

Eriza de Oliveira Parente

Universidade de Fortaleza

Rosana Oliveira do Nascimento

Universidade de Fortaleza

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Universidade de Fortaleza e Instituto Dr. José Frota

# Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia

**Resumo:** Este estudo analisa as formas de enfrentamento encontradas por mulheres vítimas da violência doméstica, no decorrer e após a denúncia, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Com abordagem qualitativa e caracterizando-se como pesquisa participante, nove mulheres, que se denominaram vítimas de violência doméstica e romperam com o silêncio fazendo a denúncia, participaram do estudo, de agosto a outubro de 2007, no Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM). Grupo focal, anotações no diário de campo e observações foram as técnicas de coleta de dados, e estes foram submetidos à análise categorial e discutidos com suporte no Modelo de Crenças em Saúde. O medo, a falta de apoio, a dependência financeira, a vergonha, a maternidade e a cultura emergiram do estudo como percepção da suscetibilidade e das barreiras identificadas; o risco de morte foi percebido como severidade; o apoio da família e de amigos, a lei, os setores de proteção e Deus foram os benefícios relatados, configurando-se como formas de enfrentamento. Para elas, a violência ultrapassou os limites da natureza física, pois envolveu sofrimento psicológico, emocional, econômico e social. Desse modo, essas mulheres romperam o silêncio presente nas relações violentas e procuraram estratégias para minimizar o sofrimento.

**Palavras-chave:** violência contra a mulher; políticas públicas; direitos da mulher.

Copyright © 2009 by Revista Estudos Feministas.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência como problema de saúde pública desde 1996. Entre outros conteúdos incluídos em sua definição, encon-

tram-se aqueles ligados à intencionalidade da força física ou poder ao seu alvo, ou seja, a quem ou ao qual grupo essa força ou poder se dirige. Esse alvo pode ser contra si próprio ou contra outra pessoa, configurar-se em uma relação interpessoal ou em uma coletividade.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002.

A violência dirigida contra mulheres, adolescentes e meninas na família, nas relações de intimidade e no mundo público são tipos de violência interpessoal, sendo ainda classificadas segundo a natureza do ato (físico, psicológico ou sexual) e do vínculo ou da relação estabelecida entre perpetrador e vítima da violência.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002.

Nesse sentido, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, de 1994) reafirmou a violência doméstica como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto privada.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2005.

Corroborando a complexidade dessa forma de violência, o Ministério da Saúde<sup>4</sup> afirma que essa pode ocorrer no âmbito familiar ou em qualquer outra relação interpessoal, salientando o estupro, os maus-tratos, o abuso sexual, perpetrada ou tolerada pelo estado e por seus agentes, e, onde quer que ocorra, deve ser objeto de estudos e de proposições afirmativas para sua erradicação.

<sup>4</sup> BRASIL, 2006.

Por tratar-se de um assunto complexo, a compreensão da violência articula conceitos na busca do seu entendimento e enfrentamento. A sociedade, no âmbito internacional, mobiliza-se no enfrentamento da violência entre os cidadãos, contudo não logra dar respostas exitosas a esse desafio mundial.

Historicamente, os efeitos da violência doméstica se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis pertencentes a estratos sociais menos favorecidos, o que não significa, porém,<sup>5</sup> que as camadas mais privilegiadas não sejam por eles afetadas.

<sup>5</sup> Maria Laura GOMES, Gilliatt FALBO NETO e Cláudia VIANA, 2006.

Alguns autores<sup>6</sup> realizaram investigação em uma unidade básica de saúde, do município de São Paulo, e mostraram prevalências anuais de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo, oscilando entre 4,0% a 23,0% e aumentando para valores de 33,0% a 39,0% quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres.

<sup>6</sup> Lílian SCHRAIBER et al., 2002.

Esse estudo constatou maiores prevalências entre as mulheres mais humildes, as quais consultaram os serviços de saúde três vezes mais do que as demais, e as consultas cresceram proporcionalmente à gravidade das agressões. Foi observado, porém, o fato de que os profissionais de saúde não identificaram que essas mulheres estavam em

<sup>7</sup> SCHRAIBER et al., 2002.

<sup>8</sup> SCHRAIBER et al., 2002.

situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas foram quase que patognomônicas do fenômeno.<sup>7</sup>

Continuando com o pensamento dos autores,<sup>8</sup> esses profissionais criam barreiras para atender às mulheres em razão de fatores como falta de tempo e de recursos, medo de ofender as mulheres, falta de capacitação e frustração ao perceber a não resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos.

No Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a violência de gênero, enfocando, principalmente, a violência física e sexual realizada por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados também os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal, quando for o caso.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> SCHRAIBER et al., 2002.

<sup>10</sup> Angulo TUESTA, 1997.

Nesse contexto, de acordo com Angulo Tuesta,<sup>10</sup> a violência de gênero no âmbito doméstico é um problema relevante no Brasil, em termos quantitativos, pois afeta um número significativo de mulheres. É também um fenômeno que nos alerta sobre os conflitos sociais, apontando as profundas desigualdades entre os sexos e as condições desfavoráveis em que se encontram as mulheres. Apesar da magnitude do problema, podemos observar ainda as dificuldades que as mulheres vivenciam no processo de romper as barreiras da denúncia em uma situação de violência.

<sup>11</sup> Fabio SOUSA e Eliany OLIVEIRA, 2002.

Segundo Fabio Sousa e Eliany Oliveira,<sup>11</sup> muitos são os mecanismos existentes na sociedade que inviabilizam a saída de uma relação violenta: baixa da autoestima; crença de que a violência é temporária, que seus maridos possam mudar; dificuldades econômicas; dúvidas se podem viver sozinhas; crença de que o divórcio é como um estigma; o fato de que é difícil para uma mulher com filhos encontrar trabalho; vergonha de ser vista como uma mulher espancada; pena do marido; ou pelo fato de amarem os seus companheiros.

Por se tratar de um problema de saúde pública que necessita de estudos e aprofundamentos, o objeto desta pesquisa contribuirá para a compreensão do enfrentamento da violência pela mulher, evidenciando algumas dificuldades no ato da denúncia. Nesse contexto, cabem os seguintes questionamentos: quais as formas de enfrentamento que essas mulheres utilizam para romper com essa situação? Por que as mulheres demoram a tomar alguma atitude? O que as motiva a procurar a delegacia?

Nesse sentido, a pesquisa almeja colaborar para ampliar a visibilidade do problema da violência doméstica na área da saúde, originar mais ações de atenção à mulher vítima de violência e demonstrar a necessidade de um

Estado capaz de implantar o desejo político de neutralizar a desigualdade entre homens e mulheres. Em consonância com uma perspectiva compreensiva e promotora de saúde, o presente ensaio foi delineado com o objetivo de analisar as formas de enfrentamento encontradas por mulheres vítimas da violência doméstica e acolhidas em um centro de referência, no decorrer da denúncia, em Fortaleza, Ceará.

## Referencial teórico-metodológico

### Teórico

O Modelo de Crenças em Saúde, desenvolvido nos anos 1950, considera que o comportamento saudável é uma função das características sociodemográficas, conhecimento e atitudes do indivíduo.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Marshall BECKER, 1974.

A opção por este referencial justifica-se pelo tipo de abordagem do problema em estudo, ou seja, explorar as crenças relacionadas à violência doméstica, as causas da dificuldade no processo da denúncia e os significados a elas atribuídos na perspectiva da própria mulher e no contexto de sua realidade.

De acordo com esse modelo, a adoção de um comportamento depende: de o indivíduo se considerar suscetível a um problema de saúde, isto é, acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente (*percepção de suscetibilidade*); de o indivíduo associar o problema de saúde à gravidade de suas consequências, ou seja, perceber que esse problema pode ter graves resultados (*percepção de severidade*); e de o indivíduo acreditar que esse problema pode ser prevenido por uma ação (*percepção de benefícios*), apesar de tal ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos, obstáculos, desconforto, entre outros (*percepção de barreiras*). Isso significa que são os benefícios da ação avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, segundo Irwin Rosenstock,<sup>13</sup> a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e severidade e motivar o indivíduo a agir.

<sup>13</sup> Irwin ROSENSTOCK, 1974.

A interface da violência doméstica com o Modelo de Crenças em Saúde implica viabilizar mudanças no comportamento, evidenciadas na incorporação de condutas no cotidiano, compartilhando-as socialmente e contribuindo para a transformação da realidade, que está envolta de crenças e mitos.

De acordo com esse modelo, contudo, uma pessoa deve ter as seguintes crenças para ser capaz de mudar uma situação de violência: percepção da suscetibilidade (sou mulher, estou em risco em relação à violência?); a gravi-

dade dessa condição, ou seja, percepção de severidade (quais as consequências, e estas são graves, fatais? Quais as consequências em relação a minha saúde?); percepção de benefícios (as políticas públicas são eficazes? Existe alguma política de proteção à denúncia?); e percepção de barreiras, surgindo o medo da denúncia por vários motivos (como vou garantir o meu sustento? E o que a vizinha vai achar? E se ele reincidir na agressão?).

Neste modelo, promover ações para a mudança de comportamento inclui mudar as crenças pessoais do indivíduo e eles ponderarem os benefícios contra os possíveis custos e barreiras para essa mudança.

## Metodológico

O caminho metodológico foi sustentado na abordagem qualitativa. Nessa abordagem, o estudo elegeu a pesquisa participante no alcance dos objetivos propostos, no sentido de identificar e analisar as formas de enfrentamento referidas pelas participantes no transcurso da denúncia da violência doméstica sofrida. Segundo Maria Cecília Minayo,<sup>14</sup> esta abordagem procura responder às questões particulares, com nível de realidade que não pode ser quantificado.

Neste estudo, a pesquisa participante foi operacionalizada na medida em que foram investigadas as formas de enfrentamento no processo da denúncia, sem deixar de lado a sua cientificidade. Nessa perspectiva, duas das autoras agiram de modo a estabelecer um vínculo social entre as usuárias do centro de referência, contribuindo para que houvesse um sentido de comunidade entre essas mulheres e que se originassem momentos de se abordar educação em saúde na formulação de novos conhecimentos, favorecendo o resgate da autoestima e do equilíbrio emocional, fatores indispensáveis para o enfrentamento da violência.

O estudo foi realizado em um centro de referência no atendimento e apoio à mulher, criado com a missão de prestar assistência integral e humanizada às mulheres vítimas de violência. Esse centro é vinculado à Secretaria da Saúde do governo do estado do Ceará e oferece atendimento integral e humanizado à mulher vítima de violência, sem especificar a natureza desta.

A participação de colaboradoras foi vinculada à existência de, pelo menos, um traço comum entre elas. Dessa feita, os critérios de seleção foram: mulheres vítimas de violência doméstica, acima de 18 anos, que a denunciaram e aceitaram participar, espontaneamente, do estudo, apresentando condições físicas e/ou emocionais para o diálogo e a realização de técnicas de relaxamento. As

<sup>14</sup> Maria Cecília MINAYO, 2006.

demais variáveis, como estado civil, religião e classe social, foram consideradas, neste momento, como fatores que enriqueceriam o grupo, pela oportunidade da revelação das diferenças.

Optou-se pela utilização do grupo focal, por ser uma técnica reconhecidamente eficiente na obtenção de dados, possibilitando, portanto, uma identificação mais rápida dos problemas. Para integrar o universo das observações, incluiu-se o diário de campo, que é pessoal e intransferível. Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de reunir detalhes que no seu somatório congregarão os diferentes momentos da pesquisa.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> MINAYO, 2006.

Os encontros com as mulheres foram realizados no próprio centro, em uma sala destinada à realização das atividades em grupo, garantindo-lhes conforto e privacidade. A coleta dos dados foi realizada de agosto a outubro de 2007, respeitando as diretrizes institucionais e a disponibilidade das participantes. De acordo com Minayo,<sup>16</sup> os indicadores foram coletados utilizando-se de um roteiro com questões norteadoras que possibilitaram o diálogo e favoreceram sua discussão.

<sup>16</sup> MINAYO, 2006.

Foram realizados oito encontros de grupo focal para discussão da temática “violência contra a mulher”, cada qual com um objetivo específico. Os encontros ocorreram sempre às sextas-feiras, começando às 14 horas, com duração de duas horas e meia, atendendo aos horários solicitados das participantes. Seguindo a orientação de alguns autores,<sup>17</sup> houve o cuidado de respeitar o início e o término do horário previsto.

<sup>17</sup> Eduardo Fernandes BARBOSA, 1998; e Clarice Maria DALL'AGNOL e Maria Helena TRENCH, 1999.

A cada encontro, estiveram presentes a moderadora (uma das autoras) e duas observadoras para a condução do grupo focal, presença, aliás, imprescindível. As falas das mulheres foram gravadas com a finalidade de se perceberem dados relevantes que integram as falas das mulheres, como, por exemplo, mudança na entonação da voz, articulações, interações com a pesquisadora. Vale ressaltar que o equipamento não causou nenhum constrangimento às mulheres.

Os dados foram organizados tendo como base o referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde, pois, de acordo Marília Dela, alguns modelos teóricos estabelecem relação entre o comportamento individual e algumas crenças em saúde.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Marília DELA, 1995.

Logo, as questões norteadoras contemplaram as categorias predefinidas, e, paulatinamente, foram somadas as categorias empíricas que emergiram no decorrer da análise, tomando como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde nas seguintes dimensões: (1) vulnerabilidade; (2) gravidade; (3) benefícios; e (4) barreiras.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sob o nº 119/2007.

## **Resultados e discussão**

### ***Os sujeitos da pesquisa***

Participaram deste estudo nove mulheres que se denominaram vítimas de violência doméstica e romperam com o silêncio fazendo a denúncia. Entre as nove mulheres, cinco se encontravam abrigadas em uma instituição e uma já havia passado por essa instituição, por medida de proteção, em virtude da gravidade das violências sofridas, e três delas moravam com seus companheiros na época deste estudo. Estas referiram que a violência sofrida chegou ao extremo: ameaças, agressões ou tentativa de homicídio.

A faixa etária das participantes se enquadrou entre 20 e 29 anos (4 mulheres), 30 e 39 anos (3 mulheres), 40 e 49 anos (1 mulher) e 50 e 59 anos (1 mulher). Todas tiveram como agressores os seus parceiros íntimos, marido ou namorado.

Quanto à escolaridade, apenas duas participantes relataram haver concluído o ensino médio, predominando as mulheres não alfabetizadas e com renda familiar de até dois salários mínimos. Quanto à ocupação, cinco referiram ser donas de casa, duas disseram ser empregadas domésticas e as outras duas ficaram distribuídas nas ocupações de costureira e de secretária. A maioria das participantes residia em uma instituição de proteção à mulher, pelo fato de não terem onde morar e correrem risco de morte. Sobre a natureza da violência, todas relataram haver sofrido violência física, na maioria das vezes acompanhada pela violência psicológica, e apenas duas se disseram vítimas de violência sexual.

### ***Categoria "suscetibilidade"***

Ao se considerarem as integrantes de um grupo de mulheres que sofreram violência e denunciaram, as nove participantes demonstraram perceber sua vulnerabilidade para a ocorrência desse problema. As mulheres acreditam ser e estar mais vulneráveis em razão da cultura machista, por vergonha de serem estigmatizadas como mulher separada, pela falta de apoio familiar e social, por medo e por acreditarem que a mulher é mais indefesa. Apenas uma citou o fato de a mulher também ser a culpada pelas situações violentas.

Dentre as justificativas ditas por essas mulheres sobre sentirem-se mais susceptíveis às situações de violência doméstica, o medo foi referido por três participantes:

*Sim, acho que as mulheres estão mais vulneráveis porque elas têm medo. Eu não sei explicar, eu fiquei por causa do medo, ele ameaçava me matar (P-3).*

*Eu acho que a mulher tem medo de denunciar. Ele falava que eu ia ficar igual à Maria da Penha se eu o denunciasses (P-7).*

Ampliando a compreensão da violência contra a mulher, observa-se que ela não se restringe à agressão física, existindo formas mais sutis, que, embora não deixando marcas, podem provocar sérios danos à saúde. As agressões emocionais, a intimidação não só por força física, mas também pela força psicológica ou coerção, a opressão e a dominação pelo medo, no entanto, foram sendo reveladas:

*sim, a mulher tem mais medo, o homem faz muita pressão psicológica. No meu caso eu vivia com o meu companheiro porque não tinha para onde eu ir, ele passava na minha cara que eu não trabalhava, o meu problema era porque ele me maltratava, maltratar não é só bater, tem vários tipos de maus-tratos (P-8).*

É preciso, também, compreender que a ausência de sofrimento físico não significa ausência de sofrimento, pois as sequelas deixadas pela violência psicológica são profundas, com marcas que vão muito além das lesões mais aparentes. A maioria das mulheres reconheceu e relatou o sofrimento psicológico, que, frequentemente, permeia a relação.

A percepção da suscetibilidade refere-se à percepção subjetiva do indivíduo sobre os riscos ou a sua vulnerabilidade em apresentar determinado problema de saúde. Nos casos de agravos já estabelecidos, incluem-se a aceitação do diagnóstico e a avaliação pessoal de sua suscetibilidade e da suscetibilidade para doenças em geral.<sup>19</sup>

Como se pode observar, esse medo é reforçado pelos aspectos culturais, em que uma cultura machista é responsável pela culpabilização da vítima, que, segundo William Ryan,<sup>20</sup> é o ato de conseguir que a própria vítima se considere culpada:

*acho que as mulheres estão mais vulneráveis, mas às vezes as mulheres também têm culpa, porque elas não denunciam, e também existe uma sociedade machista. Os homens também acham que as mulheres são objetos deles (P-6).*

*Ele fala que a culpa de tudo é minha, só minha, na cabeça dele ele é uma pessoa maravilhosa e gentil (P-1).*

<sup>19</sup> ROSENSTOCK, 1974.

<sup>20</sup> William RYAN, 1976.

Para muitas das entrevistadas, as perspectivas de mudanças refletiram sua educação familiar, em que a condição de submissão, retratada em obediência, reprodução e cuidadora do lar, foi papel destinado à mulher:

*No meu caso a minha mãe me ensinou a ser submissa, eu tenho certeza que nunca me separei com vergonha, vergonha do que vão falar de mim, tenho vergonha dos meus pais verem que eu sou uma mulher separada, e eu me preocupo com meu filho. A minha mãe me criou assim, se eu pudesse já teria saído de casa, mas aí eu me preocupo em ser vista como uma mulher separada, aí parece que eu tenho na cabeça que casamento é para vida toda, como se fosse uma base de sustentação (P-1).*

*[...] No meu caso queria deixar os meus filhos crescerem um pouco (P-9).*

Ainda existe grande receio de que, se as pessoas souberem de uma situação de violência doméstica, não irão entender e, em vez de criticarem o agressor, irão criticar a própria vítima. Essa é uma reação típica de insegurança de quem vive em uma sociedade machista.

Durante muito tempo, a trajetória de vida das mulheres brasileiras foi acompanhada de responsabilidade e compromisso, principalmente no que diz respeito a matrimônio, procriação e criação dos filhos, além da execução de atividades ligadas à subsistência doméstica da família. Esse fenômeno aponta a desigualdade entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis nas quais se encontram as mulheres. Logo, os discursos das mulheres demonstram essa compreensão:

*Eu acho sim que a mulher é mais vulnerável a violência, existe também o machismo do homem, a mulher acaba aceitando a violência por vários motivos, ter filhos é um dos motivos (P-2).*

*Sim, primeiro porque a mulher é mulher, elas pensam nos filhos, e não têm muito apoio (P-4).*

### **Categoria “severidade”**

Quando indagadas sobre o conhecimento da gravidade de estarem expostas a uma situação de violência doméstica, essa percepção foi verbalizada por sentimentos de medo, sensação de morte, agressão e proteção.

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde,<sup>21</sup> a percepção da severidade está relacionada ao estímulo emocional criado pelo pensamento acerca de um problema de saúde e às consequências que o indivíduo acredita que esse problema poderia provocar em sua vida.

<sup>21</sup> ROSENSTOCK, 1974.

Sentimentos relativos à severidade de se contrair uma doença ou deixá-la sem tratamento levam o indivíduo a avaliar as consequências clínicas, físicas e mentais resultantes, as possíveis consequências sociais ou mesmo a morte.

É importante mencionar que as participantes mostram ter noção quanto à gravidade de estarem expostas a uma situação de violência, mas se sentem sozinhas nessa empreitada. Com isso, parece haver um isolamento, e assim elas seguem com seu sofrimento. Eis na sequência algumas falas significativas:

*Tenho sim, é tanto que eu procurei a delegacia, tenho medo de quando eu sair da casa do caminho [casa de abrigo], o meu problema é que minha família nunca me deu apoio, eu até já me separei (P-6).*

Há situações em que ocorre uma evolução dos acontecimentos e o escalonamento da violência pode chegar ao extremo, ao assassinato. A mulher aparece nessa narrativa como alguém que vê, dia a dia, suas ilusões sendo destruídas:

*Tenho sim, é tanto que estou em processo de separação. E já passei três meses na casa do caminho [casa de abrigo] e até hoje tenho medo dele me matar (P-2).*

*Tenho com certeza, ninguém sabe o que passa na cabeça dele, se pensa em me matar (P-3).*

*Tenho sim, eu fui até pedir ajuda ao meu pai, e ele me levou na delegacia, meu pai me deu apoio e disse para mim largar dele, porque se não eu ia acabar morrendo, meu pai tem um problema de coração, e ele já estava sofrendo com essa situação, meu pai já estava ficando nervoso (P-7).*

*Uma vez eu já passei três meses na casa da minha mãe, aí todo dia ele ia lá encher o saco, aí meu pai é hipertenso, ficava nervoso, tá entendendo? (P-4).*

A vida dessas mulheres fica permeada por doenças físicas e emocionais, apresentando-se sob a forma de múltiplas queixas. Debilitadas fisicamente, vulneráveis psicologicamente, as mulheres vítimas de violência podem desencadear comportamentos agressivos ou depressivos, além de doenças psicossomáticas. Outras manifestações ditas como associadas ao impacto emocional foram insônia, depressão, nervosismo e estresse. Eis algumas falas significativas:

*Eu tenho noção da gravidade, afeta até minha saúde, eu já ando nervosa, se o ônibus atrasa eu já fico nervosa, teve um dia que o ônibus atrasou e eu fiquei tão nervosa que minha cabeça começou a doer,*

*mas aí quando eu cheguei em casa, ele nem falou nada, aí eu pensei: como isto está me fazendo mal (P-1).*

*Até remédio para dormir eu tomo, remédio para os nervos, a minha saúde foi atingida, agora ando num nervosismo grande, minha autoestima está lá embaixo (P-5).*

*Só eu sei o que é viver numa situação de violência, não me sinto segura dentro da minha própria casa, tenho medo dele, quando eu fico sozinha com ele eu temo, eu não durmo com ele, tenho medo dele me espancar. Teve uma noite que eu dormi sozinha com ele que eu passei a noite acordada, pensando besteiras porque ele pode a qualquer momento voltar a agredir, e eu revidar e ser é pior (P-4).*

<sup>22</sup> Eliany OLIVEIRA, 2007.

Como preconizado pela literatura, Eliany Oliveira<sup>22</sup> assinala que sobreviver nessas condições leva à manifestação de comportamentos negativos e ao adoecimento, expondo a mulher a um risco muito mais elevado de sofrer depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias nocivas, como tranquilizantes e álcool.

Diante desse fato, traumas e desilusões começam a fazer parte da trajetória de vida dessas mulheres, ocasionando um impacto psicológico muito sério para a sua saúde. Em uma situação como essa, na maioria das vezes, o relacionamento está esfacelado, pois não são mais duas pessoas construindo uma vida juntas, mas se estabeleceu uma relação opressora, pondo em risco a vida do casal e da família, como se pode observar nas falas:

*Tenho noção sim, até o meu filho diz que toda vida que andar comigo, vai levar um pau para me proteger do seu próprio pai (P-9).*

*Eu tenho dois filhos dele, mas eles nem perguntam pelo o pai (P-3).*

A violência não acaba só com a vida da vítima direta e sim vai dilacerando todos os membros da família, um a um, e, conseqüentemente, seus parentes e amigos. Segundo Márcia Arcoverde,<sup>23</sup> ela age como uma onda sonora, na qual o centro é a vítima, que se propaga para a vida de seus familiares, amigos e sociedade.

<sup>23</sup> Márcia ARCOVERDE, 2005.

### **Categoria "benefícios"**

Quando foi pedido para as participantes comentarem sobre o que lhes protegia no decorrer da denúncia, algumas mulheres demonstraram acreditar nas leis, nas delegacias, nas casas de abrigo, nos centros de referências de apoio à

mulher e na medida protetiva. Outras expressaram sua indignação, comentando que nada as protege, ou que acreditavam mais em Deus, desacreditando da capacidade do Estado em punir seu agressor.

<sup>24</sup> ROSENSTOCK, 1974.

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde,<sup>24</sup> o indivíduo pode acreditar na eficácia de determinada ação em reduzir a ameaça da doença e, ao mesmo tempo, percebê-la como inconveniente, dispendiosa, perigosa quanto aos efeitos colaterais negativos ou resultados iatrogênicos, desagradável, dolorosa, desconfortável ou que consome muito tempo. Esses aspectos negativos das ações de saúde ou percepção de barreiras podem agir como impedimentos para a adoção dos comportamentos recomendados e produzir conflitos na tomada de decisão.

A percepção das mulheres sobre os benefícios que resultariam de suas ações direciona a sua conduta. Assim, as que acreditam nas leis, nas instituições de apoio à mulher, nos centros de referências da mulher, citadas por elas, diminuem a possibilidade de sua permanência dentro da violência, ou seja, reduzem sua suscetibilidade e severidade para o problema, sendo, portanto, possível que adotem práticas adequadas, principalmente relacionadas à mudança de comportamento, ou seja, à atitude de denunciar.

Logo, isso significa que, para a mudança ocorrer, os benefícios devem pesar mais do que os custos. Em relação à violência, as intervenções normalmente visam à percepção do risco, às crenças na gravidade percebida, à eficiência e aos benefícios das leis, de casas-abrigo, das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), dos centros de referências e das defensorias públicas no decorrer da denúncia. Os discursos das mulheres dão visibilidade a essa compreensão:

*O CERAM, o grupo me fortalece, a Lei Maria da Penha, a medida protetiva, se saio de casa, levo o papel da medida protetiva (P-2).*

*Lei Maria da Penha (P-3).*

*Eu acho que a delegacia, muita gente me mandou ir para a delegacia, a Lei Maria da Penha e a casa de abrigo também me protege (P-7).*

Já nos anos de 1980, a violência contra a mulher tornou-se um problema de saúde pública, reconhecido tanto pelo movimento feminista quanto por associações profissionais, serviços de saúde e organizações internacionais. Esse direcionamento ocorreu em uma constatação de que a violência de gênero está associada a uma frequência maior de agravos da saúde física e mental, além do trauma físico direto e do uso mais frequente de serviços de saúde.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Stela Nazareth MENEGHEL, Olga FARINA e Silva RAMÃO, 2005.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, de 1994 (ratificada pelo Brasil em 1995) – denominada no Brasil como a Convenção de Belém do Pará –, é de grande relevância para o Brasil, pois foi com essa convenção que surgiram as delegacias e os conselhos estaduais de combate à violência contra a mulher.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2005.

Nos últimos 30 anos, a violência contra a mulher despertou o interesse da sociedade, que, com a pressão dos movimentos sociais feministas, busca estratégias para o enfrentamento do problema, como, por exemplo, a criação das delegacias de defesa da mulher, das casas-abrigo e dos centros de referência multiprofissionais.<sup>27</sup>

<sup>27</sup> SCHRAIBER et al., 2002.

A crença em Deus e o conformismo de que nada lhes protege contra a violência resultam em uma percepção de que todas as mulheres são suscetíveis à violência. Esse caráter de inevitabilidade (o que se tem de passar já está determinado) pode influenciar na mudança de comportamento:

*Para lhe ser bem sincera eu acredito mais em Deus, eu sei que existe essa Lei Maria da Penha, mas eu tô é desacreditada (P-1).*

*Eu acho que nada protege, essa Lei Maria da Penha pode até inibir alguns, mas o meu ficou foi mais revoltado com essa Lei (P-4).*

<sup>28</sup> SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2003.

Estudos feitos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEMP)<sup>28</sup> constataram que a situação de violência, muitas vezes, é cíclica, pois as vítimas encontram diversos obstáculos na busca de proteção e reparo, resultando em desgaste emocional e retorno à posição de vítima. A falta de medidas protetoras disponíveis para a mulher agredida, assim como a falta de atenção para a gravidade do problema, geralmente, produzem resultados drásticos, ficando evidente a falta de atenção da esfera responsável por esse serviço, possibilitando que a vítima retorne à situação de violência por não encontrar alternativa:

*O abrigo me protege, não tive apoio dos meus pais, no momento a delegacia também me protege, mas depois só Jesus me protege. Em Santa Quitéria a polícia não quis nem me ouvir, disse que não era problema deles, que era problema de família e que não podia ajudar (P-9).*

Combater esse fenômeno, pois, é um esforço árduo de todas as esferas, mas é absolutamente necessário e inadiável. Sendo assim, exige uma conscientização de que a violência contra a mulher deve compor a agenda das políticas públicas para o setor com o objetivo de se elaborarem propostas consistentes para o enfrentamento da

violência, dando ênfase às dimensões da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Nessas condições, o campo do enfrentamento que visa à elaboração e ao fortalecimento de programas e estratégias é fator decisivo. Podem ser destacadas estratégias como o acesso a uma rede social de apoio, a capacitação dos profissionais de saúde, a criação de grupos de mulheres para a discussão da temática, a divulgação de campanhas, a elaboração de políticas públicas, dentre outras.

### **Categoria “barreiras e ações ante a violência”**

Serão tratadas, nesta categoria, as barreiras enfrentadas pelas participantes ao tentarem denunciar a violência. De acordo com a análise das respostas do grupo de mulheres, constatou-se o quanto é difícil romper com uma situação de violência que ameaça o bem-estar das mulheres e requer uma ação que envolva não só o esforço individual e coletivo, mas, também, a sociedade.

Eis os discursos dessas mulheres:

*Eu sei que minha vida sem ele seria muito melhor, mas se você perguntar para mim por que eu ainda estou com ele, volto a lhe responder que não consigo deixar por causa da vergonha, por causa dos meus pais, e a minha maior preocupação é o meu filho, ele é um bom pai, ele cuida da educação do meu filho, quando eu estou trabalhando ele cuida dele, aí eu penso até se um dia meu filho ficar doente, como eu vou trabalhar, aí eu volto atrás (P-1).*

*Eu não sei o que acontece, porque na verdade, eu que sustento a casa, acho que alguma coisa tampa os meus olhos, mas ele é um bom pai, nunca nem bateu nos meninos (P-5).*

*O medo me levou a ficar com ele, ele falava que se eu não fosse dele, eu não seria de mais ninguém. Eu também tinha esperança que ele mudasse. Ele sempre fazia promessas de mudar, e sempre dizia para eu não esquecer o que ele pode fazer comigo, tenho muito medo por meus filhos. Ele é capaz de qualquer coisa (P-3).*

*Logo que eu conheci ele, ele era maravilhoso comigo, e aí a gente se conheceu e foi logo morar junto, aí foi depois que eu conheci quem ele era, aí depois já estava gostando dele, mas hoje não gosto mais (P-7).*

A família aparece como fator protetivo ou como um fator de risco na literatura. Essa aparente ambiguidade é justificada quando se considera a família como um grupo

social básico do indivíduo, cuja função e estrutura são determinantes em seu desenvolvimento. As relações entre pais e filhos são caracterizadas por uma enorme complexidade, sendo, então, indispensáveis à promoção, por parte dos pais ou cuidadores, de um ambiente incentivador, protetivo e seguro, onde a criança possa aprender e se desenvolver.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Dale HAWLEY e Laura DEHAAN, 1996.

Nesse sentido, o pai será o herói para a criança, o herói patriarcal e idealizado. O pai será visto de uma forma romântica, em que as crianças projetam seus deuses e heróis, demônios e figuras maléficas. Se, de um lado, os pais são vistos pelos meninos como heróis, que indicam o caminho de separação da mãe, por outro, eles causam medo, pois não são imaginados seguros como a mãe. Para as meninas, além da fantasia romântica, o pai se reveste também de um heroísmo e de uma idealização que podem salvá-las das situações adversas e também da possessividade da mãe.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Arthur COLMAN e Libby COLMAN, 1990.

As mulheres deixam expresso em suas falas o fato de que sempre acreditaram que seus companheiros pudessem melhorar e, um dia, parassem de ser violentos. Ocorre, porém, que isso é muito difícil de acontecer, pelo que mostra o dia a dia. Ficou delineado que as participantes consideram vergonhosa a ideia de separação e não admitem ser malcasadas, levantando a possibilidade de uma separação apenas quando a situação se torna insuportável. Isso não quer dizer que sejam fracas, mas sim que é difícil se decidir e tomar atitude.

<sup>31</sup> ROSENSTOCK, 1974.

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde,<sup>31</sup> os níveis de suscetibilidade e severidade fornecem força e energia para o indivíduo agir, e a percepção dos “benefícios menos barreiras” direciona o curso da ação; entretanto, a combinação desses fatores, apesar de alcançar níveis consideráveis de intensidade, pode não resultar em uma ação, necessitando de um evento instigante para estimular o comportamento apropriado de saúde. Na área da saúde, tais eventos ou estímulos para a ação podem ser internos, como a percepção do estado corporal, ou externo, como as interações interpessoais, o impacto da mídia, os lembretes de profissionais de saúde e o conhecimento de que alguém foi afetado pelo problema.

Assim, as mulheres referiram-se a alguns fatores facilitadores que serviram de estímulos na busca de medidas de proteção e desencadearam o processo de denúncia. Alguns depoimentos exemplificam essa afirmação:

*Não aguentava mais a minha vida, eu tinha medo de voltar para casa e de madrugada ele me matar, fazer alguma coisa comigo (P-8).*

*Eu denunciei porque ele tentou me matar com uma arma, ele foi atrás de mim e do meu filho, que não é filho dele, ele tomou minha filha pequena (P-6).*

*Não quero mais ele não, ele não muda não. Eu não quero não, porque ele não se ajeitou aí não adianta eu voltar para um homem desses, Agora eu vou é trabalhar, criar os meus filhos (P-7).*

*Eu quero sim a separação, não dá mais, ele me magoou demais, hoje eu não sinto mais falta dele, não sinto vontade de estar perto dele, de estar com ele (P-4).*

*Eu não queria o meu nem me dando ouro, eles prometem, mas não cumprem nada (P-3).*

<sup>32</sup> ROSENSTOCK, 1974.

Segundo Rosenstock,<sup>32</sup> a intensidade do estímulo necessário para iniciar a ação depende da percepção da suscetibilidade e da severidade da doença. Assim, uma baixa aceitação da suscetibilidade e da severidade necessita de estímulo mais intenso para desencadear uma resposta, e vice-versa. Com efeito, se a prontidão do indivíduo para realizar a ação for alta e os aspectos negativos forem fracos, a ação preventiva será realizada; na presença de uma relação inversa, os aspectos negativos servem de barreira para realizar a ação.

As mulheres, em seus relatos, falavam sempre da dificuldade de sair da situação de violência doméstica, porém, quando perceberam que todas as tentativas e negociações se esgotaram e o escalonamento da violência podia chegar ao extremo, no caso ao assassinato, elas partiram para o enfrentamento da questão, conforme o que consta a seguir.

*Eu era muito violentada, a primeira vez que eu denunciei ele foi em maio desse ano, ele me bateu de noite, dessa vez eu me separei, aí ele ficava só ligando pedindo para mim voltar para ele, volta, volta, aí tinha hora que a minha mãe atendia o telefone, e dizia: volta para casa, o teu marido está desesperado, a minha mãe não me dava apoio. Aí acabei voltando para casa, aí a primeira vez que eu voltei ele já queria dormir comigo, aí depois disso foi uma briga muito feia, ele me bateu e puxou os meus cabelos, aí nesse mesmo dia eu fui lá na delegacia e abri outro BO contra ele, ele também tinha levado a minha filha, e eu queria ela de volta, e fui tentar pegar a menina, aí foi quando ele me ameaçou com a arma, eu escapei por pouco (P-6).*

*A primeira vez que eu denunciei foi um dia que ele tava muito depressivo, violento, dizendo que ia me matar, aí eu saí de casa, fui na delegacia da mulher, falei com a advogada e denunciei ele (P-2).*

Por todas as dificuldades citadas, a busca de saída muitas vezes é tardia, e um grande propulsor da mudança foi o agravamento da violência, com a mulher tomando a decisão por medo do que poderia acontecer a ela e aos seus filhos.

Sendo assim, as nove participantes do estudo informaram que não registraram a primeira ocorrência de violência doméstica que sofreram. Todas denunciaram após vários episódios de violência. Salientam-se esses comentários:

*Ele me batia muito, e eu falava rapaz não faça isso não. Ele pegava era minhas roupas novas para comprar droga. Eu ficava dizendo que ele tivesse medo por causa da Maria da Penha, aí ele dizia que eu tivesse cuidado se não era eu que ficava igual a ela, aleijada. Aí um dia ele me bateu e eu fui para a casa dos meus pais, e meu pai me levou na delegacia, meu pai e minha madrasta, aí eu fiz um BO e fui encaminhada para a casa de proteção. Foi meu pai que falou com a delegada (P-7).*

*Ele me batia muito, me espancava muito, eu pensei que nunca fosse deixar ele (P-8).*

<sup>33</sup> Montserrat SAGOT, 2000.

Montserrat Sagot<sup>33</sup> entrevistou cerca de 400 mulheres, constatando que elas buscam diversas formas de apoio e meios de transformar a situação, mostrando que a falta de apoio, o sentimento de vergonha e o desprestígio em relação ao cumprimento de papel esperado pela mulher, esposa e mãe bloqueiam internamente a decisão da denúncia. Também a qualidade do cuidado recebido em instituições foi muito importante: o encorajamento, a informação precisa e o não julgamento contribuem para a continuidade da rota, enquanto o descaso, a burocracia e a dificuldade de acesso foram grandes inibidores de denúncias.

Estudos demonstram que as pessoas em situação de violência são atingidas por dificuldades, obstáculos que caracterizam uma rota de idas e vindas, caminhos circulares repetidos, sem encontrar soluções e, sobretudo, investimento de energia que levam ao desgaste emocional e à "revitimização".<sup>34</sup>

<sup>34</sup> ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998.

O fato de a mulher, entretanto, demorar tanto tempo para dar queixa na delegacia é uma atenuante para sua denúncia, afinal, pode ser que ela esteja somente querendo dar um susto no marido, e essa situação tem um peso muito grande na decisão da polícia sobre a validade ou não de se abrir um inquérito. A questão é saber até que ponto a vítima tem interesse em punir legalmente o acusado. Eis algumas falas significantes:

*Teve um dia que ele me bateu e eu fiquei com aquela raiva, aí fui para a delegacia, nesse dia fiquei de*

*plantão, aí fiz um BO contra ele, mas não tive coragem de seguir em frente, eu queria mais era dar um susto nele (P-4).*

*Eu não dei continuidade no processo, não sei o que acontece parece que você fica dependente como se fosse uma droga (P-5).*

<sup>35</sup> Elaine BRANDÃO, 2006; e Lílian SCHRAIBER e Ana Flávia D'OLIVEIRA, 1999.

Por isso, na visão de alguns autores,<sup>35</sup> o mais difícil às vezes não é fazer a denúncia, mas mantê-la, porque, na maioria dos casos, a retirada da queixa é comum e resultante da interação das vítimas, hesitantes em criminalizar penalmente o parceiro, que está perturbando a ordem doméstica, com as polícias, que percebem nas queixas uma situação mais social ou psicológica, desqualificando-as como crime.

Enfim, as dificuldades para mudar as situações são muitas, mas também são variadas as formas como as mulheres falam sobre os seus problemas, como procuram ajuda e por vezes conseguem transformar a situação.

Está-se, então, diante de um quadro de mudança de comportamento muito sério, cuja situação é delicada e de solução difícil, uma vez que a área de abrangência passa os campos da saúde, da política e da cultura, e, para essa percepção, somam-se os medos e os receios de perdas, frequentes em situações de violência. Medos da reação do companheiro e a possibilidade de ele agredir, abandoná-la ou mesmo de matá-la; o medo de perder a guarda dos filhos, de perder sua casa e ficar sem nada. O medo de não se reconhecer como mulher capaz de desenvolver mecanismos de enfrentamento e superação da violência vivida.

## Conclusão

Considera-se com este estudo que as situações de privação, econômicas e culturais, são fundamentais para essas mulheres não vislumbrarem novos horizontes e não descobrirem saídas para romper o silêncio que permeia a violência doméstica e buscar opções viáveis para quebrar o seu ciclo. Neste estudo, com o Modelo de Crenças em Saúde, foram analisadas as formas de enfrentamento no processo da denúncia por mulheres vítimas de violência, assim como suas percepções sobre esse fenômeno e as dificuldades encontradas para se posicionar e denunciar.

A percepção que possuem sobre a violência, representada pela lógica patriarcal, desmistificando a naturalidade da violência do homem contra a mulher, as crenças e os valores acerca dessa violência podem influenciar essas mulheres a perceberem sua suscetibilidade em apresentar o problema e a sua severidade.

Do mesmo modo, as mulheres também podem notar os benefícios em se evitarem as situações e os comportamentos que consideram de risco e, ao entender que essa violência foi culturalmente elaborada, identificar as barreiras para se fazer a denúncia, compreendendo que essa situação pode ser mudada.

Nessa perspectiva, uma denúncia mais efetiva pode ser obtida quando as crenças das mulheres sobre a sua suscetibilidade à violência, a severidade da violência e os benefícios e as barreiras para agir são consideradas e direcionam a vítima na tomada de consciência.

Ao relatarem suas formas de enfrentamento nesse processo, essas mulheres permitiram vislumbrar o universo de significados que emergiram de suas experiências com a violência. Para elas, a vivência dessa situação ultrapassou os limites da experiência física, pois também envolveu sofrimento psicológico, emocional, econômico e social. Assim, revelaram o silêncio inerente das relações violentas e procuraram estratégias capazes de minimizar os efeitos gerados pela convivência com a violência, romperam com o silêncio e partiram para a concretude da ação.

## Referências bibliográficas

- ARCOVERDE, Márcia. *Cotidiano dos familiares vítimas de violência*. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de Fortaleza, 2005.
- BARBOSA, Eduardo Fernandes. "A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos". *Revista Educativa*, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 20-32, fev. 1998.
- BECKER, Marshall. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Copyright, 1974.
- BRANDÃO, Elaine. "Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 207-231, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COLMAN, Arthur; COLMAN, Libby. *O pai: mitologia e papéis em mutação*. São Paulo: Cultrix, 1990.
- CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. "10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher". In: \_\_\_\_\_. *Convenção de Belém do Pará*. 3. ed. Brasília: Agende, 2005. p. 14-15.
- DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. "Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na

- enfermagem". *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.
- DELA, Marília. *O modelo de crença em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília (DF), 1995.
- GOMES, Maria Laura; FALBO NETO, Gilliat; VIANA, Cláudia. "Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, p. s27-s34, maio 2006. Suplemento 1.
- HAWLEY, Dale; DEHAAN, Laura. "Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life Span and Family". *Family Process*, Gran Bretanha, v. 35, n. 3, p. 283-298, 1996.
- MENEGHEL, Stela Nazareh; FARINA, Olga; RAMÃO, Silvia. "Histórias de resistência de mulheres negras". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 567-583, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- OLIVEIRA, Eliany. *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral, CE: Edições UVA, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*. Washington D.C., 1998.
- ROSENSTOCK, Irwin. "Historical Origins of the Health Belief Model". *Health Education Monographs*, Califórnia, v. 2, n. 4, p. 328-335, 1974.
- RYAN, William. *Blaming the Victim*. New York: Vintage Books Edition, 1976.
- SAGOT, Montserrat. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. Lima: OPAS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 2000.
- SCHRAIBER, Lílian; D'OLIVEIRA, Ana Flavia. "Violência contra mulheres: interfaces com a saúde". *Interface-comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 11-26, 1999.
- SCHRAIBER, Lilian et al. "A violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, p. 470-477, 2002.
- SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SEMP). *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional*. Brasília: Secretaria, 2003.

SOUSA, Fabio; OLIVEIRA, Eliany. "Mulheres vítimas de violência doméstica: sofrimento, adoecimento e sobrevivência". *SANARE, Revista de Políticas Públicas*, Sobral, Ceará, v. 3, n. 2, p. 113-119, out./dez. 2002.

TUESTA, Angulo. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

[Recebido em março de 2008  
e aceito para publicação em março de 2009]

### **A Group of Women Coping with Domestic Violence after the Denouncements**

**Abstract:** *This paper provides an analysis of confrontation ways that female victims of domestic violence found during and after denunciation in Fortaleza, Ceará, Brazil. Nine women self-denominated victims of violence who broke silence and denounced their aggressors participated in this qualitative and participative research from August to October 2007, in the State Center of Reference for Women Support (CERAM). The data collectors used the focal group, the reports in the field diary and observation, and the data were submitted to categorical analysis, and discussed based on Health Belief Model. Fear, lack of support, financial dependence, shame, motherhood, and culture raised as constraints and susceptibility were identified; the risk of death was observed as severity; family and friends' support, law, the sectors of protection and God were the benefits which were configured as support for confrontation. For those women, violence overcame physical limits, as it comprehended psychological, emotional, economic and social sufferance. Therefore, such women broke silence of violent relationships and searched strategies to reduce sufferance.*

**Key Words:** *Violence Against Woman; Public Policies; Women's Rights.*