios da conservação de Levine". Sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira mestranda Yamê Regina Alves do programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, que está sob orientação da Profª Drª Selma Vilas Boas Teixeira, SIAPE: 2310962 - PPGENF - UNIRIO. Cujos objetivos são: Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; compreender a vivência de violência doméstica das mulheres; analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica; identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de Referências e discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência. Esta instituição e autorização a pesquisadora comprometem-se a assegurar a segurança e bem estar dos participantes em atendimento aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízos das pessoas e/ou das comunidades. Antes de começar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

(X) Autorizo o disposto acima

(X) Autorizo citar o nome da instituição

Rio de Janeiro, em 26 / 11 / 2021

Selma Vilas Boas Teixeira

Nome/Assinatura do responsável pela instituição ou pessoa por ele delegada

## TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

### UNIDADE DA SPM-Rio

O Centro Especializado de Atendimento à Mulher – CEAM, Chiquinha Gonzaga, da Secretaria Especial de Políticas e Promoção da Mulher – SPM-Rio, declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: “Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica na à luz dos princípios da conservação de Levine” sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira mestranda Yamê Regina Alves do programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, que está sob orientação da Profª Drª Selma Vilas Boas Teixeira, SIAPE: 2310962 - PPGENF - UNIRIO.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade da SPM-Rio mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

---

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição "anente" tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro, 29/11/2021

  
**JOYCE TRINDADE DE FARIA GAMA**  
Secretária Especial de Políticas e Promoção da Mulher

## ANEXO B – DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS

### DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS

Prezados, Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada “Enfrentamento da mulher que vivencia a violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine”, não irá gerar nenhum ônus de qualquer natureza para a unidade proponente envolvida, nem tampouco a qualquer participante. Sendo que todos os custos serão de responsabilidade da pesquisadora Yamê Regina Alves.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2021.11



---

Yamê Regina Alves

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Enfrentamento da mulher em situação de violência doméstica à luz dos Princípios da Conservação de Levine

**Pesquisador:** YAME REGINA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54265821.5.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.247.600

#### Apresentação do Projeto:

A violência doméstica (VD) contra a mulher representa um grande problema de saúde pública no mundo, sendo considerada qualquer ação que se fundamente no gênero e tenha como consequência morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. O objeto deste estudo é o enfrentamento da mulher em situação de violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine\*

#### Objetivo da Pesquisa:

"1- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; 2- Descrever a vivência de violência doméstica das mulheres; 3- Analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica; 4- Identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de Referências; 5- Discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência doméstica"

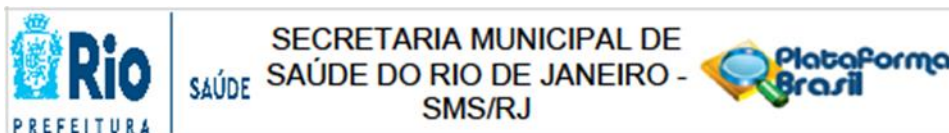
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Tendo em consideração que toda a pesquisa oferece algum tipo de risco, pontuamos as que poderão ocorrer em sua participação, visto que a coleta de informações através de um formulário de entrevista poderá proporcionar possíveis instabilidades emocionais, como possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas, desconforto emocional, vergonha, choros e ansiedade relacionadas aos relatos das situações

**Endereço:** Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição  
**Bairro:** Urca **CEP:** 22.290-240  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br



## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMS/RJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Enfrentamento da mulher em situação de violência doméstica à luz dos Princípios da Conservação de Levine

**Pesquisador:** YAME REGINA ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54265821.5.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.400.712

#### Apresentação do Projeto:

A violência doméstica (VD) contra a mulher representa um grande problema de saúde pública no mundo, sendo considerada qualquer ação que se fundamente no gênero e tenha como consequência morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. O objeto deste estudo é o enfrentamento da mulher em situação de violência doméstica à luz dos princípios da conservação de Levine\*

#### Objetivo da Pesquisa:

\*1- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência doméstica; 2- Descrever a vivência de violência doméstica das mulheres;

3- Analisar o enfrentamento das mulheres em situação de violência doméstica;

4- Identificar os serviços percorridos pela mulher até a chegada aos Centros de

Referências;

5- Discutir a aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine em mulheres em situação de violência doméstica\*

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

\*Tendo em consideração que toda a pesquisa oferece algum tipo de risco, pontuamos as que poderão ocorrer em sua participação, visto que a coleta de informações através de um formulário de entrevista poderá proporcionar possíveis instabilidades emocionais, como possibilidade de

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br