

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

ROSANA MARIA MENZANI

**REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM ESTUDO COM BASE
NAS HISTÓRIAS DE MULHERES QUE BUSCARAM AJUDA**

SÃO CARLOS

2022

ROSANA MARIA MENZANI

**REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UM ESTUDO COM BASE
NAS HISTÓRIAS DE MULHERES QUE BUSCARAM AJUDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo.

SÃO CARLOS

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Rosana Maria Menzani, realizada em 23/06/2022.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo (UFSCar)

Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber (FMUSP)

Profa. Dra. Maria Fernanda Terra (FCMSC-SP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

À Bertha, Celina, Mietta e Nísia, por terem rompido com o silêncio e nos permitirem compartilhar suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana e Ademir, por terem me dado o amor e os aprendizados mais valiosos que trago. E por superarem as ausências necessárias e terem seguido (ainda assim) me oferecendo apoio incondicional em todas as minhas escolhas e decisões.

Ao meu companheiro de vida, Renan, por ter compartilhado essa trajetória ao meu lado sendo presença, leveza e lugar seguro. Os abraços foram fundamentais para que eu continuasse e perseverasse em meio as incertezas e questionamentos desse processo.

Aos meus amigos (de longa data), por serem alegria e gentileza em tempos tão difíceis. Agradeço ainda aos amigos da IX turma que partilharam (e ainda partilham) afetos, saberes, angústias e conquistas, em especial a Helen, Manu, Paula, Sheila e Sergio.

A minha professora de Português e Literatura do Ensino Médio, Clarice dos Santos Machado, que mesmo após tantos anos sem vê-la sua voz ainda ecoa dizendo que eu posso ir além e que minha determinação pode me levar por lugares maiores e melhores.

Ao meu orientador e professor Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, que compartilhou desse percurso junto a mim, sendo em todo esse tempo compreensão e suporte. Obrigada pelos ensinamentos tão necessários para a conclusão deste estudo.

Aos demais professores e colaboradores do PPGGC/UFSCar, pelas importantes contribuições para que eu pudesse dar continuidade a minha formação e pelas dúvidas sanadas sempre que solicitado.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, professora Dra. Lilia Blima Schraiber e professora Dra. Maria Fernanda Terra, pela disponibilidade e gentileza em partilhar seus conhecimentos e oferecer sugestões a partir da leitura minuciosa deste estudo.

A equipe técnica e aos demais colaboradores do CREAS, por toda confiança e disponibilidade para que as entrevistas se tornassem possíveis.

As graduandas de Medicina da UFSCar, Beatriz Ducci e Miriã Nascimento, pela competência e apoio mútuo para conclusão de nossas pesquisas.

A todos os meus colegas de trabalho (atual e anteriores), pelas trocas que também deram forma a essa dissertação. Compartilhar conhecimentos com pessoas tão grandiosamente humanas foram essenciais para minha atuação enquanto profissional.

E por fim, agradeço a todos que contribuíram com pensamentos positivos e esperançosos para a elaboração deste estudo e conclusão desta jornada.

“Cê vai se arrepender de levantar a mão pra mim”.

(Elza Soares).

RESUMO

Estudos apontam que as situações de violência são consideradas um grave problema de saúde pública. Entre as violências, a contra a mulher, entendida como violência de gênero. Esse é considerado um problema universal, independentemente de cultura, grau de instrução, religião, situação socioeconômica ou nível de desenvolvimento do país. Nesse sentido, este estudo se debruçou sobre a violência de gênero, com base nas narrativas de mulheres em situação de violência, buscando compreender as histórias e vivências delas, com especial atenção ao papel da rede de enfrentamento à mulher em situação de violência. Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, realizado por meio de entrevistas com mulheres que vivenciaram violência doméstica, sendo todas elas frequentadoras de um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), localizado em um município do interior do estado de São Paulo. Os resultados apontaram que as mulheres sofreram várias violências, sendo elas: humilhações; privações de liberdade e alimentos; agressões verbais, psicológicas e físicas; entre outras. A discussão dos resultados demonstrou que não houve apoio familiar e comunitário significativo para elas lidarem com as situações vivenciadas. As mulheres se mostraram desconfiadas e inseguras com os profissionais e os serviços da rede de atendimento e enfrentamento à mulher em situação de violência. Consideramos necessário que se fomentem discussões coletivas para a elaboração de ações e estratégias mais efetivas para o atendimento e o enfrentamento da violência contra as mulheres e suas famílias, garantindo que elas estejam dentro de uma rede que de fato, forneça apoio e suporte para elas em todo o seu percurso por ajuda.

Palavras-chave: violência contra a mulher; violência de gênero; violência e saúde; violência e saúde da mulher.

ABSTRACT

Several studies show that the many different situations of violence are considered a serious public health issue. Among the violence types that exist, the one against women, understood as gender-based violence, is considered a universal problem, regardless of the country's culture, level of education, religion, socioeconomic status or level of development. In this sense, this study focused on gender violence, based on the narratives of the women interviewed, seeking to understand the stories and experiences of women in situations of violence, and paying special attention to the role of the care network that assists women in situations of violence. This is a qualitative and exploratory study, carried out through interviews with women who have experienced domestic violence, all of whom are treated at a Specialized Reference Center for Social Assistance (CREAS) in a city in the countryside of the state of São Paulo (SP). The results show that women suffered all types of violence, ranging from humiliation to deprivation of freedom and food, verbal, psychological and physical aggression, among others; not counting on family and community support to deal with the situation and showing insecurity to trust the professionals and services of the care network that answers to women in situations of violence. In conclusion, it is necessary to discuss and think collectively about more effective actions and strategies to provide attention, prevention and recovery of gender violence victims, based on a network that, in fact, is supportive and assists women throughout their journey seeking help.

Keywords: violence against women; gender violence; violence and health; violence and women's health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
DDM	Delegacia da Mulher
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
HC	Hospital das Clínicas
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPGGC	Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica
PTS	Projeto Técnico Social
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-traumático
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNIARA	Universidade de Araraquara
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VPPI	Violência Provocada por Parceiro Íntimo

APRESENTAÇÃO

Sou psicóloga, graduada em Psicologia pela Universidade de Araraquara (UNIARA) desde 2013. A Psicologia é a ciência que se preocupa em estudar o comportamento e a subjetividade humana, ou seja, ela atua tanto nas expressões humanas visíveis (comportamentos) quanto nos processos mentais invisíveis (pensamentos e sentimentos). Em 2014, tive a oportunidade de iniciar minha trajetória profissional como psicóloga em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no município de Dobrada (SP), bem como de trabalhar em um Projeto Técnico Social (PTS) em um conjunto habitacional no município de Matão (SP), fortalecendo os vínculos comunitários em uma sociedade local. Nos anos de 2015 e 2016, desenvolvi atividades através do Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade, pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo – HCFMRP/USP), onde, me aprimorei como psicóloga no contexto hospitalar, bem como em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Ao fim dessa experiência, retornei como psicóloga de CRAS (em Dobrada e Matão - SP), onde vivenciei experiências referentes ao acompanhamento psicossocial de famílias em situação de risco e de vulnerabilidade social, trabalhando especificamente para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, permanecendo nesses trabalhos entre os anos de 2017 a 2019. Em 2019, fui selecionada para realizar um intercâmbio voluntário na Cidade do México, onde tive a oportunidade de ser psicóloga voluntária na Fundación “Casa de las Mercedes”, instituição que tem como objetivo trabalhar em favor de crianças e adolescentes do gênero feminino, vítimas de exploração sexual e em situação de rua. Nesse mesmo período, atuei como psicóloga voluntária na Casa de Acogida Formación y Empoderamiento de la Mujer Migrante y refugiada (CAFEMIN), uma instituição que oferece alojamento, alimentação, atenção jurídica, médica, psicológica e capacitação para o trabalho de mulheres e famílias migrantes e refugiadas. Ao retornar para o Brasil, nesse mesmo ano fui selecionada para trabalhar como orientadora de famílias de adolescentes em conflito com a lei em um Programa de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto na Salesianos São Carlos, instituição onde permaneço até hoje.

Em meu percurso profissional, como exposto acima, atuei em serviços de saúde e de assistência social e, ao decidir trilhar o caminho desse mestrado profissional, a questão que imediatamente se impôs foi a escolha do tema a ser trabalhado, que devia estar de

acordo com as minhas experiências e inquietações na condição de profissional de saúde mental.

Dentro das minhas atuações de trabalho, em sua grande maioria, está o atendimento a mulheres que enfrentam as mais diversas situações de violências. Nesse sentido, elas foram responsáveis por embasar meus questionamentos sobre o seu recebimento nos lugares onde buscaram apoio e suporte. Entre as falas das usuárias que atendi, por vezes foram relatados diferentes limites na atuação de profissionais e serviços, que promoviam (re)vitimização, demonstrando discriminação, falta de comprometimento e desmotivação para o acompanhamento dos casos, atuações estas que contribuía para que as mulheres tivessem (ainda mais) dificuldades em seus percursos na busca por ajuda. Com base em minhas próprias vivências como profissional da rede de atendimento a mulheres nessa situação, em conjunto com o meu orientador, Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, demos início a este estudo para que, de alguma forma, pudéssemos contribuir não só para as mulheres que vivenciaram e vivenciam situações de violência, mas também para os profissionais que lidam com a temática, sendo, ainda, um trabalho importante para a sociedade em geral. Para a realização deste material, utilizamos, conforme exposto, as motivações de minhas experiências profissionais, bem como as contribuições da revisão de literatura consultada. Assim, foi possível inferirmos que os profissionais e serviços de saúde apresentam dificuldades em oferecer respostas eficazes e que possam proporcionar resolutividade nos casos de violência contra as mulheres, o que torna a presente pesquisa científica essencial para a abordagem de estratégias mais efetivas no contexto da saúde e para o fortalecimento da rede de atendimento e enfrentamento à violência contra a mulher.

Quanto à estrutura, esta dissertação está organizada da seguinte maneira: inicialmente apresentamos como se dá a relação entre violência e saúde; depois, olhamos mais atentamente para a questão da violência contra as mulheres e as diferentes formas pelas quais esse tema é apresentado na literatura; em seguida, demonstramos a forma como as mulheres lidam com as diversas violências e como as violências repercutem diretamente na saúde. A intenção é compreendermos o problema a partir do relato do percurso por ajuda de mulheres em situação de violência de gênero, sendo o tema central a análise das experiências e narrativas das mulheres protagonistas desse trajeto. Em seguida, apresentamos os objetivos da dissertação; a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa; os resultados, sendo estes expostos em narrativas a partir das entrevistas de Bertha, Celina, Mietta e Nísia; a discussão dos resultados obtidos e, por fim, as considerações finais. De antemão, quero agradecer imensamente à banca de defesa

pela possibilidade de leitura e de contribuição para o desenvolvimento deste estudo. Quero crer que os apontamentos e as contribuições feitas serão imensamente importantes para melhorar a qualidade e potencialidade desta dissertação.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Violência e Saúde.....	13
1.2	Violência contra a mulher.....	14
1.3	A saúde da mulher e a violência sofrida por ela.....	18
1.4	A busca por ajuda de mulheres em situação de violência.....	22
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	28
2.2	Objetivos específicos.....	28
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Desenho do estudo.....	29
3.2	Campo do estudo.....	29
3.3	Participantes.....	29
3.4	Crítérios de inclusão e exclusão.....	31
3.5	Aspectos éticos e cuidados para as participantes da pesquisa.....	31
3.6	Coleta dos dados.....	32
3.7	Análise dos dados.....	32
4	RESULTADOS.....	34
4.1	Bertha.....	34
4.2	Celina.....	42
4.3	Mietta.....	54
4.4	Nísia.....	63
5	DISCUSSÃO.....	67
5.1	As violências vividas: tipos e características.....	67
5.2	Rede de apoio e de suporte familiar.....	72
5.3	A busca por ajuda.....	74
5.4	A busca por ajuda na saúde.....	77
5.5	Papel dos serviços de saúde, profissionais e sociedade no acolhimento à mulher vítima de violência.....	81
5.6	Violência à mulher e pandemia de Covid-19.....	84
5.7	Violência e saúde da mulher.....	86
5.8	Interseccionalidade e marcadores da diferença na perspectiva da violência à mulher.....	89

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	94
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	112
	ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	115
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	120

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência e saúde

Estudos apontam que as situações de violência contra a mulher são consideradas um grave problema de saúde pública e que repercutem diretamente na saúde física e mental das envolvidas (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999; D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al, 2003; MINAYO, 2004; TERRA, 2017). Tais violências são entendidas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma patologia social com caráter epidêmico, que perpassa classes sociais, raças, etnias e gerações (OMS, 2002).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, disponibilizado pela OMS, define violência como sendo o uso intencional de força física ou de poder, real ou através de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e/ou privação (OMS, 2002; KRUG et al, 2002). Segundo este relatório, a violência pode ser dividida em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento, sendo: autodirigida, interpessoal e coletiva (OMS, 2002). A violência autodirigida é subdividida em comportamentos suicidas e agressões autoinfligidas. A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: a violência de família e de parceiros íntimos, ou seja, que ocorre usualmente nos lares, principalmente entre os membros de uma família ou entre parceiros íntimos; e a violência na comunidade, aquela entre indivíduos sem relação pessoal, que se conhecem ou não e, geralmente, ocorre fora dos lares. Além disso, há a violência coletiva, subdividida em violência econômica, política e social, geralmente cometida por grandes grupos ou países (OMS, 2002).

De acordo com as análises realizadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), tendo em vista o número de vítimas e de sequelas físicas e emocionais que produz, a violência adquiriu, a partir de então, um caráter endêmico e se converteu, conforme relatado anteriormente, em um problema de saúde pública. Sendo considerada a área de saúde como:

[...] a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção

especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social (OPAS, 1994, p. 5).

A violência à mulher, por sua vez, apresenta caráter plurívoco, ou seja, diversas definições são relacionadas a conceitos como poder, força, autoridade e dominação, sendo necessário, ainda, abordar especificidades históricas e culturais da construção desse fenômeno. Isso indica que é necessário nos atentarmos aos demais contextos referentes ao tema (ANJOS, 2003; PIVA, SEVERO e DARIANO, 2007; ARENDT, 2009; BARUS-MICHEL, 2011).

Segundo a OMS (2002) todos os anos mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais pela violência. Só no Brasil, por exemplo, na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por causas violentas e acidentes em decorrência destas, ocasionando, ainda, cerca de quatrocentos mil homicídios ao longo destes dez anos (MINAYO e SOUZA, 2003).

No bojo desse complexo fenômeno, que se torna tão presente no espaço social, encontra-se a violência contra a mulher, expressão cunhada pelo movimento social feminista, que diz respeito aos sofrimentos e agressões, tradicional e profundamente arraigadas na vida social, dirigidas especificamente às mulheres pelo simples fato de serem mulheres (D'OLIVEIRA, 2000) — muitas vezes percebidas como situações normais.

1.2 Violência contra a mulher

Entende-se por violência contra a mulher qualquer ação baseada na desigualdade de gênero, que cause à mulher dano patrimonial, moral, psicológico, físico e sexual (BRASIL, 2006; GADONI-COSTA e DELL'AGLIO, 2010). Conforme relatado, desde a década de 1990, a violência foi reconhecida pela OMS como um grave problema de saúde pública, não só devido à sua alta prevalência, mas também pelas consequências ocasionadas na saúde física e mental das vítimas (KRUG et al, 2002). Assim, ela é considerada um problema de ordem universal, independentemente de cultura, grau de instrução, religião, situação socioeconômica e nível de desenvolvimento do país (MOURA, ALBUQUERQUE e SOUZA, 2011; REICHENHEIM et al, 2011).

Dessa forma, a violência pode ser entendida como violência de gênero quando, por questões culturais, a sociedade incentiva que o homem exerça certa dominação sobre a mulher, permitindo que ela seja agredida unicamente pelo seu gênero e colocando-a em

uma posição inferior, legitimando as violências impostas em razão de valores primitivos e patriarcais (JESUS, 2015). Trata-se de um fenômeno que se constitui a partir da naturalização das desigualdades entre os sexos, que se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas, como um dos mecanismos ideológicos capazes de legitimar o *status quo*, entre os quais se encontram as classificações sociais e, nestas, a classificação sexual (GUEDES, FONSECA e EGRY, 2013). Estima-se, por exemplo, que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física e sexual em algum período da vida em decorrência de questões fragilizadas de gênero (KRUG et al, 2003).

A violência contra a mulher é um fenômeno mundialmente presente, resultado de normas culturais socialmente aceitas de relações de poder de homens sobre mulheres (AMBRIZ-MORA, ZONANONANA-NACACH e ANZALDO-CAMPOS, 2015). Essas relações ocasionam danos inclusive aos filhos (crianças e adolescentes), apresentando como consequência: menor imunização infantil; maior mortalidade até os cinco anos; e maiores prevalências de comportamentos agressivos e problemas escolares (ELLSBERG et al, 2000; DURAND e SCHRAIBER, 2007).

Segundo a literatura consultada, o termo violência contra a mulher adquiriu, ao longo dos anos, uma categoria política, que tornou urgente refletir e discutir sobre as desigualdades nas relações entre homens e mulheres (BRANDÃO, 1998). Estudos indicam que as mulheres estão mais vulneráveis a sofrer violências pelos parceiros íntimos do que por pessoas de fora da relação, revelando uma maior exposição à violência no âmbito doméstico do que no espaço público (SCHRAIBER et al, 2002).

Apesar de serem utilizadas várias designações para se referir à violência, percebe-se que o conceito de violência de gênero é o mais utilizado, por ser considerado o mais abrangente na temática da violência à mulher (SAFFIOTTI, 2004). A violência de gênero implica a desnaturalização da violência e a compreensão de que ela é produto da organização social e está fundamentada nas desigualdades entre os sexos, constituindo-se em um campo de luta e sendo estruturada pelas diferenças de poder entre homens e mulheres (HEISE, 1994).

Dentro do âmbito doméstico e familiar, as desigualdades são produzidas principalmente em virtude do gênero e da idade, sendo estes os fatores mais determinantes nas relações agressivas. Na sociedade, por sua vez, além de gênero, a violência é exacerbada pelas condições de classe, raça e diferenciada de acordo com o espaço público ou privado onde ocorrem (GIFFIN, 2002; BRASIL, 2003; SAFFIOTTI, 2005).

A Violência Provocada por Parceiro Íntimo (VPPI) é uma das formas de violência contra as mulheres e inclui atos de violência física e sexual, abuso psicológico e comportamentos manipuladores, sendo frequente a superposição entre esses diversos tipos (WHO, 2010). A VPPI também é considerada um problema de saúde pública, pois pode levar a lesões, traumas, mortes e ocasionar impactos a longo prazo, que afetam a qualidade de vida e de saúde da vítima (AMBRIZ-MORA, ZONANONANA-NACACH e ANZALDO-CAMPOS, 2015).

Com relação à violência psicológica, Paim (2006) ressalta que antes de o agressor ferir fisicamente, ele diminui a autoestima da mulher para que ela tolere e aceite as agressões. Trata-se do reforço em ato da introjeção da desigualdade durante a socialização das crianças e adolescentes, introjeção que nos diversos espaços da vida social educa e reitera a ideologia de gênero em prol do masculino como natural e legítimo na cultura dominante da sociedade.

Os dados indicam que, no Brasil, 38.020 mulheres são vítimas de episódios de violência doméstica por dia. Destas, 66,5% não dependem financeiramente dos parceiros e 71% ainda residem com o agressor (CÔRTEZ, 2012). Com relação à permanência no relacionamento, Mizuno, Fraid e Cassab (2010) apontam que a dependência emocional é uma das causas que mantém a mulher em situação de violência, dependência esta que, por vezes, é adquirida na infância e adolescência, e que pode resultar em transtornos nos relacionamentos íntimos durante a vida adulta.

A dependência afetiva é considerada um diagnóstico clínico no qual o indivíduo mantém um relacionamento afetivo que causa intenso sofrimento e que coloca em risco o seu bem-estar emocional e físico (CANAN, 2007). Trata-se de relacionamentos que podem trazer importantes implicações tanto para quem sofre com esse problema como para aqueles que estão à sua volta, sendo a violência doméstica a consequência mais discutida em relação a esse tema (CANAN, 2007).

De acordo com as pesquisas realizadas e aqui consultadas, as mulheres em situação de violência doméstica vivenciam relações instáveis e perigosas, pois o ciclo da violência pode ir desde o espancamento ao arrependimento e pedido de perdão até uma nova violência e violação pelo agressor (BRITO, 1999). Isso porque, em geral, o parceiro agressivo torna-se amoroso após os episódios de violência, alimentando na mulher a esperança de que ele mude com o tempo e em virtude dos sentimentos dela (GUIMARÃES, 2009).

De acordo com Meneghel (2009) e Presser, Meneghel e Hennington (2008), a mulher pode ser apoiada de diversas formas, por exemplo: advogados, comunidades, famílias, profissionais, líderes religiosos, organizações não governamentais, clínicas-escolas ligadas às universidades, entre outros serviços que atendem exclusivamente a essa demanda. Entretanto, o que vemos na prática são vítimas receosas em buscar por ajuda, muitas vezes estimuladas por crenças e representações que dificultam ou impedem o reconhecimento da violência. A esse respeito, podemos destacar a omissão como um dos principais motivos que impedem as mulheres de buscar tratamento adequado, estando relacionada ao medo e à vergonha de relatar o que é e foi vivenciado (SILVA et al, 2011).

Por mais que existam espaços constituídos e preparados para conscientizar mulheres de suas situações de submissão, ajudando-as a romper com a de violência, apenas em um número significativo de casos existe a busca por ajuda. Isso porque, estudos demonstram que as reconciliações ainda ocorrem de maneira comum e recorrente (BRANDÃO, 1998; GARCIA et al, 2008). Segundo dados de pesquisa, entre as mulheres que buscam por ajuda em unidades de assistência social, de saúde e de segurança pública, aproximadamente 34% destas voltam a conviver com o parceiro agressor, apresentando como justificativa a esperança de que o retorno ao convívio íntimo possa ser responsável pela melhora do relacionamento conjugal (GARCIA et al, 2008).

No Brasil, durante a década de 1980, os movimentos feministas e a institucionalização das demandas sociais para atenção à violência contra as mulheres propiciaram a criação da Delegacia da Mulher (DDM) e da Casa Abrigo. Mais recentemente, houve a promulgação da lei nº 11.340 de 2006, chamada Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), que inovou ao criar os juizados especiais para tratar a questão, tipificando a violência contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos, oferecendo penas mais duras aos agressores e maior proteção policial e judicial às mulheres. Conforme previsto, essa lei ainda estabelece uma medida protetiva que proíbe o agressor de se aproximar da vítima e de seus filhos (caso os tenha), com o objetivo de proteger os agredidos e auxiliar no atendimento e enfrentamento da situação (BRASIL, 2006)

Sobre estas e demais medidas que devem ser aplicadas, é válida a exposição de Ávila:

Estas medidas protetivas de urgência que obrigam o agressor são, na realidade, novas alternativas à tradicional bipolaridade do sistema cautelar penal brasileiro, que conhecia apenas dois extremos: a prisão cautelar ou a liberdade

provisória. A lei cria novas medidas cautelares intermediárias, que permitem uma resposta mais efetiva e menos violenta do Estado, para situações que, a princípio, não seriam hipóteses de decretação da prisão preventiva. (ÁVILA, 2007, p. 06).

Nesse sentido, Lavigne e Perlingeiro destacam ainda o seguinte:

Assim, por exemplo, quando se verifica a não-colaboração do indivíduo com a medida restritiva de direito imposta através de medida protetiva, sucessivamente descumprida, forma-se situação complexa na qual se configuram, por um lado, a necessidade de devida diligência estatal na proteção dos direitos da mulher (integridade pessoal e vida) e, por outro, a observância à mínima intervenção penal (liberdade). Nesta ponderação, não se pode desprezar a severidade da interferência estatal na privação de liberdade cautelar de alguém, mas tampouco se pode mitigar a gravidade do ato e seu potencial lesivo face aos direitos humanos de outra pessoa (mulher). Neste caso, justifica-se a privação da liberdade cautelar do sujeito pelo fato de representar ameaça ou perigo de dano a bem jurídico tutelado, quando observada a excepcionalidade autorizadora dessa medida. (LAVIGNE e PERLINGEIRO, 2011, p. 300).

Conforme exposto, a Lei Maria da Penha é considerada um marco histórico na luta dos direitos feministas por ter possibilitado inovações jurídicas e processuais para tratar de toda complexidade que a violência ocasiona quando desferida diretamente ou indiretamente às mulheres, promovendo, assim, mudanças culturais, jurídicas e políticas, com o objetivo de reafirmar os direitos humanos de mulheres e de superar um longo percurso de omissão social e jurídica (CAMPOS, 2009; PASINATO, 2010).

1.3 A saúde da mulher e a violência sofrida por ela

A violência contra a mulher vem sendo tratada pela OMS e pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma das maiores problemáticas de saúde pública e uma das violações dos direitos humanos mais sistematicamente praticada no mundo. Como mencionamos anteriormente, esse tipo de violência apresenta inúmeras repercussões para a saúde e para a qualidade de vida de mulheres e de suas famílias, entre as quais é possível citar: a morbidade, as perdas potenciais de anos de vida e as influências negativas nos aspectos pessoais, afetivos, sociais e econômicos (OPAS, 2002).

De acordo com as pesquisas, a violência traduz-se em diversas repercussões para a saúde e qualidade de vida de suas vítimas. Em outras palavras, quando está presente em relacionamento conjugal, ela se associa aos maiores índices de suicídio, uso e abuso de álcool e outras drogas, queixas vagas de saúde, cefaleias, distúrbios gastrointestinais e

sofrimentos psíquicos em geral. Com relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada também às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada (MCCAULEY et al, 1995; CROWELL e BURGESS, 1996; HEISE, 1996; HEISE, ELLSBERG e GOTTEMOELLER, 1999).

Corroborando com o tema, as mulheres vítimas de violência podem apresentar incapacidades físicas e sociais que podem comprometer negativamente seu estado de saúde mental, ocasionando sintomas como isolamento, medo, ansiedade, baixa autoestima, depressão, Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), ideação suicida e tentativa de suicídio (MAIA et al, 2001). Outros sintomas emocionais percebidos nesse comprometimento da saúde mental podem ser expressos em perdas ocupacionais, doenças psicossomáticas, frigidez, depressão, adicção a álcool ou drogas (HEISE, 1994; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2002). Além disso, não podemos deixar de considerar que a violência ocasionada no relacionamento íntimo interfere negativamente na qualidade de vida, podendo até mesmo levar à morte: “magoando a alma, destruindo os sonhos, roubando a esperança e a vontade de viver” (GOMES, 2009, p. 4).

Além dos sinais e sintomas de saúde física e mental, como anteriormente dito, a relação violenta diminui também a capacidade produtiva de trabalho e de rotina da mulher. Segundo dados levantados, um em cada cinco dias de falta ao trabalho é causado pela violência sofrida por mulheres; a cada cinco anos, a mulher perde um ano de vida saudável se sofre violência; na América Latina, a violência de gênero atinge entre 25% e 50% das mulheres; uma mulher que sofre violência geralmente ganha menos do que aquela que não vive em situação de violência; estima-se que os custos da violência oscilam entre 1,6% e 2% do Produto Interno Bruto (PIB) de um país, fatos esses que demonstram que a violência contra a mulher sai do âmbito familiar e atinge a sociedade como um todo, configurando-se em fator que desestrutura todo o tecido social (RIBEIRO e COUTINHO, 2011).

Com relação aos atendimentos e acompanhamentos, os serviços de saúde constituem, muitas das vezes, o primeiro local de apoio e suporte às vítimas, sendo importante para detecção e enfrentamento do problema. Entretanto, diante de sua complexidade, a violência contra a mulher ainda representa um desafio para as instituições e para os profissionais de saúde (GOMES e ERDMANN, 2009; GUEDES, SILVA e FONSECA, 2009). Entre as dificuldades encontram-se principalmente os

obstáculos para resolução do problema, advindos de fatores de ordem cultural e da falta de orientação de trabalhadores da rede pública e privada, o que confere a impressão de que os sujeitos envolvidos ainda apresentam receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno (LOBATO, MORAES e NASCIMENTO, 2012).

Para Meneghel e Bairros (2011) como a maior parte dos profissionais e serviços não trabalham em uma perspectiva de gênero, ambos acabam por reiterar práticas pouco emancipatórias, prescritivas e normatizadoras que contribuem e reforçam a manutenção das relações abusivas. Ao entrevistar trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as questões que envolvem a violência contra a mulher, Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) afirmam que, apesar de conseguirem identificá-la, boa parte dos profissionais enfrentam dificuldades em compreender a violência como demanda de ação e estratégia específica para o setor da saúde. Sobre a representação dos profissionais de saúde em face da questão, identifica-se que estes, com frequência, espelham-se na prática clínica de tratar exclusivamente as manifestações orgânicas de uma patologia (GONÇALVES, 2004). Isso aponta a necessidade de constantes formações para a identificação de mulheres vítimas de violência, sendo preciso ir além da prestação de cuidados. Em outras palavras, também é necessário tratar e resolver a causa do adoecimento (GONÇALVES, 2004).

De acordo com estudos, os pesquisadores apontam que mulheres em situação de violência fazem uso mais intenso dos equipamentos de saúde ambulatoriais e hospitalares (ÂNGULO-TUESTA, 1997; DESLANDES, GOMES e SILVA, 2000; HYMAN et al, 2000; KRONBAUER e MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER et al, 2002). Entretanto, conforme apresentado, estes apresentam dificuldades em lidar com as questões sociais e culturais da violência, que não estão relacionadas diretamente ao adoecimento, mas que, conforme visto, podem acarretar danos graves à saúde (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

Nos últimos anos, as novas diretrizes produzidas pela área da saúde, inclusive com recomendações da OMS, têm convocado especialmente os profissionais que atuam na atenção primária para intervir nos processos de adoecimento mental, seja pelo consumo abusivo de álcool e drogas, seja por angústias, violências ou graves opressões (LANCETTI e AMARANTE, 2006). O acompanhamento dessas demandas deve ocorrer de forma a garantir a integralidade da assistência, mobilizando outros dispositivos da rede, com recursos da própria comunidade (materiais e subjetivos) a serem pactuados com a usuária ou com a rede psicossocial em questão (FIGUEIREDO, 2006; CAMPOS e

NASCIMENTO, 2007). É nesse cuidar que podemos construir uma prática mais efetiva, isto é, tendo maior clareza da complexidade e da relevância de trabalharmos nessa intercessão como um modo de cumprir o projeto de democratização institucional descrito como base pelo SUS (VIEIRA, 2009).

Por serem consideradas agressões diárias e repetidas, os episódios de violência à mulher no âmbito doméstico são mais difíceis de prevenir e evitar, por exemplo, muitas vezes são relatadas quedas acidentais, o que mascara ainda mais a violência no ambiente familiar (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999; DESLANDES, 1999). Para as autoras, não basta à mulher a consciência de que é preciso denunciar, é necessário que se invista em um trabalho de conscientização para apoiá-la em sua tentativa de enfrentamento da situação de violência vivenciada (MINAYO, 2011). Ao entrevistar gestantes cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família (USF), Silva et al (2003) revelou que de 1.120 mulheres, 25,3% passaram por pelo menos um episódio de violência física com o parceiro durante a gestação. Ainda em um estudo realizado, agentes comunitários de saúde demonstraram que o vínculo, a escuta e o diálogo com a vítima de violência foram ferramentas essenciais na atenção a essas usuárias (HESLER et al, 2013).

Conforme aponta Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007), na saúde existe um descompasso entre intenções políticas e o agir prático-profissional, afirmação que pode ser estendida a outros setores nos quais também encontramos práticas prioritariamente baseadas em uma racionalidade técnico-científica, que têm dificuldades para integrar perspectivas de gênero e de direitos no planejamento e na implementação das lógicas de cuidado. Com relação ao cuidado, existe ainda uma dificuldade motivada pela formação dos trabalhadores, que não contemplam a subjetividade humana e a determinação da cultura, o que explica os profissionais não reconhecerem os saberes e as práticas de cuidado aos usuários, mantendo com eles uma relação de poder assimétrica e constantemente distante (AMADIGI, 2009).

Especificamente com relação à saúde da mulher e à violência sofrida por ela, Krug et al (2002) apontam a necessidade de uma tomada de responsabilização, sobretudo em virtude da presença desse fenômeno na rotina dos serviços, que perpassa o reconhecimento do problema indo até o cuidado efetivo de suas vítimas. Além disso, o setor de saúde precisa ser chamado a assumir um papel proativo não só na prevenção da violência, como no fortalecimento dos vínculos familiares e no agir de forma articulada com os demais setores da sociedade. Da mesma forma, é essencial nos atentarmos à importância da participação popular e comunitária na reorientação das práticas de atenção

à saúde e na perspectiva de reconstrução de um sistema integral, eficaz e orientado às especificidades das demandas dos usuários e de populações (VASCONCELOS, 2009).

1.4 A busca por ajuda de mulheres em situação de violência

A temática deste estudo contempla alguns desafios e marcos históricos na luta das mulheres pelo atendimento e enfrentamento em casos de violência. Segundo o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foram possíveis algumas conquistas advindas a partir da criação da Lei Maria da Penha, como a determinação de encaminhamentos das mulheres em situação de violência e seus dependentes a programas e serviços de proteção e de assistência social (BRASIL, 2011). Para entendimento e compreensão dos conceitos, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) define rede de enfrentamento como:

[...] a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011, p. 13).

Essa rede de enfrentamento busca dar conta da complexidade da violência contra a mulher, sendo a rede de atendimento, segundo as diretrizes da SPM:

Um conjunto de ações e serviços de diferentes setores, que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento, à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e à humanização do atendimento (BRASIL, 2011, p. 14).

O protocolo de fluxos e encaminhamentos, segundo Leitão (2014), é um documento que objetiva, de forma clara e concisa, estabelecer normativas e orientações sobre como proceder no atendimento às mulheres que buscam ajuda junto à rede especializada e não especializada de atendimento no Estado, assim como a Lei nº 11340/06 (Lei Maria da Penha) que prevê a determinação do juiz para a inclusão da vítima em programas governamentais de proteção e atendimento que constam na rede de proteção à mulher, se necessário.

Segundo Grossi, Coutinho e Bittencourt (2015), a mulher em situação de violência deve estar protegida pelo Estado, através de políticas públicas que estejam articuladas nas

diferentes esferas da vida pessoal e social. A Política Nacional de Assistência Social, (PNAS) em consonância com as demais, tais como as de saúde, segurança pública, justiça, entre outras, deve atuar nas dimensões da assistência, prevenção, proteção e garantia dos direitos desse segmento (GROSSI, COUTINHO e BITTENCOURT, 2015).

Entretanto, em estudo realizado pela SPM, constatou-se que as mulheres que perpassam por atos violentos e, por vezes, cíclicos, enfrentam diversos obstáculos em conjunto com a falta de medidas protetivas efetivas na busca por proteção, apresentando como resultado intensos desgastes emocionais e retorno à situação de violência vivida (BRASIL, 2003). De acordo com a complexidade, torna-se necessário que os serviços e instituições atuem de forma articulada e integrativa comunicativamente numa perspectiva intersetorial e que se definam fluxos de atendimentos e de encaminhamentos compatíveis com as realidades locais, as quais devem contemplar as demandas das mulheres, em suas características e diversidades (GROSSI, COUTINHO e BITTENCOURT, 2015).

Entre as iniciativas realizadas para compreender a violência contra as mulheres e os mecanismos que as levam a romper com as situações de violência, destaca-se a proposta desenvolvida pela OPAS e que foi denominada como “rota crítica” (SAGOT, 2000). A ideia de construção de uma rota foi realizada em alguns países da América Central e do Sul, entre os anos de 1996 e 1998, em um protocolo elaborado em conjunto por pesquisadores, ativistas e funcionários de instituições dos países participantes, visando contribuir com o combate, a prevenção e a erradicação da violência contra as mulheres (SAGOT e SHRADER, 1998).

A rota crítica pode ser compreendida como um conjunto de decisões e percepções da violência, a partir de decisões e ações realizadas, bem como das respostas encontradas pelas instituições de apoio (CONTE et al, 2012). A pesquisadora Sagot (2002) cunhou esse percurso como uma rota crítica porque as decisões e ações das mulheres para interromper o ciclo da violência acabam não sendo efetivas caso recebam respostas inadequadas ou culpabilizadas, reiterando a violência vivida.

Dutra et al (2013) afirmam que nos estudos realizados sobre as rotas críticas percorridas por mulheres em busca de recursos para sair do ciclo da violência foram identificados falta de apoio, vitimização e atitude preconceituosa pelos profissionais que deveriam acolhê-las, indo ao encontro do que pontua a seguinte autora:

O rompimento das situações de violência depende muito dos fatores de resposta que as mulheres encontram no decorrer da rota, como a disponibilidade e a qualidade dos serviços, as representações sociais de

servidores de serviços e comunidade e os resultados obtidos (SAGOT, 2007, p. 27).

A atuação da comunidade também aparece na rota crítica como fator limitante no rompimento com a violência. Dessa forma, os resultados da violência apresentam duplas consequências: “aquela resultante do ato violento em si e a da invasão de sua privacidade pela exposição do ato sofrido” (SANTI, NAKANO e LETTIERE, 2010, p.). Dessa forma, as mulheres vítimas de violência recorrem aos mecanismos de defesa como estratégia não só para adaptação como também para sua própria sobrevivência (NARVAZ e KOLLER, 2006).

Nesse sentido, alguns fatores internos são considerados dificultosos no processo de busca por apoio, sendo eles: crença na mudança do parceiro; culpa; desconhecimento de direitos; falta de apoio externo; medo; manipulação do agressor; sentimento pelo parceiro e vergonha (SCHRAIBER et al, 2005). Outro fator que impede as mulheres de romper seus relacionamentos são as críticas por vezes realizadas por amigos, familiares e pessoas da própria comunidade (MILLER, 1999).

Entre os estudos desenvolvidos no Brasil, alguns já concluídos, é possível depreender que no percurso realizado pelas mulheres em situação de violência existe um enorme intervalo de tempo entre a primeira referência pública e a solução efetiva para o problema (SILVEIRA, 2006; PRESSER, MENEGHEL e HENNINGTON, 2008; MENEGHEL, 2007, MENEGHEL, 2009; SILVA, 2008; MENEGHEL e HIRAKATA, 2011; CALLOU, 2012). Dessa forma, torna-se necessário aumentar o debate e o alcance sobre o tema a partir dos resultados destas e de outras pesquisas com rigor metodológico, de modo a ampliar a compreensão dos profissionais e dos serviços, aumentando, assim, as possibilidades de intervenção (BUTION e WECHSLER, 2016). Contudo, um olhar mais atento pode permitir a redução do impacto da violência na saúde e no bem-estar das mulheres, bem como de seus filhos, buscando, também, o impedimento de futuros episódios de violência (OMS, 2008).

No entanto, apesar de nos países latino-americanos existirem diversos equipamentos públicos e comunitários voltados para a atenção às mulheres em situação de violência, das vítimas que decidiram ou buscaram efetivamente romper com as situações, a maioria não encontrou amparo, enfrentando uma trajetória marcada por dificuldades, desestímulo, inexistência ou falta de acesso às instituições e serviços (SAGOT, 2000).

Já o que vemos no Brasil é que, ao longo dos anos, estão sendo desenvolvidas ações que reforçam o compromisso para a proteção das mulheres. Nesse sentido, destaca-se a Assistência Social que, ao ser incluída no âmbito da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social, abre novas possibilidades para a construção de políticas públicas e sociais que venham garantir os princípios e diretrizes prescritos na Constituição Federal (CF) de 1988. Esses fundamentos constam no artigo 203 (CF, 1988), o qual determina que a Assistência Social deve ser prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Ainda, em dezembro de 1993, foi sancionada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamentou a Assistência Social como política social pública. Ela define em seu primeiro artigo que:

A assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2009, p. 6).

Diante desse contexto, ocorre também a aprovação da PNAS em 2004 e a construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, em que o Estado reafirma seu compromisso com a garantia de direitos, por meio da oferta de programas e serviços especializados voltados à Proteção Social (Básica e Especial) de toda população (BRASIL, 2008).

Entre os serviços para o enfrentamento das violências ofertados pelo SUAS, destaca-se o serviço da Proteção Social Especial, que envolve a proteção de famílias e sujeitos em situação de risco pessoal e social, além de serviços de média e alta complexidade, os quais devem promover o acolhimento dessas pessoas, e, com isso, desenvolver ações socioassistenciais às famílias e indivíduos. Procura-se, dessa forma, a possibilidade de reconstrução dos vínculos sociais e de favorecimento de maior grau de independência individual e social a quem dele necessitar (CRUZ e GUARESCHI, 2010).

Dentro dos serviços e equipamentos, destaca-se o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que é uma unidade pública estatal de abrangência municipal e que oferta o trabalho social especializado do SUAS. O papel do CREAS compreende a oferta de serviços especializados de caráter continuado para as famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos (BRASIL, 2011). Diante dessa definição a mulher vítima de qualquer tipo de violência se encaixa no público-alvo desse serviço, uma vez que ela teve seus direitos violados (SILVA e CLEONE, 2019). Entretanto, segundo Costa, Serafim e Nascimento (2015), ainda existe uma espécie de subnotificação dos casos, se comparados aos números das ocorrências nas delegacias, evidenciando talvez uma problemática vinda das notificações e dos encaminhamentos não realizados — fato que corrobora para a desinformação das vítimas sobre todos os direitos aos quais elas teriam acesso, caso fossem referenciadas ao serviço (COSTA, SERAFIM e NASCIMENTO, 2015).

De acordo com a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, organizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o serviço de enfrentamento às violências foi integrado ao de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) – ofertado no CREAS e realizado por uma equipe especializada, sendo estes: advogado, educador social, assistente social e psicólogo. Cabe a esses profissionais o desenvolvimento de um processo de articulação em rede, visando a garantia de direitos, com devidos encaminhamentos a outros serviços da área, além de um conjunto de procedimentos técnicos especializados para atendimento e proteção imediata a pessoas e famílias em situação de violência (BRASIL, 2011; COUTO, 2010).

De acordo com as determinações (BRASIL, 2011), a estrutura do CREAS precisa ser compatível com os serviços ofertados, dispondo de elementos básicos, como: ambientes adequados, com salas reservadas para recepção das famílias; atendimento individual e familiar; trabalho em grupos e reuniões; e áreas convencionais de serviços. O suporte organizacional deve envolver toda a estrutura, desde os atores até as instalações, favorecendo a efetivação dos direitos de seus usuários (BRASIL, 2011). Assim, é dever do Estado assegurar condições propícias para que se obtenham resultados nas intervenções, ou seja, para que os direitos das populações sejam efetivados, como descrito no artigo 1 da LOAS, referente às políticas públicas de assistência social: “a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado” (Brasil, 2009). Tudo isso converge com o que foi preconizado pela CF de 1988 e suas leis complementares (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e LOAS no que diz respeito ao dever e à

responsabilização do Estado na garantia dos direitos à população por meio de programas e serviços especializados (CRUZ e GUARESCHI, 2010).

Portanto diante da revisão de literatura consultada e aqui apresentada, consideramos importante a atenção específica sobre a temática da violência de gênero vivenciada pelas mulheres, investigando a forma como elas lidam com a situação de violência, qual o percurso para buscar ajuda para sair do problema enfrentado e como são acolhidas nos serviços de atendimento e enfrentamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as vivências de mulheres em situação de violência de gênero, com atenção especial para o papel da rede de atendimento e enfrentamento no contexto dos percursos experienciados por elas.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as vivências de mulheres em situação de violência de gênero quando buscam por ajuda para enfrentar as situações;
- Caracterizar o papel da rede de atendimento e enfrentamento, bem como de seus profissionais, no percurso de mulheres em situação de violência de gênero;
- Discutir como os serviços contribuem para o atendimento e enfrentamento da violência à mulher, identificando limites e possibilidades em suas ações e intervenções.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Realizou-se esta pesquisa científica utilizando-se da abordagem qualitativa e exploratória. O estudo qualitativo envolve a abordagem interpretativa e naturalística, com a possibilidade de observar o tema a ser pesquisado em seu *setting* natural, possibilitando nomear os sentidos e interpretar os fenômenos nos termos das significações que os sujeitos estudados apresentam (DENZIN, 2003). A pesquisa exploratória tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como ela se apresenta, analisando o significado e contexto em que se insere e entendendo que o comportamento humano pode ser mais bem compreendido no contexto social onde ele ocorre (QUEIROZ, 1992). A metodologia selecionada para este estudo, em especial para a área da saúde, apresenta função importante, uma vez que compreende e interpreta fenômenos em seu ambiente próprio, pensando mais clara e profundamente sobre a condição humana e influenciando, assim, nos processos de mudança (TURATO, 2003). Assim, apresentaremos a seguir os aspectos metodológicos que foram essenciais para que este estudo se concluísse, sendo: campo de estudo; participantes; critérios de inclusão e exclusão; aspectos éticos e cuidados com os sujeitos da pesquisa; coleta de dados e análise dos dados.

3.2 Campo do estudo

Este estudo foi desenvolvido em um município de médio porte do interior do estado de São Paulo e teve como cenário o serviço de atendimento para mulheres vítimas de violência de gênero, ofertados no CREAS, sendo este, conforme já mencionado, um equipamento público de assistência social onde são atendidos usuários em situação de risco social e que tiveram seus direitos violados. Cabe ressaltar que, por meio do CREAS, o Estado reafirma seu compromisso na garantia de direitos por intermédio da oferta de programas e serviços especializados voltados à Proteção Social (Especial) da população e esse processo de garantia de direitos reflete também a orientação da população sobre eles e seus descendentes (BRASIL, 2005).

3.3 Participantes

Foram convidadas a participar desta pesquisa as mulheres referenciadas ao CREAS vinculado à Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social do município em que o estudo foi realizado. A coleta de dados ocorreu mediante seleção intencional, ou seja, por conveniência, optando por participantes que estivessem vivenciando ou tivessem vivenciado episódios de violência de gênero de quaisquer tipos e que residissem no município onde a pesquisa foi realizada.

Sobre o percurso da pesquisa, cabe informar que apresentamos o estudo para a equipe técnica do CREAS, onde discutimos os objetivos gerais e específicos, a metodologia selecionada e os propósitos do PPGGC da UFSCar. A equipe demonstrou interesse pelo estudo do tema e se propôs a contribuir na busca ativa por usuárias que se enquadrassem no perfil desejado. De acordo com os critérios, os profissionais elencaram as mulheres que poderiam participar, realizando o convite (no presencial e/ou remoto) mediante o vínculo que havia entre técnico e usuária. Após o primeiro contato da equipe, os pesquisadores de referência deste estudo reafirmaram o convite (no remoto) para explicação sobre a pesquisa e explanação de dúvidas. Caso a resposta permanecesse positiva para participação, a entrevista semiestruturada era agendada no CREAS, onde foi disponibilizada uma sala especialmente para os pesquisadores envolvidos.

Para a busca ativa, a equipe técnica sugeriu uma lista com quarenta e oito usuárias que foram referenciadas ao CREAS por demanda espontânea ou encaminhamento de outros equipamentos entre os anos de 2019 e 2020. Do total da lista, foi possível o convite a 21 mulheres, porque as demais se mudaram de endereço e/ou de números de telefone, dificultando a localização delas. Das 21 usuárias convidadas, tanto pelo técnico do serviço quanto pelos pesquisadores, apenas quatro aceitaram participar. Segundo análise trazida pela própria equipe, é comum a dificuldade em trazê-las, pois a maioria retorna ao lar com o agressor e/ou vivenciam o medo de relatar as violências para pessoas que não são da equipe e para aquelas que não possuem vínculos fortalecidos de atendimento e enfrentamento à violência.

Diante dessas negativas, ainda seria possível continuidade de busca ativa a partir de outras usuárias, entretanto, por estarmos em um cenário pandêmico pela Covid-19, o serviço precisou ser restrito a plantões de atendimentos, sendo permitidos apenas para questões emergentes e urgentes, dificultando nossa permanência para continuidade deste estudo.

Informamos que, no planejamento inicial, no que se refere ao número de participantes, a presente pesquisa tinha a intenção de trabalhar com a saturação dos dados

obtidos, entretanto, devido às questões enfrentadas pelo cenário pandêmico atual, foi possível a realização de quatro entrevistas semiestruturadas, por meio das quais foram atingidos nossos objetivos, ainda que tenhamos tido que adequá-los diante das adversidades que permearam a construção e o andamento desta dissertação.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as usuárias acolhidas no serviço especializado de atendimento a mulheres em situação de violência do CREAS, maiores de 18 anos, em condições físicas e psicológicas para responder às perguntas e que estavam de acordo com os protocolos deste estudo, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa as usuárias que não demonstravam condições físicas e psicológicas para participar da entrevista semiestruturada e as que não concordaram em participar deste estudo.

3.5 Aspectos éticos e cuidados para as participantes da pesquisa

Informamos que esta dissertação de mestrado foi aprovada pelo parecer consubstanciado (em anexo) do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP), sendo respeitados todos os aspectos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos e baseados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

As participantes deste estudo foram previamente informadas sobre os objetivos e propósito da pesquisa, bem como sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas, com as respectivas estimativas de riscos, potenciais benefícios e aplicação de seus resultados para os processos de ensino-aprendizagem e sobre a capacitação profissional e da sociedade em geral.

Com relação aos riscos, ofertamos como possibilidade para as entrevistadas (caso se sentissem desconfortáveis durante ou após a entrevista) acolhimento e encaminhamento a um profissional especializado em situações de violência à mulher para que fosse garantida a oferta de atenção e cuidado integral.

Foram asseguradas também a confidencialidade e o sigilo das informações coletadas e fornecidas. Ademais, uma vez que a participação foi voluntária (mediante convite prévio), havia a possibilidade de interromper a entrevista quando fosse

conveniente, não havendo nenhum prejuízo em seu acompanhamento no serviço de referência, bem como para a sua integridade física e moral.

As informações coletadas durante a fase de entrevista serão mantidas e armazenadas de forma sigilosa pelos pesquisadores por um período de cinco anos, sendo excluídas completamente após esse tempo. Durante o período de armazenamento, permanece a segurança com relação à confidencialidade e sigilo das informações. Para a divulgação dos resultados obtidos, foi mantido o padrão de cuidados no que se refere à identidade e ao sigilo das mulheres participantes e aos demais sujeitos envolvidos em suas narrativas.

A participação de cada sujeito na pesquisa foi confirmada pela leitura e assinatura do TCLE e os procedimentos utilizados estão de acordo com os padrões de ética, seguindo as diretrizes definidas pela Resolução 466/12 do CNS (BRASIL, 2012) e do CEP, que regulamenta e libera pesquisas com seres humanos no Brasil. Assim sendo, os dados foram coletados após a aprovação da pesquisa no CEP da UFSCar, número 4.278.252 (em anexo) e após todas as participantes terem concordado com o TCLE. Cabe ressaltar novamente que, nas transcrições das falas e nas observações feitas neste estudo, foi preservada a identidade dos sujeitos da pesquisa, que tiveram seus nomes alterados.

Por fim, é importante destacar que, para o desenvolvimento deste estudo, existe o compromisso de divulgação dos resultados obtidos, principalmente às instituições envolvidas, já que esperamos contribuir para aprimorar e melhorar as ações e intervenções para mulheres em situação de violência de gênero, não só no contexto da saúde, mas também no de assistência social e jurídica, estimulando melhores práticas.

3.6 Coleta dos dados

Foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com base em um roteiro de entrevista formulado pelos pesquisadores (em anexo). As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico de áudio e, posteriormente transcritas e transformadas em narrativas para análise e discussão dos resultados. A partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1977) dos dados transcritos das entrevistas e das narrativas apresentadas, foi possível discutir as vivências das mulheres em situação de violência e o papel da rede de atendimento e enfrentamento no percurso delas em busca por ajuda.

3.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados da presente pesquisa, adota-se a análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação em pesquisas com sujeitos (BARDIN, 2006). De acordo com a literatura consultada, a autora conceitua a análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Esse tipo de análise compreende três etapas principais: pré-análise, na qual os dados devem ser organizados com o objetivo de construir o *corpus* da pesquisa, “o corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96). Em seguida, exploração do material (codificação), na qual o *corpus* estabelecido deve ser estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e contexto, “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN, 1977, p. 101). E, por fim, tratamento dos resultados (categorização), na qual os dados coletados são tratados de maneira que possam ser significativos em seu uso, “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos” (BARDIN, 1977, p. 117). Assim sendo, a análise de conteúdo permitiu a realização da categorização dos discursos obtidos nas entrevistas a partir de vários critérios de análise, sendo utilizada com frequência, segundo a literatura, principalmente para a realização da análise dos dados de matérias qualitativas, significando, assim, uma maior compreensão do conteúdo a ser analisado. (RICHARDSON, 1999).

4 RESULTADOS

Em decorrência do cenário pandêmico da Covid-19 e das restrições de circulação de pessoas impostas pelo município, para realização desta pesquisa foram entrevistadas apenas quatro mulheres. Diante dessa dificuldade, decidimos que a análise e a discussão dos resultados se dariam por meio das narrativas dessas mulheres.

Neste capítulo, descreveremos os relatos dessas vítimas, tomando como referência o roteiro semiestruturado elaborado para as entrevistas

Reiteramos que as identidades das participantes foram preservadas e todas serão apresentadas a partir de nomes fictícios provenientes de mulheres que influenciaram a luta feminista por igualdade, justiça e respeito no Brasil: Bertha, Celina, Mietta e Nísia.

4.1 Bertha

Bertha gostaria de ser conhecida pelas demais mulheres que sofrem violência doméstica como alguém que passou por muita coisa, mas não deixou se abalar por homem nenhum. Ela tem 28 anos de idade, se autodeclara negra, possui ensino médio incompleto, está separada, é mãe de três filhos, desempregada e beneficiária do Programa Bolsa Família. O ex-marido agressor de Bertha está recluso na penitenciária por roubo. Ele é pai afetivo da filha do meio (de três anos) e pai biológico da filha caçula (de um ano), estando ambas sob a responsabilidade da mãe. O filho mais velho de Bertha (onze anos), reside com a avó paterna. Desde seu primeiro casamento, que se iniciou quando ela tinha dezessete anos, Bertha já sofria abusos psicológicos, o que a tornou uma pessoa “carente de carinho e atenção”. O pai de seu filho mais velho a chamava de “gorda e feia”, além de outros adjetivos, todos pejorativos, que a faziam se sentir exatamente como ele a descrevia, baixando completamente sua autoestima. Apesar de nunca a ter agredido fisicamente, ambos viviam um relacionamento que ela denominou como “estranho”. Segundo Bertha, ele a machucava tanto verbalmente que ela se batia e vivia chorando pelos cantos ou trancada nos cômodos da casa. Até que certo dia, Bertha arrumou um emprego e começou a se sustentar, a ser independente. Foi então que ela começou a sustentá-lo também, a comprar roupas caras para ele, “celular do ano, relógio e bonezinho”. Ela trabalhava de madrugada e, certa vez, chegou muito cansada do serviço e foi dormir. Nem ao menos tomou banho. Quando estava deitada na cama, o primeiro marido a arranhou (porque ele tinha a unha grande para tocar violão). Chamando-a de

vagabunda, ele a acusou de não ter pagado o curso que ele fazia. Ela estava planejando pagar o curso quando fosse trabalhar, já estava até com o dinheiro na carteira. Mas ela não lhe respondeu, colocou as coisas na bolsa e perguntou para o filho se ele queria ir embora com ela. Como o filho já tinha tudo na casa da avó paterna em que vivia, ele não concordou em ir com a mãe e, ela, pensando no conforto do filho, concordou que ele ficasse. Segundo Bertha foi uma decisão extremamente difícil e dolorosa, mas, naquele momento, ao deixá-lo ela teve “a consciência de mãe de não tirar o menino do conforto para ele não ir sofrer em busca de uma nova vida com ela”. Assim, depois de oito anos de casada nesse casamento, Bertha definitivamente decidiu ir embora.

Bertha relata que sua mãe também viveu um relacionamento abusivo antes de seu padrasto falecer e, por isso, ela já conhecia como o CREAS funcionava. Foi ela quem decidiu buscar ajuda por conta das três agressões que sofreu em seu segundo casamento (este mais recente). Para ela, as agressões do companheiro foram todas revidadas, já que, não se considera “uma mulher que apanha e fica calada”. Em uma das agressões que descreveu, ela estava com uma das filhas no colo e o ex-marido a enforcou. Em outro episódio, o ex-marido irritou-se por conta de a irmã ter viajado para longe e levado a sobrinha dele junto, descontando a culpa em Bertha, que revidou jogando uma bolsinha de uma das crianças na cabeça do marido, a fim de se defender. Os episódios de agressão sofridos por Bertha foram testemunhados por toda a família. Mas ela destaca que as agressões físicas não a abalaram, o que ficou marcado foram os abusos psicológicos sofridos nas duas uniões pelas quais passou. Também disse que as mágoas se intensificaram após vivenciar esses dois “relacionamentos ruins”.

Como não tinha para onde ir, continuou morando com a avó do marido e com ele durante dois anos. A avó era muito doente, dependia de oxigênio, e demandava uma maior atenção. Bertha estava ali para isso e ainda não era mãe de sua filha mais nova. Além disso, nessa mesma casa, morava o tio do marido, que sofria de problemas de saúde. Então, por vezes, o marido de Bertha, por usar drogas e beber, saía e ficava dias fora. Quando retornava a acusava de estar tendo um caso com seu tio. Mesmo que Bertha tentasse dialogar e mostrar que não havia nada entre eles, o marido não titubeava e nada mudava a situação imaginada por ele. Além dessa grave acusação, Bertha ainda vivenciou por diversas vezes falas de que não passava de “uma vagabunda”, devido ao fato de estar usando roupas “muito curtas”, ou de ser “uma grande porca”, quando usava roupas “mais largas” ou quando “não se cuidava tanto”. As falas do marido mexiam muito com o psicológico de Bertha, ela acreditou por vezes que precisava “se cuidar mais” e “se vestir

melhor” e mais adequadamente por ser uma “mulher casada”. Bertha relaciona que, caso o marido a espancasse ou a deixasse de olho roxo, ela não ficaria “tão marcada” quanto pelas coisas que ele dizia: “tá dentro de mim, não adianta, ninguém arranca, um soco, um olho roxo, você vai olhar no espelho e dá uma semana, passou, agora, o que foi dito, fica, infelizmente fica”.

Bertha declarou que o marido registrou sua filha de três anos (apesar de não ser o pai biológico) e que hoje ela acredita que foi para depois acusá-la de tê-lo obrigado a registrar a criança, pois foi exatamente o que ele fez. Segundo Bertha, o marido registrou sua filha mais velha porque achou que não poderia ter filhos, entretanto, pouco tempo depois, Bertha engravidou dele para ter sua filha que hoje está com um ano de idade. Ela explica que não o obrigou a fazer nada porque estava disposta a cuidar da filha sozinha, mas o conheceu no início da gestação e acreditou que ele poderia ser uma boa pessoa. Apesar disso, só depois de um ano de relacionamento foi que Bertha descobriu “quem realmente era a pessoa com quem ela escolheu ficar”. Foi quando o relacionamento dos dois começou a ficar diferente porque, de início, tudo estava indo muito bem. Mas o marido começou a xingá-la e a compará-la com a cunhada, namorada de sua irmã. A cunhada, segundo Bertha, andava de “shortinho curto, era magrinha e bonitinha” e, para o marido, Bertha era considerada “largada, gorda e feia”. Ainda que se defendesse para o companheiro dizendo que ele deveria aceitá-la como ela era, não havia acordo e ele permanecia a dizer “coisas que só machucavam”. Bertha conta que certa vez ele a chamou de vagabunda (como era de costume) e de “interesseira”, fato que Bertha hoje reflete dizendo que: “nem teria como estar com ele por interesse, porque ele não tinha casa, não tinha dinheiro, não tinha nada, ele era só um louco, pirado, falando coisas sem pé nem cabeça”.

Ao se ver mais uma vez em um “casamento complicado”, Bertha passou a procurar uma solução para a situação em que se encontrava, priorizando para que não precisasse mais morar na mesma casa onde o seu agressor vivia. Bertha procurou se informar sobre suas opções. Além do que já sabia por conta da experiência de sua própria mãe, ela relata que uma tia do marido a informou sobre uma mulher que tinha sofrido agressões e que havia conseguido abrigo pelo CREAS. Por ter a intenção de encontrar um lugar seguro para ela e para as duas filhas, “para que tivesse um pouco de sossego”, Bertha se dirigiu por demanda espontânea ao CREAS. Ao ser atendida, foi informada de que primeiro teria que ir a uma delegacia. Ela conta que, durante seu relacionamento, chegou a abrir inúmeros boletins de ocorrência contra o marido, conseguindo até mesmo uma

medida protetiva. Por já ter muitos boletins de ocorrência contra o agressor, os quais não eram respeitados por ele, ela decidiu que “fazer um novo boletim seria perda de tempo”. Bertha relata que sempre foi muito bem atendida na delegacia da mulher, mas que os boletins e as medidas protetivas “não adiantavam de nada” porque, mesmo que não estivesse mais se relacionando, por falta de moradia, ela permanecia morando na casa da avó do marido e não poderia impedi-lo de fazer visitas à família: “aí, do nada, às vezes, ele vinha e chegava, aí eu que saía, se não dava pra eu sair, eu não ficava perto, mas ele sempre dava um jeito de falar comigo, não tinha como”, ela comenta.

Fora os boletins de ocorrência realizados na DDM e a procura de abrigo por meio do CREAS, Bertha nunca chegou a pedir ajuda a profissionais de saúde ou de outros equipamentos. Ela considera que “o posto de saúde” é apenas para consultas médicas e que, apesar de os profissionais de lá serem muito queridos e saberem de suas histórias por conta de seus “desabafos”, ela nunca comentou detalhadamente sobre as agressões que sofreu. Segundo ela, “ninguém também nunca teve coragem de perguntar sobre isso”. Quando Bertha dizia estar em um “relacionamento abusivo” na USF onde era atendida, os profissionais a orientavam a procurar por ajuda, dizendo sobre a “delegacia e o B.O.”, mas ela considerava esse ato de pouca ajuda, pois escutava o conselho, ia embora e não buscava realmente por suporte, porque não era “só isso” que ela precisava, ela precisava “de mais, muito mais”.

Bertha também adiciona que outro motivo que a fez procurar ajuda foi para que as pessoas parassem de a colocar como culpada pelo que ela estava passando, para que alguém ainda estivesse do lado dela. Porque todas as ações do marido, como beber ou usar drogas, eram atribuídas à falta de atenção que Bertha lhe dava. E, além disso, há pouco tempo Bertha havia descoberto que o marido estava lhe traindo. “E se eu pego uma doença, como eu fico?”, ela se pergunta.

Em 2018, o marido de Bertha foi pego roubando um carro e foi condenado a quatro anos e dez meses de prisão, tendo ficado preso por dois meses. Depois disso, no início da pandemia de coronavírus no Brasil, quando estava trabalhando de eletricista, ele saiu do serviço e deixou todos preocupados porque demorou a chegar e ninguém conseguiu contatá-lo. Até que descobriram que ele havia roubado uma moça perto do cemitério: estava com dois celulares roubados. Novamente, foi detido e condenado a mais quatro anos e oito meses de reclusão. Portanto, somando as duas ocorrências, atualmente ele está recluso para cumprir os nove anos de sentença. Quando tudo isso aconteceu, Bertha ainda morava na mesma casa que o marido, apesar de não estarem mais em um relacionamento

afetivo, segundo ela. Por conta dessa situação, algumas pessoas a culpam pelo ocorrido, acusando-a de não ter dado atenção a ele. Desamparada e sem ter para onde ir, porque a avó do marido não poderia lhe ajudar, Bertha decidiu morar com a sogra. Uma das primas do marido era advogada e conseguiu dar entrada no Auxílio-reclusão para Bertha. Cabe ressaltar que o marido está ciente de que ela está recebendo esse dinheiro para cuidar das filhas.

Bertha relata que algumas pessoas ainda a acusam de usar o dinheiro “que seria do marido”, mas que ela defende que usa apenas para as filhas e, por ser titular, não deixa que falte nada a elas: “quando eu estava com ele, tudo faltava”, Bertha destaca. Ela se diz muito responsável com relação à questão financeira, cita o valor do aluguel e das contas do mês, com as quais ela ajuda porque a família do marido (que trabalha com pintura) está vivendo de “bicos”. Bertha relata que, antes do Auxílio-reclusão, elas viviam de Bolsa Família, depois de Auxílio Emergencial e do Auxílio Extensão. Recentemente, a prima de seu marido entrou com um pedido de inclusão da filha mais nova no registro do Auxílio-reclusão, o que não muda nada no valor recebido, mas até que o requerimento seja concluído novamente, Bertha não o receberá: “eu fico imaginando o que é que nós vamos fazer da vida agora”, ela conclui.

Apesar das dificuldades financeiras que enfrentam, Bertha relata ainda precisar lidar com os pedidos que o marido faz estando na prisão. Segundo ela, a sogra foi visitá-lo e pediu para que Bertha lhe enviasse uma carta, mas ela se recusou. Durante a visita que a sogra fez, o marido de Bertha pediu a quantia de R\$ 850,00 para ter uma televisão dentro de sua cela. Bertha achou o pedido um absurdo, porque elas têm que cuidar de três crianças do lado de fora, as duas filhas dele e a sobrinha, e “elas também não tem televisão”. O que Bertha gostaria de fazer é responder as cartas que o marido lhe envia como se ainda estivessem juntos com xingamentos, mas que isso é proibido porque pode ser que o destinatário cometa suicídio dentro da penitenciária “por mim, ele já tinha se matado há tempos”.

Bertha diz que pode contar com alguns membros da família do marido, como a tia que a ajudou a procurar pelo CREAS, e a prima que é advogada. Quando procurou ajuda, essa pessoa ofereceu abrigo por um tempo e foi durante esse período que o marido foi preso. A prima que é advogada, por sua vez, apesar de não atender na vara familiar, a orienta sempre que pode, dando-lhe força e a aconselhando sobre o que deve ou não fazer. Bertha conta também sobre sua sogra, que chegou a ameaçar que, se Bertha largasse do marido e fosse morar com a mãe dela, ela ligaria para o Conselho Tutelar para resgatar as

crianças. Isso porque o ambiente onde a mãe de Bertha mora não seria um local adequado para viver com as filhas, cheio de bebidas e muitas drogas. “Eu adoro ela, é um amor de pessoa, só que teve momentos que, infelizmente, a gente se desentendeu”, comentou Bertha. Ainda que entendesse o desespero da sogra, Bertha vivia com medo de perder as filhas e, sem ter outro lugar que pudesse ir, ficava insegura sobre quais decisões tomar. Em contrapartida, a prima advogada dizia para Bertha que faria o que fosse necessário, mesmo que isso demandasse estudo noite e dia, para que ela não ficasse sem as filhas — e ações como essa confortavam Bertha, que sentia que estava nas mãos de alguém em quem poderia confiar.

A avó do marido também é alguém em quem Bertha confia plenamente porque, durante os dois anos em que conviveram, Bertha sentiu que aprendeu a evoluir como pessoa e como mulher, além disso, relata que a avó do companheiro também foi vítima de agressão décadas atrás. A avó contava a história dela e Bertha pensava que não aceitaria passar pela vida da mesma forma, que ela precisaria ser ao menos “um pouco melhor”. Por já ter em sua experiência as agressões sofridas pela mãe, Bertha procurava “não deixar barato” a violência sofrida pelo marido. Ela relata que as vezes em que o marido conseguiu agredi-la, foi porque ela estava “distraída” ou com sua “bebê no colo”. Caso contrário, os dois “viam quem podia mais”, porque não se considera “mulher de levar desaforo pra casa”. Como exemplo, ela conta de uma vez em que o marido exigia que ela lhe desse o benefício recebido pelo Bolsa Família e os dois brigaram. Apesar de nunca contar para ele que tinha recebido o dinheiro, para que ele não o usasse para comprar drogas, dessa vez o marido havia descoberto e pediu dez reais. Bertha planejava usar o dinheiro para, no dia seguinte, comprar leites e fraldas para a bebê, que estava sem. Inicialmente ela negou que teria o dinheiro (mas estava escondido em determinado local de seu próprio corpo) porém ele insistiu e ela “perdeu a razão”, dizendo que no dinheiro de sua filha ninguém tocaria. A partir disso, Bertha começou a chorar, a tremer, a gritar e a jogar tudo que visse na frente em direção à cabeça do marido. Quando ela virou as costas, segundo disse a avó do marido à Bertha, ele tinha começado a pegar várias facas. Bertha pensou que iria morrer, mas o marido disse que estava apenas escondendo as facas para que Bertha não o matasse. Ela diz que agia dessa forma, jogando as coisas nele e chorando, para fazer com que ele parasse de irritá-la, como quem diz “se você é homem o suficiente para me bater, então eu sou mulher o suficiente para te matar”.

Bertha conta que a sogra dizia que ela seria a salvação do esposo, mas ela, por sua vez, dizia não ser Deus. Conta também que o marido dizia que não viveria sem ela. Depois

dos episódios de agressão, o marido tentava suprir seus atos comprando-lhe roupas ou presentes para que ela se arrumasse mais. Ele pagava o salão de beleza, a manicure, levava ela e as filhas ao shopping, “segurava na mão”, fazia tudo para tentar resolver o que tinha acontecido de uma só vez. Mas, para Bertha, nada disso adiantava, porque ela já não gostava mais dele. E era isso que lhe dizia: “não tem jeito, o amor acabou, morreu”. Ela diz que passou muita raiva quando estava grávida da filha mais nova, que o marido a perturbava muito psicologicamente. Ele ia trabalhar com a mãe fazendo pintura de um prédio e fazia chamada de vídeo para Bertha: chorando e falando que ia se jogar lá de cima. Ela respondia que ele podia se jogar logo, que era para parar de perturbá-la. Às vezes, a sogra a aterrorizava mandando fotos dele com os pulsos cortados para Bertha. Até que, um dia, ao vê-lo na casa da avó, ela lhe disse que se ele quisesse se matar, deveria cortar os pulsos no lugar certo “porque ninguém se mata cortando aqui em cima”, demonstrando que o marido “fazia cena” e, que no fundo, “ele não queria se matar coisa nenhuma”.

Ao falar sobre como os profissionais de saúde poderiam ajudar, Bertha cita que prestando mais atenção ao que se passa, “sem a mulher precisar dizer assim de cara, já seria um bom começo”. Segundo ela, um dos sinais mais evidentes de um relacionamento abusivo é, por exemplo, o marido fazer questão de comparecer aos atendimentos com a esposa, para evitar que ela fale algo que o incrimine, “algo que possa denunciar quem ele é na verdade”. Para ela, não haveria necessidade de fazer muitas perguntas, “simplesmente olhando para a cara da paciente seria possível detectar algum sinal fixo que diria que ela sofre violência”, “eu acho que deveria ter aquele sinalzinho do X, né?”. Ela explica referindo-se a um comercial que havia visto recentemente na televisão. Em sua opinião, um aplicativo de celular também seria eficiente já que, atualmente, o celular é uma ferramenta muito importante que as pessoas “sempre têm à mão”. Esse aplicativo que Bertha idealizou não precisaria de conexão à internet e, assim, qualquer mulher poderia acioná-lo no momento da agressão pedindo socorro e a viatura mais próxima viria a seu encontro. “Porque até chegar na delegacia, às vezes, a pessoa já te matou”, Bertha completa. Mesmo que nem todas as mulheres tenham celular por proibição do marido, como era o caso de Bertha, policiais e demais profissionais poderiam tê-lo. Assim seria possível “mandar um SOS” para as “atendentes do posto de saúde”, por exemplo, sem ter que se dirigir a outro lugar, e elas saberiam o que fazer, porque “elas podem estudar pra ajudar no que fazer”. Esse apoio deveria ser no exato momento em que a violência acontecesse, para que a ajuda viesse até a mulher, por meio de “pessoas corajosas” e “sem

medo de meter a colher”. Bertha comenta que as pessoas precisam, sim, “meter a colher”, porque não é possível saber o que está acontecendo para que aquela mulher continue naquele relacionamento. Pode ser que ela queira deixar o companheiro, mas está com “medo de ser morta” ou de “não ter mais sossego”.

Sobre a saída do ex-marido da penitenciária, ela diz já ter planos para quando o marido estiver em liberdade. Se for sua vontade dar mais uma chance para ele, é algo que ela teria que pensar muito, porque se forem conviver novamente, ela não acha que daria mais certo. Bertha explica que sua avó dizia que as pessoas não deveriam se casar por amor, que o amor deveria ser construído ao longo de uma vida, mas que ela tem o costume de amar primeiro para depois “se ferrar”.

Bertha diz que sempre “se deu mal por amar os homens que amou” e que por esse motivo “não confia mais em ninguém”. Contudo, há algum tempo, ela teve a vontade de voltar com um ex-namorado que, na época, a amava incondicionalmente. Ele a tratava muito bem, lhe dava atenção, não tinha vergonha de estar com ela ou de andar de mãos dadas na rua. Seus dois maridos diziam que tinham vergonha dela e o que está preso tinha vergonha de andar com ela na rua, de segurar na sua mão e isso a machucava muito. Então, quando viu a oportunidade, ela chegou a marcar um encontro com esse ex-namorado para conversarem, mas, por estar tão calejada dos relacionamentos, ficou com receio de se envolver com alguém tendo “duas filhas mulheres”. Mesmo que tenha se envolvido com ele no passado, ela não o conhecia totalmente. Foi então que ela lhe disse que, infelizmente, não ficaria com ele porque preferia que fossem se conhecendo aos poucos. Ele respondeu que eles já se conheciam, mas ela explicou que tinham ficado um tempo separados e que ela não o conhecia enquanto adulto. Bertha se considera uma pessoa muito responsável, que gosta das coisas do jeito certo, e que ele precisaria “ser uma pessoa que entraria na vida dela para somar, para crescer, e para respeitar ela e as filhas”. Além da preocupação com a segurança das crianças, Bertha tem receio de se envolver afetuosamente com outro homem e, quando o esposo for solto, “ele vir e matar os dois”. Por isso, diz viver “num beco sem saída”. Ela declara que não consegue mais gostar de ninguém e que, na realidade, não quer mais um relacionamento sério. No entanto, ressalta que isso não significa que ficará ela sozinha, pois ainda “pode pegar por aí, nos rolezinhos”.

Bertha considera que atualmente está bem, sabendo que está com suas filhas e declara que já analisou que “não precisa de homem para ser feliz”. Às vezes, ela gostaria de um carinho, um elogio e atenção. Mas se casar de novo não é de sua vontade. “Eu não

gosto mais do pai das meninas, só de pensar que ele vai sair, eu já tenho um surto porque eu não quero mais vê-lo”, destaca. Mesmo que possa dar uma segunda chance a ele, ela acredita que “tudo vai depender”, ou seja, apenas se o tempo de prisão conseguir fazer com que ele saia melhor. No entanto, ele pode acabar saindo de lá uma pessoa pior do que quando entrou, reflete Bertha.

Por tudo que passou, Bertha gostaria de dizer para as mulheres “deixarem de ser bestas” e de ir atrás de casamento, porque nada é melhor do que o livre arbítrio. Isso porque, com essa independência, você pode acordar a qualquer hora, comer o que quiser, vestir o que quiser, sem ninguém para ficar lhe dizendo o que fazer. E complementa que o companheiro dizer que “a roupa está curta” não é ciúmes, mas sim “abuso”. Ela conta que recebe muitas mulheres em sua casa procurando por conselhos porque já seria “treinada nisso aí”. Para ela, o homem não é oxigênio e a mulher não deve depender dele. “A gente não perde, a gente se livra” é um dos conselhos que ela dá a quem a procura. Bertha também diz que se um homem realmente quer uma mulher, quem precisa perceber que perdeu algo é ele. A mulher precisa se divertir, mostrar que está “linda, bela e plena”. Para Bertha, as mulheres precisam entender que no começo do relacionamento “tudo é lindo, tudo é uma fantasia, você acha que é a Cinderela e ele é o príncipe encantado”. Mas não é bem assim, ela aconselha que as amigas comecem o relacionamento pedindo honestidade, para que ambos sejam realistas como são e sobre as coisas que porventura deixaram de ser. Sobre as filhas, caso queiram namorar no futuro, diz ela: “terão que me apresentar o currículo do namorado”, se referindo à importância de saber quem serão os homens que vão se relacionar com elas. E, diante de tudo que passou, Bertha conclui que: “tudo que eu vivi, eu sempre tento levar com um sorriso no rosto, porque, até então, eu tenho duas filhas que se espelham em mim, que assim como eu, serão mulheres adultas também”.

4.2 Celina

Celina tem 29 anos, é mãe de dois filhos e está iniciando seu processo de divórcio. Atualmente está desempregada, possui ensino médio completo e se autodeclara parda. Ela e seu marido estiveram juntos por oito anos, depois que se conheceram *on-line* e ele viajou de outro país para vir morar com ela. Celina conta que tem duas irmãs mais velhas, que sua mãe faleceu há alguns anos por conta de um câncer e ela nunca conheceu seu pai. Quando jovem, Celina teve outros relacionamentos, mas, em sua grande maioria, a

percepção que ela teve foi que os rapazes só se envolviam sem interesse em um relacionamento sério e sempre acabavam se afastando.

Celina conta que seu esposo sempre recorria a abusos psicológicos colocando a culpa no ciúme que sentia do comportamento dela. Relacionando-a com as “mulheres brasileiras” que, para ele, eram todas “vagabundas”. Caso ela estivesse limpando a casa, por exemplo, e parecesse feliz, ele a atordoava dizendo que não queria que ela limpasse porque, se estava feliz, é porque tinha “dado” para outro. O marido de Celina tinha ciúmes até dos próprios filhos, acusando-a de lhes dar atenção demais e de menos a ele. Usando esses discursos, ele conseguia deixá-la confusa e sem entender o que estava fazendo de errado. Certa vez, o filho mais novo de Celina estava doente e o marido não queria que ela o levasse ao médico, afirmando que o bebê estava bem. Ainda assim, Celina continuava preocupada e insistiu para que fossem ao médico, até que o marido concordou. Quando foram atendidos, o médico declarou que a febre do bebê estava muito alta e que o ideal seria que ele ficasse lá e fosse até mesmo transferido para um Hospital Escola. A família permaneceu bastante tempo no hospital para que a criança pudesse passar pelos exames necessários e os resultados demoraram a sair. Por conta da demora, o marido acusou Celina de estar “fodendo com o pediatra”. “Como pode? Como ele pode pensar isso de mim? Agora eu não posso levar meu filho ao médico por causa dos ciúmes dele?”, ela questiona.

Percebendo que o comportamento de seu marido estaria afetando seu psicológico e que também, indiretamente, seus filhos estariam em perigo, Celina decidiu que deveria chamar a polícia e prestar uma queixa. Em seu relato, Celina descreveu que a polícia lhe disse que nada poderia ser feito naquele momento e que o protocolo era procurar pela DDM e abrir uma denúncia contra o marido, para que ele fosse investigado. Após essa situação, seu marido voltou atrás porque ficou com medo e ela lhe decidiu dar mais uma chance, porque não queria prejudicá-lo, apenas fazer com que parasse com o comportamento abusivo.

Desmotivada “de tudo”, Celina começou a sentir-se uma mãe horrível e a se perguntar o porquê de não estar conseguindo cuidar de seus filhos como gostaria, já que se sentia dividida entre cuidar da casa, preparar a comida, dar atenção aos filhos e ao marido, que estava sempre a acusando de traição por não estar recebendo atenção suficiente. Ela conta que percebeu que não estava mais sendo a mãe que gostaria porque tinha até mesmo parado de ensinar o filho a ler e a escrever, “não porque não queria ou não gostava”, mas sim porque “não conseguia”. Celina chegou a pedir algumas vezes para

que seu marido parasse com o comportamento abusivo, ameaçando chamar a polícia novamente, “mas não adiantava e isso só o deixava mais bravo”. Ela não tinha a quem recorrer porque a irmã que poderia ajudar estava grávida e Celina não queria deixá-la nervosa, o que poderia desencadear um aborto espontâneo na irmã, já que ela havia tido um aborto recente.

Celina foi ficando cada vez mais “transtornada e fraca”, sentindo que tinha que lidar com toda aquela situação pela qual estava passando “sozinha”. Foi quando ela decidiu tomar uma decisão, mesmo que difícil, e enfrentou o marido. A devolutiva foi mais uma sequência de xingamentos e comparações com outras mulheres, “principalmente as brasileiras”, o que abalou ainda mais a autoestima frágil de Celina, incentivando-a cometer suicídio. Fragilizada e sentindo que não tinha para onde ir, Celina pegou uma das mangueiras do quintal e pendurou numa viga de madeira para se enforcar. Enquanto isso, o marido chamou o filho dela de seis anos para “ver como a mãe dele era uma louca”. Ao ver seu filho gritando desesperadamente para que parasse, Celina se deu conta de que o que estava fazendo traria consequências psicológicas irreversíveis na vida de seus filhos e que ela deveria protegê-los de situações como aquela.

Outro fator que fez com que Celina percebesse pelo que estava passando foi o filho gritando e dizendo que a amava. Isso a fez pensar que então, ao contrário do que o marido lhe dizia, ela era possível de “ser amada” e que ela podia, sim, “ser uma boa mãe”. Assim, Celina se deu conta de que deveria tomar uma decisão, só lhe restava saber qual seria o momento certo. A fim de proteger os filhos, ela chamou o Conselho Tutelar e pediu por ajuda. “Eu senti que a vida dos meus filhos estava em perigo, mesmo que eu também fosse o perigo, eu precisava fazer alguma coisa para parar aquilo”, explica ao detalhar que esse perigo não era físico, mas psicológico, por testemunharem todo o abuso que ela enfrentava.

Ela conta que mandou uma mensagem ao CT dizendo “me ajuda e ajuda meus filhos, por favor”. Os conselheiros realizaram uma visita domiciliar para verificar o que estava acontecendo e o esposo de Celina relatou que as coisas estavam bem, mas os profissionais desconfiaram do comportamento “preocupado” do marido e das “muitas trancas que havia no portão e nas portas” e a encaminhou para acolhimento no CREAS e no CAPS II.

No CREAS, Celina sentiu que poderia se soltar e começou a desabafar, mas evitava falar do marido por sentir-se culpada pelo que passava e por não conseguir criticá-lo: “eu achava que mesmo sem fazer nada eu tinha minha culpa, no país dele, as mulheres

andam certinho e aqui não tanto”. Quanto à ajuda de vizinhos, Celina conta que muitos nem mesmo a conheciam, que em determinada situação, quando a polícia foi chamada, chegaram a perguntar quem ela seria porque ninguém nunca a via. Ela também tinha tentado se abrir com outras pessoas que a aconselharam a “ser forte e aguentar”, ou que lhe diziam que ela estava “reclamando de barriga cheia”, porque o marido era quem lhe dava aquilo de que precisava, sem que precisasse trabalhar. Ainda assim, Celina dizia a ele que não era por conta disso que teria o direito de tratá-la como bem entendesse e que, se fosse assim, ela não queria mais nada do que ele lhe dava, que queria “ser bem tratada e amada”, “só isso”. Para ela, posicionamentos como esse deveriam demonstrar que não estava casada por interesse, mas sim porque o amava, contudo, para seu marido, falas como essas eram apenas mais um motivo para acusá-la de traição. “Mas eu nunca traí. Às vezes eu queria até ter traído, para ele ter motivo para me xingar. Mas eu não sou assim, não sou uma pessoa capaz de fazer esse tipo de coisa”.

Por causa dos atendimentos que recebeu no CREAS, Celina foi, aos poucos, percebendo que não era culpada pelos abusos que sofria. Por exemplo, a vez em que seu marido cortou o pulso e a acusou pelo acontecido. Na época, Celina realmente chegou a pensar que deveria “melhorar” seu comportamento, seu “jeito de se vestir, de falar e de cuidar do esposo”, mas hoje, percebe que havia uma manipulação para que ela se sentisse assim e que quem precisava de ajuda, na verdade, “era ele”.

Sobre a família, Celina conta que das duas irmãs, a mais velha é a única que fez faculdade, trabalha e é responsável. A segunda irmã, desde nova parou de estudar, preferindo o consumo de bebidas alcoólicas e de “se envolver com diferentes homens”. Atualmente, essa irmã está grávida do sétimo filho. Cada um deles foi ficando com uma pessoa diferente e Celina foi quem cuidou dos três mais velhos para ajudá-la. Quando jovem, Celina conta que era uma adolescente “caseira” e que não era “muito social”. Então, ficava em casa cuidando dos sobrinhos. Pelo carinho e amor que deu a eles, hoje Celina pode contar com a ajuda e apoio deles, que ficaram muito mais apegados à tia do que à própria mãe. A irmã de Celina percebe isso e sente essa falta. Para Celina, “o mundo é assim, sempre dá voltas e o bem que você fez, volta para você, assim como o mal”. Mas os sobrinhos são adolescentes e Celina não quer sobrecarregá-los nesse momento conturbado. Entretanto, ela acredita que eles percebem o que realmente se passa: “eles me conhecem e sabem que eu estou mal no meu casamento”.

Além de seus sobrinhos, Celina sente que existem outras pessoas que se importam com ela, mas que não há muito o que terceiros possam fazer. Ela cita a irmã mais velha,

considerada a mais responsável, que também está gestante e, portanto, sobrecarregada pelas consultas médicas e com o trabalho. Ou seja, Celina não gostaria de ser mais um fator de sobrecarga na vida dessa irmã. Sua outra irmã, na opinião de Celina, não a faria bem por conta de seu estilo de vida “irresponsável”, que “não combina” com o dela. Para ela, a irmã mais nova poderia até ser considerada como “outra abusadora” em sua vida e, por conta disso, prefere manter distância. Por essas questões familiares, Celina acaba ficando sozinha, sem apoio ou direção. E ela compreende que o que mais precisa atualmente é de “força psicologicamente para acreditar em si mesma”.

Por acreditar que nunca é tarde para aprender e mudar seus pensamentos e sentimentos, Celina buscou ajuda profissional, mas ficou desanimada porque sua percepção é a de que sempre que tentava se abrir, era julgada como “a errada”. E, assim, foi “empurrando com a barriga e, cada vez mais, foi aumentando”. Ela conta que, certa vez, uma psicóloga de um serviço de saúde a aconselhou que seu desânimo era por ela “não ter nada para fazer”. Mas, para Celina, mesmo antes do relacionamento com o marido, ela já tinha a autoestima frágil, não era simplesmente “porque não tinha coisas para fazer”. Mesmo que tenha sempre trabalhado, ela ainda ficava fragilizada e esse detalhe foi ignorado pela profissional, segundo ela. Para Celina, se tivesse recebido ajuda de forma que sua autoestima fosse fortalecida, ela não teria aceitado desde o início os abusos que sofreu e conseguiria ter lidado melhor com o que estava passando.

Apesar de ter percebido, ainda quando solteira, de que precisava de ajuda psicológica pela sua insegurança, seus familiares diziam-lhe que isso era “frescura” e que “pobre não pode ter problema de psicólogo”. Dessa forma, Celina foi relevando a violência psicológica pela qual estava passando, acreditando nas falas de que era “dramática”, de que “sofria por pouco” e que “tudo não passava de culpa dela mesma”.

Celina explica que o marido é estrangeiro. E, para ela, os estrangeiros têm preconceito com as mulheres brasileiras por considerá-las interesseiras: “que brasileira não quer um homem vindo de fora?”, ela pergunta. Por esse motivo, Celina buscava manter sempre uma comunicação honesta com o marido, de que ela era “diferente do que dizem por aí”. Por ser uma pessoa tímida, seu relacionamento com o marido se iniciou pela internet e, para ela, naquela época, o marido “era outra pessoa”. “Ele parece que se transformou num brasileiro, não parece?”, ela questiona em relação ao comportamento abusivo do esposo.

Celina conta que quando o marido veio para o Brasil, ele não tinha nada. Ela trabalhava para comprar roupas para ele e foi ela quem alugou um lugar para os dois

morarem. Para demonstrar que não estava com ele por interesse financeiro, ela entregava todo o salário “na mão dele”, para que ele se sentisse provedor da nova família que estavam formando. Acontece que, aos poucos, “as portas foram se fechando” para Celina. No início, apesar de ele ter tido atitudes machistas, como perguntar se o filho era mesmo dele, por exemplo, ele ainda deixava que Celina estudasse e trabalhasse, de modo que ela não precisava se preocupar em evitar fazer essas coisas. “Não era tão ruim porque ele não me impedia de fazer nada”, ela explica ao dizer que considerava normais os questionamentos sobre a paternidade do filho: “eram ciúmes de casamento”. E, sem que ela percebesse, ele foi lhe convencendo de que ela não precisava trabalhar porque ele cuidaria dela, de que ela não precisava sofrer porque ele ganhava mais que ela e que ele lhe daria tudo. Depois, aos poucos, foi fazendo com que Celina desistisse dos cursos que realizava, porque dizia que ela ia aos cursos para “namorar”. E, em sequência, começaram os ataques com mais intensidade, os julgamentos, as comparações com outras mulheres, a insinuação de que ele, que tinha emagrecido, estava começando a receber mais olhares de outras mulheres e que conseguiria “pegar” todas elas. Por fim, começaram os abusos sexuais, a exigência de que ela o satisfizesse como as atrizes pornôs faziam nos filmes, mesmo que ela se negasse ou chorasse de dor durante o ato. Para conseguir convencê-la, o marido insinuava que todas as mulheres gostavam “daquilo” e que apenas a esposa não e ela sentia-se coagida a agradar por estarem casados: “eu fazia tudo que ele pedia, ainda que sem querer, porque a esposa era eu, era meu dever”. Dos oito anos de relacionamento, Celina relata que os dois últimos foram os mais impactantes porque determinaram o período em que seu marido passou a intimidá-la por “coisas absurdas”. Antes disso, ela considerava que ainda conseguia tolerar o que passava, mas com as humilhações e ciúmes excessivos, ela passou a repensar se aquele relacionamento “teria mesmo futuro”.

Celina acreditou por muitos anos que, se fizesse o que o marido queria, “seria melhor, seria uma boa esposa e as coisas mudariam”. Quando ficou grávida do primeiro filho, ela ficou nervosa e sem paciência por conta dos hormônios, e acabava gritando quando ele a atacava querendo saber se o filho era realmente dele. Ela ficava brava, pedia para que parasse de questioná-la e várias vezes “bateu” nele. Ela tentava sair de casa, no entanto, ele fechava a porta, impedindo-a de ir embora. Então, por ter agido dessa forma, Celina entendia que a culpa era somente dela por tudo que estava sofrendo e por estar fazendo-o sofrer. Desde jovem, Celina sofria de pitiríase, uma doença cutânea que pode ser decorrente de situações de estresse, que causa ressecamento da pele e, conseqüentemente, muita coceira. Quando fez dezoito anos, Celina quis aprender a ser

independente e foi ao médico para descobrir o que tinha em sua pele. O médico ensinou-lhe que aquela doença era genética e que ela deveria cuidar sempre muito bem da pele, fazendo hidratação e assim ela fazia. Mas o que passava com seu marido foi piorando, até o momento em que ela não podia mais tomar banho porque ele a questionava se ela estava tomando banho porque tinha tido relações sexuais com outro. Ela parou de ser vaidosa, não passava mais maquiagem, não conversava ou olhava para outras pessoas, não tinha mais amigos, estava com a pele manchada por conta da falta de cuidados com sua doença de pele e “não tinha mais vontade para se arrumar e ficar bonita”. Celina chegou a cortar o cabelo porque queria “ficar feia”, mesmo que essa fosse a última coisa que quisesse fazer, já que seu cabelo era muito bonito e grande. E mesmo assim, nada adiantou, o marido começou a usar drogas e continuou acusando-a de estar se envolvendo com outros, “eu fiz de tudo para que ele enxergasse que eu não tinha outro, mas em nenhum momento ele acreditou em mim”, lamenta Celina. “Eu morava num apartamento que só tinha uma porta, ele trancava, arrastava o sofá e dormia nele, como era possível eu sair? Tinha tudo grades na casa,” ela relata. Ao confrontar o marido, explicando como o que falava não fazia sentido, ele lhe respondia que ela “poderia sim ter saído sem que ele visse”. Ao lembrar desses episódios, Celina conta que falas como essa a faziam duvidar da própria sanidade, “eu estava ficando louca, já não conseguia mais saber o que era real e o que eu estava fazendo com minha própria vida”.

Buscando ter algum senso de independência e impossibilitada de trabalhar fora de casa para evitar a desconfiança do marido, Celina começou a procurar outras maneiras de ganhar dinheiro, trabalhando dentro da própria casa. Ela tentava se adaptar e, por se considerar criativa e de rápido aprendizado, começou a aprender pelo YouTube a fazer quadrinhos e a vendê-los. Ela conta que chegava a vender cinquenta reais por dia. O marido estava aprovando porque o dinheiro era sempre todo entregue a ele, assim como no início do casamento. Até que ele começou a questionar Celina sobre quem lhe havia ensinado o novo ofício, acusando-a novamente de ter um amante. Para ela, essa cogitação não fazia nenhum sentido já que passavam todas as horas do dia juntos. Ele desconfiava de todas as pessoas, mesmo homens que Celina nem ao menos conhecia, ou conhecia apenas por ouvir falar, mas que ainda assim o incomodavam. Por apenas agir assim com ela, Celina considerava estranho o comportamento do marido e atribuía suas ações a algum transtorno psicológico, já que ele havia sido diagnosticado há muitos anos com TDAH e autismo, mas que não havia dado continuidade ao tratamento necessário.

Outra forma que o marido de Celina encontrou de abusá-la psicologicamente foi fazendo amizade com outras mulheres para desabafar, dizendo que a esposa o traía e que ele “precisava de uma mulher melhor”. A desconfiança de Celina é que o marido queria que o relacionamento entre eles acabasse, mas queria agir de forma que ela sentisse que era culpada pelo término. Celina relata que quando ele falava sobre terminar, ela aceitava dizendo que se ele não a amava mais, não poderia forçá-lo e bastava que ele terminasse. Ele, por sua vez, retrucava que queria que fosse ela quem terminasse o relacionamento: “foi quando eu disse que então tudo bem, se assim ele queria”. Dessa forma, durante a pandemia, o marido de Celina acabou ficando com outra mulher e lhe mandou uma foto “para mostrar que ele havia conseguido alguém melhor e mais bonita”. “Meu coração já estava partido, porque eu não sentia mais romance dele” e, a partir dali “meu mundo desabou”, ela desabafa ao explicar que o que complicava o término era o fato de que, no início do relacionamento, seu marido era “um príncipe”, e que para uma pessoa como ela “que nunca teve amor, receber um pouco é a melhor coisa”. E mais uma vez o marido manipulou a situação, conferindo a culpa da própria traição à esposa, por ter concordado que queria terminar, mas, nesse momento, dizendo que quem havia pedido pelo término havia sido ela. E as palavras do marido faziam sentido para Celina porque, afinal, ela já havia sido solteira e tido outros relacionamentos no passado, antes de conhecê-lo e sempre havia sido honesta quanto a isso com ele. Mesmo sem nunca ter desrespeitado ninguém, por exemplo, se relacionando com homens casados, Celina ainda se sentia culpada por ter se envolvido com outros homens quando era solteira. Sendo assim, para ela, mesmo que falasse ao marido que só havia tido olhos para ele desde que o conheceu, era esperado que ele tivesse uma imagem ruim dela porque, para os homens, mulheres que são solteiras e independentes são consideradas “vagabundas”. Mas Celina nunca havia o traído, nem sequer olhava para outros homens, porque tudo que ela queria era uma família. Ela explica sobre como, no passado, seus relacionamentos eram superficiais e que o que a fez se apaixonar por seu marido foi seu pensamento de que ele seria diferente dos “cafajestes” que conheceu. “Eu acho que o ego dele começou a subir, nunca imaginei que ele ia se transformar nisso”. Sobre o processo de emagrecimento pelo qual o marido passou e que ela considera que fez com que aumentasse sua autoestima e sua procura por mulheres, Celina relata: “ele era estrangeiro, bonito, loiro, dos olhos azuis, quem não ia querer?”, “mulher pra sair com homem assim e casado, nesse país tem de monte”, finaliza.

Diante de toda a culpa que sentia por conta das acusações do marido, do seu histórico de relacionamentos “ruins” e da credibilidade que acreditava que o esposo tinha

pela sua aparência física e por ser americano, Celina não teve coragem nem ao menos de contar o que acontecia para o psiquiatra que a atendia. Ela tinha a crença de que ninguém acreditaria nela, então guardava seu sofrimento. Em público, o marido demonstrava ser uma ótima pessoa, alguém exemplar e responsável. Isso ficava evidente para Celina quando os vizinhos comentavam que o marido era um homem excelente para ela, fazendo-a se sentir ainda mais impotente para desabafar: “se ele era tão bom pra todo mundo, porque só comigo não era”, “eu não sabia se estava ficando louca” ou “se o problema era eu mesma”, conta, lembrando novamente as confusões mentais que o relacionamento abusivo com o esposo ocasionava. Sendo assim, a única pessoa que percebeu a natureza do marido de Celina foi sua irmã, que acabou se afastando do casal pelo nervosismo ao qual era submetida, mas que também optou por não ajudar, deixando-a “ainda mais sozinha”.

Foi durante a pandemia que a situação de Celina se agravou. Sem poder sair de casa para espairecer ao ficar estressado ou ir para os Estados Unidos trabalhar como fazia anualmente, o comportamento do marido ficou ainda mais agressivo. Por conta do nervosismo, ele começou a ter problemas de estômago e as visitas constantes e os gastos médicos faziam com que ele ficasse “transtornado”. Usando drogas, o marido começou a rasgar as roupas que Celina guardava como lembrança das gestações, não a deixava dormir, tirando sua roupa e lhe dizendo que ela tinha outro homem. Assim, ela passou a ter dificuldade para dormir, tendo crises de ansiedade, mesmo que dormir nunca tivesse sido um problema antes. Além de tudo isso, Celina não tinha mais onde deixar as crianças por conta de as creches estarem fechadas. Mesmo preocupada com os perigos do coronavírus, ela relata que “as pessoas deveriam entender que nem todos têm o privilégio de poder manter os filhos em casa”. Além disso, desabafa que “os homens não se importam com as crianças” e que a preocupação recai sobre as mães e o que ela realmente precisava era de uma direção honesta e certa. Por exemplo, o marido alegava que, se terminassem, ele não ajudaria em nada com relação aos filhos e Celina já havia aceitado isso. Mas, para poder trabalhar, já que não queria doações de terceiros, ela gostaria de sentir segurança para si mesma e para os filhos, para que pudesse se concentrar no trabalho, sem precisar se preocupar com o fato de os filhos estarem sozinhos em casa.

Com as crises de ansiedade aumentando, Celina buscou novamente por apoio psicológico, mas, em sua experiência, o atendimento nunca foi assertivo. Ela relata que “toda vez é uma desculpa”, por vezes não há médico disponível, “ou estão de férias, ou a data do atendimento está incorreta, ou o local está incorreto, ou não estão funcionando

naquele dia e nunca lhe dão a direção certa”. Ela diz que, para uma mulher que já está sensibilizada pela situação vivida e todos os pensamentos sobre como conseguirá pedir seu divórcio, encontrar todos esses obstáculos para conseguir ajuda resulta em desistência. Para ela, o CREAS deveria dar mais atenção e ter um atendimento mais claro e objetivo, com todas as informações facilitadas: “olha, eu sei onde você tem que ir, tem que ser aqui e pronto. Você consegue ir? Você não consegue ir? Eu marco para você. [...] Está marcado, você vai conseguir um profissional”, ela exemplifica. Quanto ao atendimento recebido na psicoterapia, Celina relata que se sentia angustiada por continuar entendendo que a culpa era dela. Ela conta que, apesar de não conseguir entender o que tinha feito para se sentir culpada, as orientações a faziam pensar que precisava admitir a culpa. Dessa forma, Celina não sentia segurança para se abrir, já que a expectativa era de que sua angústia ficasse ainda maior. E, para ela, a angústia é horrível porque é repentina, “acontece sem previsão” e impede a concentração em qualquer outra coisa que não seja terminar a própria vida. Mesmo sem gostar de se medicar, porque desde quando começou a frequentar o psicólogo, a orientação foi ocupar a mente, Celina passou a pedir ao médico remédios para poder voltar à rotina. No entanto, a resposta obtida foi a de que o que passava “não era nada”. “Então eu acho que os profissionais têm que entender a situação da mulher porque ela quer sair daquilo só que ela tem medo do desconhecido, ela tem medo de ela tentar sair daquilo que ela tá sofrendo e depois ela piorar a situação e sentir-se culpada”, Celina sugere.

Outra ideia que Celina considera interessante é a de o serviço de saúde promover rodas de conversa entre mulheres em situação de violência, para que elas possam dialogar e trocar experiências, aprendendo umas com as outras. Para ela, seria muito positivo ver mulheres que já passaram pelo estágio em que se encontra, no rompimento do ciclo da violência, para se espelhar e encontrar forças para também enfrentá-lo. Celina acredita que os profissionais que trabalham na área da saúde poderiam ajudar as mulheres em situação de violência dando a elas “uma direção”. Ela sabe que esse é um processo difícil, porque é “vergonhoso” e as mulheres às vezes têm que trabalhar em algo em que elas não gostariam. Mas tudo na vida é temporário. Ela mesma diz que só teve coragem de tomar uma decisão definitiva porque sabia que ficaria sem nada caso largasse do marido, já que ele tinha afirmado que não a ajudaria mais com as contas. O medo de Celina “era não ter o que fazer, por conta do andamento da economia, da falta de emprego”. Então ela começou a aceitar a ideia de ter um trabalho que poderia não ser o que ela queria no momento, mas que seria honesto, para ela poder sair da situação em que estava. Sendo

assim, “o profissional de saúde deveria ser realista com as mulheres, sugerindo melhores opções para elas e não simplesmente dizendo que deveriam se virar para resolver o que estão passando”. Ela acredita que é necessário “reconhecer o talento de cada mulher, como ser uma boa faxineira e dar uma direção do que a mulher pode fazer para sentir mais confiança em si mesma, para ela conseguir ser forte e sair de uma vez por todas disso”.

Apesar de acreditar que algumas mulheres agem de forma a colaborar para o comportamento abusivo do marido, Celina afirma que, ainda assim, é errado que o marido aja dessa forma. Como exemplo do que quer dizer, Celina relembra uma das experiências pela qual passou. Ela cita uma mulher que se interessou pelo seu marido, destacando o fato de ele ser estrangeiro, e lhe pediu amizade no Facebook. Seu marido aceitou o convite de amizade e dizia para Celina que ambos não passavam de amigos e que em sua terra natal isso é comum. Foi assim que a mulher começou a dizer ao marido de Celina que gostava dele, convidando-o para ir até sua casa. Isso ocorreu até que o marido de Celina não quis mais conversar com essa mulher e a bloqueou, mas ela fez outro perfil e o adicionou novamente. Mesmo com ele afirmando que era casado e amava a esposa, a mulher ainda lhe mandava fotos sensuais e de lingerie. E, em um dos “momentos de fraqueza” do marido, devido aos “seus transtornos psicológicos”, os dois chegaram a se envolver. Apesar de admitir que o marido também estava errado por ter dado atenção à outra mulher, Celina acredita que algumas mulheres, como a de seu relato, “não se dão ao respeito e gostam mesmo é de sair com homens casados, pra destruir os casamentos e ficar com a fama de boazuda”. Celina conta que descobriu que a mulher com quem seu marido se envolveu era casada e sofria abusos no casamento, além de ser “prostituta”. Mesmo que nada justifique o abuso, para Celina é compreensível que um homem seja nervoso, “tem mulher que pede, né?”, ela pergunta. O marido da amante em questão chegou a enviar mensagem para o marido de Celina questionando a troca de mensagens com sua esposa, “mãe de dois filhos”. “Então, assim, no meu caso, eu não dei motivo, no caso dela, ela deu motivo. Poxa vida, ela podia ver que eu sou casada e tenho dois filhos também, ela podia ter deixado a gente”, conta Celina, entre outras histórias de mulheres que abordaram seu marido, “sem que ele as procurasse”. Ela relata que agora entende que ela não conseguia ver a responsabilidade do marido em situações como as que descreveu, mas que ainda está em processo de compreender tudo o que passou.

Celina gostaria que a sociedade fosse mais compreensiva com mulheres em situações como a dela. Em sua experiência, ao tentar desabafar sobre o que passava com

o marido, ela sempre foi “honesta” em relação às suas próprias atitudes, por mais que entendesse que ele é quem estava errado, ainda assim ela preferiu ser “transparente”, “lutando pra que ele mudasse também”. Mas o que a incomoda é que ainda que sua conduta tenha sido de total fidelidade ao esposo, as pessoas continuam deduzindo coisas sobre ela ou perguntando se ela fez algo para dar motivo para o marido agir como agiu. Mesmo acreditando que algumas mulheres “dão motivos para que o marido se irrite”, para ela, a conduta correta seria o término e não continuar uma relação comparando as atitudes que a esposa teve com as de outras mulheres ou partindo para outros ataques psicológicos. “E a sociedade deveria entender que não importa se houve motivo ou não, o abuso é inaceitável”. Questionamentos como os que Celina recebeu quando tentou desabafar fizeram com que ela, mesmo sem ter feito “nada de errado”, ficasse envergonhada achando que teria “culpa” pelo que sofria.

Quando Celina começa a falar e o interlocutor não entende e começa a julgá-la, reproduzindo as mesmas palavras de seu marido, como questionamentos se ela de fato não deu atenção suficiente ao relacionamento, ela passa a enxergar seu marido na pessoa, sente medo e se afasta. Para ela, “uma mulher que sofre abusos pode não ter como provar o que está dizendo e ninguém vai acreditar nela”. Outro ponto que destaca é que cada mulher tem uma vida única e atitudes diferentes, de modo que qualquer ato pode ser usado contra ela, mas que “nenhuma mulher é melhor que a outra”. “Eu acho que tem que tomar muito cuidado com isso, porque isso deixa a mulher mais afastada dessas coisas,” ela explica, provavelmente referindo-se à quando uma mulher busca ajuda e é questionada sobre seu comportamento.

Celina cita que encontrou o “Mapa do acolhimento” na internet e que percebeu que as mulheres lá são diferentes e mais compreensivas. Destaca que lá ela tem advogada e psicóloga de graça lhe dando assistência remota. Mas que, ainda assim, ela realmente precisava de um médico porque está tendo muita dificuldade para dormir, com dor de cabeça e por seus pensamentos ficarem retornando ao relacionamento que teve com o marido, lutando para se desprender dele. Celina conta que quer viver pelos sobrinhos e filhos que percebem pelo que ela está passando, reparam que por vezes é tomada pela ansiedade e sentem que ela precisaria tomar um remédio para se acalmar. Ela comenta que gostaria de estar sendo medicada, mas que as pessoas não a levam a sério, talvez pelo seu jeito sorridente, de modo que ela precisa, toda vez, contar novamente sua história. Apesar de ter desanimado das consultas no CAPS II, a psicóloga falou com Celina por WhatsApp e sugeriu que ela fosse ao médico ver o que estava acontecendo, mas Celina

diz que está cansada de “ir atrás disso” e se desgastar “à toa”. Ela relata que gostaria de um calmante para que quando os ataques de ansiedade acontecessem, ela conseguisse se acalmar, porque nessas situações ela não consegue pensar em nada e nem se concentrar: “eu tô estressada e nervosa o tempo todo. Eu não consigo raciocinar. Eu preciso estar estável para poder cuidar dos meus filhos da forma que eles merecem”.

O objetivo de Celina, nesse momento, é manter-se longe de seu marido. Porque mesmo que tenha tentado fazer com que pessoas conversassem com ele, sobre seus comportamentos e atitudes, ele em nenhum momento quis ver ou aceitar que estava errado. Ela reconhece que passou “bons momentos ao lado dele”, mas diz que está cansada dos xingamentos que recebeu e recebe toda vez que ele está por perto, mesmo sem ela ter feito nada. E que isso também vale para ligações e mensagens, nas quais ele permanece se comportando da mesma forma. Seu outro objetivo para esse ano é encontrar uma solução para cuidar bem dos filhos e que acredita que “quando finalmente conseguir se desprender do homem que a está fazendo mal, será possível ser a mãe que ela sempre quis ser”.

4.3 Mietta

Mietta tem trinta e oito anos, se autodeclara branca, possui ensino superior completo. Atualmente é divorciada, microempreendedora e não possui filhos. Sua história começa quando ela tinha por volta de trinta e poucos anos e foi convidada por uma amiga para sair. Naquela noite, Mietta conheceu um rapaz que era, e ainda é, funcionário público da fazenda nacional e eles começaram a se relacionar. Com seis meses de namoro, Mietta conta que “tudo estava lindo e que havia encontrado o homem da sua vida”. Ainda nos primeiros meses de namoro, o esposo recebeu um convite para fazer mestrado em outro país e, para sua surpresa, ele a convidou para acompanhá-lo: “ele me disse que eu precisava de férias, precisava descansar e aproveitar melhor a minha vida”. Segundo ele, “uma viagem para o exterior seria uma excelente oportunidade para os dois”. “Ele me pagaria os meus estudos, os passeios, as roupas, os calçados e tudo o que mais fosse necessário”. Ela já trabalhava há pelo menos quinze anos e estava estabilizada, portanto, decidiu que naquele momento ela não iria. Ainda assim, os dois optaram por morar juntos no Brasil.

Mietta conta que os primeiros meses foram “de lua de mel” e ela realmente estava “muito feliz” vivendo ao lado desse novo companheiro. Entretanto, em um determinado

momento, ambos tiveram uma briga que, segundo ela, foi apenas por uma questão de incompatibilidade e ela pediu que cada um seguisse seu próprio caminho. Foi quando o rapaz começou a mandar flores para o trabalho de Mietta, ligando para ela e perseguindo-a. Contudo, até então, ela entendia esses gestos como demonstrações de amor: “ele não queria me perder, estava fazendo de tudo para que eu reatasse o namoro e eu estava disposta a dar uma nova chance”. Quando seu namorado perguntou o que ele precisava fazer para que ela aceitasse ir embora com ele, ela respondeu que queria “seu nome completo, uma aliança no dedo, a benção do pastor e tudo certinho para um casamento”. Dentro de um mês, estavam casados. Para ela, parecia “tudo muito bom”, “ele preparava café”, “a agradava”, demonstrando que realmente queria que ficassem juntos. Então foram pela primeira vez para o exterior. Na época, o WhatsApp ainda não era tão popular, mas ele comprou um celular novo para ele, para Mietta e para a mãe dela, assim as duas poderiam conversar por FaceTime.

O comportamento abusivo de seu marido, conforme ela refere, “foi acontecendo aos poucos e se intensificando cada dia mais”. Tudo começou com ele proibindo-a de comer o que gostava e a proibindo-a de sair de casa. Ele só permitia que ela estudasse e a fazia estudar quatro horas por dia de inglês e outras 4 horas de alemão. Mietta só podia fazer o que ele queria e sentiu que o esposo estava “guiando sua vida”. Em casa, Mietta não podia comer nada: “ele não me queria gorda”. Por ter passado por uma cirurgia bariátrica, ela ficava com hipoglicemia e não tinha sequer um doce para comer. Por isso, ficava com fraqueza e começou a desenvolver anemia e a entrar em depressão. Apesar do outro país ser um lugar bonito para passear, Mietta sentia que era um péssimo lugar para morar. Até que um dia o marido lhe deu um tapa na cara sem motivo aparente. Naquele mesmo dia, Mietta ligou para o irmão que estava no Brasil e pediu que vendesse o carro que ela tinha deixado para lhe comprar uma passagem de volta. Ela queria retornar por conta dessa primeira agressão. Foi quando seu marido se arrependeu do que tinha feito e pediu perdão, dizendo que não faria mais aquilo e ela decidiu perdoá-lo e lhe dar uma segunda chance. “Ele chorou muito e eu, apesar de estar muito magoada, fiquei convencida de que tinha sido apenas um fato isolado e resolvi seguir lutando pelo meu casamento ao lado dele”.

Quando estava fora, Mietta ficou sabendo que a sogra tinha sido internada por “ser bipolar”. Ela havia feito “uma compra de um carro zero quilômetros sem dinheiro”, estourando, assim, o limite do cartão de crédito. E o comportamento de seu marido era semelhante, ele tinha um relacionamento imprudente com o dinheiro: “ele gastava demais

e com tudo que ele via pela frente”. No dia em que ligou dizendo que iria embora, ele alugou um flat e ficou com uma dívida de cinco mil reais por um dia de hospedagem. Segundo Mietta, seu esposo “jogava dinheiro fora e não estava nem aí para o resto”. Ela recorda-se de agressões sofridas e do comportamento inconstante de seu marido, de quando ele quebrou seu pé, das vezes que precisava usar óculos escuros para ir a qualquer lugar e das quatro vezes em que ele jogou a aliança fora “pela janela” para, depois, ir lá “arrepentido” comprar outra. Segundo ela, o marido dizia que não a queria mais, mas em seguida, a queria de novo: “ele dizia que o tanto que ele me amava o deixava louco”. Ele ligava dizendo que não voltaria mais, que estava indo embora, e quando a encontrava na volta do trabalho, chorava dizendo que não sabia por que aquilo estava acontecendo: “ele parecia confuso com os sentimentos em relação a mim e eu só conseguia me perguntar o porquê que tudo aquilo estava acontecendo”. Ela conta que seu marido saiu de casa várias vezes, que esse era um comportamento recorrente. Apesar de não ser usuário de bebidas alcoólicas e outras drogas, ele com frequência era atendido por um psiquiatra, com a queixa de que tinha insônia, e se automedicava sem orientação. No começo de 2018, o marido questionou seu próprio psiquiatra sobre um medicamento que supostamente seria para tratar bipolaridade, rejeitando-o. Para o marido de Mietta, seu único problema a ser tratado era a insônia: “se ele tem algum transtorno, ele nunca vai contar. Ele nunca vai aceitar.”.

Após um período no exterior e o retorno ao Brasil, as discussões do casal voltaram a acontecer com frequência. Por exemplo, quando estavam com as malas prontas para visitar a família de Mietta, seu marido mudava de ideia e dizia que não queria mais ir. Numa dessas ocasiões, eles discutiram e ela perdeu um dos dentes ao levar um soco na boca: “ele me contrariava e não aceitava meus questionamentos. Quanto mais eu falava, mais ele me violentava; quanto mais eu falava, mais ele me machucava”.

Nesse período, Mietta descobriu que o marido havia feito uma vasectomia porque “não queria que tivessem filhos”. Ela relata que ficou surpresa, pois ele nunca tinha perguntado qual seria sua vontade com relação a ter filhos: “ele apenas foi lá, pegou um empréstimo na época e fez a cirurgia”. O apoio de seus familiares no que se refere a essa e às outras atitudes do esposo também era incerto. A mãe de Mietta, que morava em outro estado, a visitava sempre, mas sua atitude era de apaziguar o relacionamento da filha, já que recebia “uma boa mesada” do genro. Ela dizia para a filha que o casamento, assim como a vida, era realmente daquela forma e que a filha deveria “aguentar” o que estava acontecendo. Por vezes, Mietta recorria ao seu irmão quando precisava de socorro, tanto

que deixou uma foto de seu cartão de crédito com ele para que o usasse caso precisasse ajudá-la. Certa vez, quando tudo aparentava estar bem entre Mietta e seu esposo, ele a jogou contra o guarda-roupa e fraturou sua coluna. Em seguida, ligou para a sogra contando-lhe que ele e Mietta tinham discutido e ele a tinha machucado: “ele colocou a culpa em mim e tentou se livrar do fato”. Nesse dia, o irmão de Mietta usou seu cartão de crédito para comprar uma passagem e pegou um voo. Mesmo encontrando-a naquela situação, o irmão incentivou Mietta a não contar nada para ninguém para que ela pudesse “manter o padrão de vida”. Entretanto, o conselho de seu irmão “não fazia sentido” para ela, já que, apesar da casa bonita, “não podia sair com ninguém, nem falar com ninguém, também não podia ter amigos”. Tudo que ela fazia era assistir Globo News, brincar com seus cachorros e buscar o marido na volta do trabalho na estação de metrô.

Houve uma época em que o marido a agredia diariamente, com socos, e realmente a machucava. Os vizinhos passaram a chamar a polícia: “eles me ouviam gritar”. Por si mesma, Mietta nunca teve coragem de ir a uma delegacia, mas relata que devido às denúncias anônimas — que ela acredita ser dos vizinhos —, ela precisou ser chamada a comparecer.

O marido de Mietta chegou ao local dizendo que era procurador de fazenda e que tudo não passava de legítima defesa diante dos “surto de loucura” da esposa. O delegado, perante as circunstâncias, pediu que ele olhasse para o próprio tamanho e para o tamanho de Mietta, para como ela estava machucada e respondeu que não queria saber quem ele era, que naquele dia ele iria dormir “na gaiolinha” pelo que ele havia feito para a mulher. Mietta menciona que o delegado perguntou se ela tinha a quem recorrer, se ela queria ir para um abrigo. Com medo do que o marido poderia fazer por conta das ameaças que ele fazia a ela e à sua família, naquele momento respondeu que “não precisavam se preocupar” e que ela “só queria ir para casa”. Quando saiu, seu marido ligou para a mãe de Mietta, disse que “a amava tanto e não sabia como aquilo tinha acontecido”, que a mãe dela poderia ligar no dentista para que o dente dela fosse arrumado: “ele iria pagar tudo para cuidar dela”. Apesar disso, até hoje Mietta se entristece ao lembrar que não pode comer goiaba, a fruta que tanto adora, porque sua prótese pode estourar. Com pesar, também relembra o uso de colete durante um ano por ter fraturado vértebras na coluna devido aos espancamentos que sofreu.

Mietta conta que o marido foi capaz de coisas “que até Deus duvida”, como colocá-la em um “manicômio”. Ela conta que, um dia, ele chegou em casa nervoso e, sem que ela soubesse o motivo, ligou para seu médico e disse que ela tinha tido uma “crise

emocional”. Com sua carteirinha de procurador, a internou em um “manicômio” com muita facilidade e sem ter sido devidamente questionado sobre isso. Ela foi colocada numa sala escura que descreveu como “o pior lugar” daquela instituição, sob o efeito de uma injeção que lhe foi dada “assim que chegou”. Ela não conseguia falar com sua família e somente seu marido poderia tirá-la de lá, pois ele é quem havia ficado responsável legalmente pela sua internação. A família de Mietta percebeu que há muito tempo não recebia notícias dela e começou a buscar por informações. “Meu irmão falou com ele e ele contou tudo de uma forma muito natural”, deixando-o extremamente irritado. Ele respondeu que a tiraria de lá “ele quisesse ou não”. Com medo do cunhado, o companheiro de Mietta foi até a clínica para “pedir perdão”, “ele chorou e levou nossos cachorros”, os mesmos que Mietta “amava” e ele “maltratava”. Ele dizia que estudou tanto para ser procurador e pedia para que ela não o prejudicasse judicialmente. “Ele usou da sua profissão, me fez pensar que eu poderia pôr tudo que ele conquistou a perder”. E, assim, “por pena”, “ele conseguiu me convencer”.

Nesse mesmo dia, seu irmão a levou para uma cidade no interior do estado e disse que a internaria em uma clínica de reabilitação de álcool e outras substâncias psicoativas para protegê-la do companheiro, já que ela estava se viciando em álcool para conseguir se desconectar de sua realidade e dormir mais rápido. Segundo Mietta, ela tinha “perdido” sua identidade e, “naquela altura”, já não sabia “nem ao menos” quem ela “era”. Por conta dos abusos psicológicos do esposo, ela não conseguia tomar uma Coca-Cola, por exemplo: “parecia que eu ainda era controlada por ele”. Ela conta que, no lugar onde estava internada, é costumeiro que os pacientes recém-internados fiquem ao menos um mês sem ver ou falar com alguém e que, mesmo internada pelo irmão, o marido de Mietta conseguiu manipular a todos para que a primeira visita fosse a dele: “ele precisava me ver, pedir perdão e dizer que me amava”.

Segundo Mietta, seu marido tentou de todos os jeitos tirá-la dessa clínica de reabilitação, inclusive, entrou com uma petição no início do ano, com todos os juízes em recesso. Ele também tentou convencer seu irmão e, não conseguindo, resolveu apelar para a sogra, alegando que queria que ele e Mietta “formassem uma família e se perdoassem”. Com essa fala, ele acabou convencendo-a.

Apesar da experiência nas duas clínicas terem sido negativas e marcantes, o que Mietta passou na clínica onde o esposo a internou “foi muito pior”. Para poder se distrair, Mietta pediu para lhe atribuírem alguma tarefa e os responsáveis a designaram para ficar na cozinha. Ela menciona que perguntaram sobre sua coluna e ela respondeu que não teria

problema, que ela poderia se sentar de tempos em tempos “para descansar”. Mietta também vivia com medo por estar ali, certa vez, ela presenciou uma das internas sendo agredida pelas colegas porque não queria lavar a louça e as monitoras e técnicas nada fizeram: “deixaram as internas se atacarem”, porque essa era “a lei daquele lugar”. Mietta, apesar de tudo, sabia que situações como aquela poderiam afetá-la ainda mais psicologicamente e procurava se manter afastada o tempo todo. Sobre o período em que esteve na segunda clínica, ela conta que podia escrever cartas com a psicóloga e que “apesar de tudo” ainda perguntava muito do marido e a profissional percebeu que a verdadeira dependência de Mietta “era o companheiro e não a bebida”. Com isso, as colegas internas de Mietta a ensinaram que não deveria falar sobre ele para a psicóloga e assim ela o fez.

Ao sair da segunda clínica, Mietta, fragilizada, foi levada direto para a casa que possuía com o companheiro. Ambos começaram a dormir em quartos separados “a pedido dele” e, caso ela acordasse à noite, “ele fazia um escândalo”. Se dormissem juntos, ela não podia ir ao banheiro durante a noite toda. Ele ameaçava dar seus cachorros embora “caso ela não andasse na linha”, de modo que ela temia pela vida dos animais, pois eram suas únicas companhias “naquela casa vazia”. O companheiro dava como justificativa para esses comportamentos a questão de ter sido diagnosticado com “insônia crônica” e que precisava de “uma esposa que ficasse em silêncio para ele dormir”

Apesar de tudo que passou, Mietta afirma que o marido não a forçava a ter relações sexuais contra sua vontade. Ela conta que ele não conseguia ejacular dentro dela, o que a levou a cogitar se ele tinha algum problema de ereção ou se era homossexual, sendo casado apenas para “disfarçar”. Segundo seu relato, o marido tinha que se masturbar sempre que estavam tendo relações para conseguir ejacular. Ele se explicava dizendo “que tinha traumas porque a mãe o ensinou que ele tinha que estudar e que não poderia engravidar ninguém”. Mietta chegou a fazer todo o processo de inseminação artificial para que formassem uma família, mas logo em seguida, seu companheiro desistiu do procedimento: “ele falou que não queria mais, criei a expectativa de ser mãe e me frustrei” relata.

Sem trabalhar ou ter qualquer contato com amigos por conta do marido, Mietta chegou até a “passar fome” enquanto vivia com ele. Ela conta que, certo dia, ele disse que iria à academia e, quando voltou, estava com dois seguranças enormes e um homem de seu trabalho filmando-a, sendo que ela estava apenas de *baby-doll*. Questionando o que estava acontecendo e pensando que tudo poderia ser um assalto, observou-o pegar as

malas, colocar roupas dentro e dizer que ia embora. Ela continuou a perguntar o que ele estava fazendo, pedindo que o homem parasse de filmá-la e indagando se não estava tudo bem. Ele continuou o que estava fazendo, pegou o carro, encheu de malas, levou as documentações e disse para ela que aquela seria a última vez, que no dia seguinte ela receberia a notificação do advogado. O companheiro de Mietta chegou a cancelar seus cartões e a cortar seu plano de saúde. Sem dinheiro, Mietta “deu o que tinha de comida para os cachorros e ficou sem ter o que comer”. Além disso, o proprietário da casa informou Mietta de que o marido havia passado o imóvel para o nome dela, mesmo que ela não estivesse empregada para poder manter o aluguel. Curiosamente, o marido ainda pagava a empregada doméstica, apesar de não mandar nada para Mietta comer.

Com depressão profunda, Mietta não conseguia comer nem a comida que os poucos amigos levavam para ela. Chegou a pedir ajuda para sua mãe, mas ela não queria aceitar os seus cachorros. Ela explicou para a mãe que os animais eram tudo o que ela tinha de importante e que não poderia tirá-los dela naquele momento. O irmão, então, foi quem a acolheu.

Mietta chegou em um município do interior do estado para morar com o irmão. Estava muito magra e com muitas feridas no corpo. Como seu advogado “não conseguia a pensão” e ela percebeu que ele e o marido “tinham ficado amigos no Facebook”, seu irmão a aconselhou a trocar de advogado. Durante uma audiência, a juíza disse que o marido de Mietta tinha cento e oitenta mil em dívidas, entre cursos e empréstimos destinados a ela. Apesar de ganhar “muito bem”, o dinheiro que o marido tinha “nunca dava” e Mietta “não podia nem comprar calcinhas”. Com um cartão em seu nome, ela não podia usá-lo sem permissão, nem para ir ao mercado fazer as compras do mês. Certa vez, quando estavam viajando de avião, o marido adormeceu e Mietta resolveu comprar um “lanchinho” quando a comissária de bordo passou. Ele percebeu, abriu os olhos e a mandou “cuspir” imediatamente. Esse comportamento controlador a fazia sonhar com o que gostaria de comer, “como pastel e refrigerante”, ocasionando diversos gatilhos emocionais diante do excessivo controle ao qual foi submetida.

O divórcio demorou um ano para sair. Quando a juíza perguntava para o companheiro de Mietta onde ele tinha gastado os cento e oitenta mil de sua dívida, ele agia como seu próprio advogado e respondia que tinha gastado em “coisas de casal e com Mietta”. A juíza decidiu que pediria a quebra de sigilo bancário porque o que o companheiro estava pedindo da esposa “era um absurdo” por ela “ser uma pessoa doente” e que aquilo, talvez, seria “culpa” dele. O advogado de defesa mostrou que o esposo

realmente havia mandado muito dinheiro do exterior para fazer cursos e que isso caracterizava uma “evolução acadêmica da esposa” a qual “beneficiaria o casal” em questão. Após diversas “brigas na justiça”, a lei determinou que seu ex-marido pagasse três anos de pensão alimentícia e, assim, no final daquele ano, seu divórcio se concretizou. O ex-marido de Mietta foi embora da cidade após a decisão, mas até aquele momento mantinha um detetive ou ainda a ameaçava com ligações anônimas perguntando se ela estava, por exemplo, na rodoviária justamente num momento em que ela estava. Mesmo separados, ele a perseguia e ela “não tinha paz”. Como estavam passando por um processo judicial, Mietta e o ex-marido não se falavam diretamente, apenas por meios judiciais. Mietta conta que foi orientada pelo primeiro advogado a prestar uma queixa pautada na lei Maria da Penha e que foi ameaçada pelo ex-marido para retirar a queixa. Ela não aceitou o que o ex-marido pedia, não por vingança, mas não por querer ter sua liberdade corrompida.

Estando junto ao irmão, Mietta conseguiu se recuperar. Foi seu advogado quem a encaminhou para o psiquiatra da UBS, que optou por encaminhá-la ao CAPS II, que posteriormente a encaminhou também para o acompanhamento no CRAS. A partir dos relatos de violência doméstica, a assistente social do CRAS optou por encaminhar o caso de Mietta para o CREAS, para que recebesse um atendimento mais especializado. Ela começou a frequentar os grupos do CREAS e todo dia tinha uma ocupação em sua rotina. Conseguiu uma bolsa em uma instituição de cursos profissionalizantes e conheceu “um grupo de senhorinhas que faziam marmitas para ela voltar a comer” e passou a chamá-las de “mães”. Ela conta que o médico que a atende na rede “é uma pessoa muito acessível, está onde está por merecimento”. Mietta diz que entrou na fila e, quando conseguiu falar com ele, implorou por ajuda para conseguir a medicação que tinha acabado, caso contrário ela não conseguiria dormir e acabaria voltando a beber. Vendo seu grave estado, o médico a fez passar por todo o procedimento de acordo com o que é esperado, a atendeu “muito bem” e ajustou sua medicação.

Quando foi abrigada pelo irmão, Mietta teve problemas com a cunhada que não gostava de seus cachorros e que ficava com ciúmes da relação entre eles, “por ele sempre agradá-la com presentes para tentar animá-la e fazê-la comer”. Apesar de entender o lado da cunhada, Mietta foi expulsa da casa. Ainda assim, o irmão continuava a ajudá-la e a vê-la. Entretanto, a mãe de Mietta passou a se omitir e não foi mais socorrê-la, uma vez que Mietta deixou de ter “dinheiro e *glamour*” e que, com “o fim do casamento, chegou ao fim a mesada que a mãe recebia também”.

Há alguns meses Mietta está em um novo relacionamento. Ela conversava com sua técnica do CREAS e dizia que “queria conhecer alguém por já se sentir bem”. Quando conheceu seu atual namorado, que trabalhava na construção civil, demorou para que saíssem juntos. Ele perguntou se ela gostaria de investir em seu negócio e também convidando seu irmão, abriram uma loja de construção civil. E foi quando a pandemia começou. O fornecedor da fachada protestou o cheque e levou os letreiros embora. Mietta voltou a entrar em depressão profunda, ligou para seu psiquiatra e falou que “não queria mais aquela vida”. Lembrou-se da técnica do CREAS, “ligou pedindo ajuda porque queria morrer” e ela disse que a ajudaria. O atual companheiro percebe que Mietta fica com “caroços” e que por vezes ela sonha com o ex-marido vindo enforcá-la: “é assustador, eu acordo sufocada, com medo”.

Mietta relata que nunca parou de ir aos seus atendimentos, mas que o novo negócio causou muita correria e que ela estava se sentindo aparentemente bem. Ela relata que consegue perceber quais das mulheres atendidas no CREAS foram abusadas ou não, se estão realmente falando a verdade ou não. Porque, segundo Mietta, “a lei Maria da Penha ajuda muito as mulheres, mas deixa os homens ao relento”. O que significa que as mulheres continuam morrendo. Ela diz que “liga a televisão e vê muitas mulheres mortas e não só por falta de coragem, mas por conta do poder psicológico que os homens têm sobre as mulheres”. Durante os anos em que vivenciou as situações de violência, Mietta relata ter passado em diversos serviços de saúde em que os profissionais notavam o que estava acontecendo, mas que ela não conseguia dizer nada porque o ex-marido a acompanhava em todas as consultas, “respondendo”, inclusive, por ela.

Para Mietta, as estudantes de psicologia que a atenderam na clínica-escola da universidade não tinham o mesmo preparo que a psicóloga do CREAS. Ela relata ter sido bem acolhida pelo médico da UBS e por essa psicóloga, que chegava a fazer visitas domiciliares quando Mietta faltava ao acompanhamento, mesmo com o número de atendimentos elevado: “eu me sentia importante, sentia que alguém se preocupava”. No acompanhamento psicológico, as estudantes pediam que falasse de si, no entanto, ela não sabia o que dizer porque “apenas queria morrer”. Complementou dizendo que, quando a própria realidade é assim: “é muito difícil confiar em alguém, recomeçar, enfrentar e falar sobre isso”. “As pessoas acham que quem apanha é porque é vagabunda”. Quanto ao psiquiatra da UBS, Mietta relata que só de olhar ou em uma breve troca de palavras, ele consegue entender o que a paciente está “sentindo e tomando”. Mesmo que por vezes ela tenha duvidado de si mesma e cogitado a possibilidade de realmente ter algum problema,

o médico a tranquilizou, dizendo que ela já tinha passado por muita coisa e que era esperado que ela estivesse tão fragilizada emocionalmente. “Eu acho que a mulher que passou por violência tem isso impregnado na mente”, relata. Quando estava no exterior, o ex-marido não a deixava consultar com um psiquiatra por conta de o plano de saúde cobrar pelas consultas e dizia “que não era importante e que ela não precisava”.

Devido à pandemia, Mietta teve “uma recaída” em seu tratamento e está novamente passando por um processo de “ajuste de medicação”. No momento de sua entrevista, estava há um mês sem conseguir ter relações sexuais com seu atual namorado, já que “não tinha nenhuma vontade”. A situação de violência que passou com seu ex-marido foi “a primeira e única” e nunca conheceu de forma tão próxima outras mulheres que passaram pela mesma experiência. Para Mietta, homens e mulheres vivenciam a violência doméstica de formas diferentes. Por exemplo, ela considera seu atual companheiro “um ótimo parceiro”. Mietta diz que ele tem sido compreensivo com sua situação e que, apesar de no momento querer ficar sozinha com seus cachorros por não estar bem, a psicóloga a orientou a não tomar nenhuma decisão da qual pudesse se arrepender. Ela diz que ainda tem pesadelos com o ex-marido e que, no sonho, “ele entra em sua loja e ela já chama a polícia só de ver seu rosto”. “A psicóloga me disse que é igual o luto de alguém, causa dores, aí vai virando uma história e vai ficando fácil de contar com o passar do tempo”, Mietta menciona. E com o relato de que “todo dia agradece por mais um dia que sobreviveu”, ela encerra sua narrativa.

4.4 Nísia

Nísia é uma jovem branca de vinte e três anos de idade que tem três filhos: um de sete anos de idade, que reside com a avó materna; uma de dois anos e outra de oito meses. Nísia possui ensino médio incompleto, desempregada e beneficiária do Bolsa Família. Ela está numa união estável há cerca de três anos, dentro da qual tem sofrido violência doméstica “há um bom tempo”. Dos três filhos que tem, apenas a de quatro meses é fruto do seu casamento com o marido. Quando se casaram, Nísia estava grávida de cinco meses e, apesar de essa gravidez ser proveniente de outro relacionamento, seu marido registrou a bebê como sua filha. De acordo com a narradora, “tudo ia bem” até que as agressões começaram cerca de um ano após o nascimento da criança.

Apesar das agressões sofridas, Nísia optou por não deixar seu marido, já que considera que se relacionam muito bem. Ela destaca que mesmo durante a pandemia os

dois se deram bem, ressaltando que a mudança de comportamento ocorre apenas quando ele ingere álcool: “ele vira outra pessoa”. Nísia relata que o comportamento do esposo é afetado a depender do tipo de bebida que consome. Ao consumir cerveja, por exemplo, nada muda, mas pinga “o transforma”. Como não é todo dia que ele consome bebidas que alteram seu comportamento, a narradora relata relevar os episódios de agressão: “eu tento entender, porque assim como ele, eu também já fui usuária, sei bem como é não ter controle das coisas”.

Por morar em uma chácara, Nísia esclarece que, durante os episódios de violência, nunca recebeu ajuda dos vizinhos, pois segundo ela, “eles preferem não se envolver”. “Não me olham” e “não falam nada”. Sem ter a quem recorrer, Nísia sente-se julgada pelos demais, relatando que sua família já não se intromete e que a família do marido não acredita no que ela diz por ser “ex-usuária de drogas”. Essa percepção ocorre por algumas vezes em que tentou relatar as agressões para a família de seu marido: ele voltou a agredi-la de vingança, afirmando, depois, que o relato seria uma mentira. Sendo assim, ela esclarece que não expõe os episódios de violência por medo de ter sua vida exposta e por não receber nenhum apoio da família dele, que não acredita em sua versão ou chega a afirmar que ela “apanha e daqui dois, três meses ou dois dias já está se relacionando com ele novamente”. Sendo assim, Nísia sente que não tem apoio nenhum de familiares ou conhecidos, que para eles “tanto fez, como tanto faz”.

Nísia encontrou acolhimento no CREAS e no CAPS AD, onde uma assistente social e uma psicóloga a atendem e a escutam, já que ela não se sente confortável em compartilhar com familiares o que sofre dentro de casa. Diante de um dos episódios de agressão, Nísia foi para a casa de sua mãe e teve uma recaída, voltando a usar substâncias ilícitas. Foi quando ligou para o conselho tutelar, que a acompanhava há algum tempo devido a um episódio de embriaguez relacionado à sua filha de dois anos, e tentou ir para uma casa abrigo com as filhas, sendo encaminhada para o CREAS para apoio e suporte inicial. Lá, ela relata ter recebido todo o apoio e encaminhamentos necessários.

Em outros serviços de saúde, quando fazia acompanhamento da gestação de sua filha, ou mesmo quando procurou ajuda do conselho tutelar, “ninguém perguntou” se Nísia sofria violência e ela também “não sentiu confiança em contar” espontaneamente, e “ainda não sente”. Ela considera que nem todos são como ela e que “não gosta de contar sobre sua vida para quem não a conhece, porque tem medo de não a ajudarem”, o que a faria sofrer mais mágoas, preferindo, então, “ficar em silêncio”. Na UBS de seu território, “o atendimento é demorado” e, segundo ela, “horrível”, porque sente que a tratam como

inferior “por não ter estudo”. Até mesmo o atendimento recebido de enfermeiros e médicos no hospital municipal é percebido como insatisfatório. Para Nísia, “esses profissionais deveriam tratar os pacientes como iguais”, ajustar o modo de falar, de se expressar. Ela relembra um episódio em que, ao descobrir que estava com sífilis, quando ficou grávida de sua filha de dois anos, uma das funcionárias da UBS de seu território não garantiu seu direito ao sigilo de diagnóstico, deixando que todos os presentes o escutassem. Muitos que estavam no estabelecimento eram da região onde Nísia morava e ficaram sabendo. Na época, ela não sabia de seu direito ao sigilo e só descobriu depois do ocorrido. Por conta de situações como essa, a entrevistada relata que o atendimento dos serviços de saúde é “muito ruim para aqueles que procuram ajuda”.

Nísia afirma que o que mais precisa é realmente de ajuda psicológica para lidar com as agressões porque, fisicamente, elas “não a afetam tanto”. O impacto psicológico pelo qual passa desde que começou a sofrer agressões domésticas faz com que Nísia sinta que “nunca mais será a mesma ou ficará bem”, porque passou a ter pensamentos igualmente violentos. Inicialmente, ela costumava pensar que logo aquilo iria passar, que o companheiro mudaria e coisas boas aconteceriam para que ela continuasse com seu casamento. Mas com o tempo e a repetição das violências, seus pensamentos passaram a ser: “querer matar, querer jogar uma faca, fazer igual ou sumir, bater, pegar o homem para bater e fazer ele sofrer igual”, caso algo volte a acontecer. Ela relata que não costumava ser assim e que não gosta de violência apesar de “ser chata e durona”, mas que seu psicológico foi afetado por conta das agressões pelas quais “passa e passou”.

O tratamento prestado pela psicóloga do CAPS II faz com que se sinta ouvida, como se tirasse “tudo de ruim de dentro”. Por sofrer violências “tanto físicas quanto psicológicas” desde seu primeiro casamento, aos quatorze anos, ela resolveu não se calar mais. Ainda assim, ela diz que fisicamente as agressões não a incomodam tanto porque ela entende a mudança de comportamento do marido ao ingerir bebidas alcoólicas. Nísia explica também já ter ingerido muito álcool, além de ter sido usuária de outras substâncias psicoativas, como “maconha, farinha e crack”, considerando as bebidas alcoólicas ainda mais impactantes. Quando o efeito da bebida passa, o marido de Nísia arrepende-se de seus atos, “chora pedindo desculpa” e dizendo que não voltará a agredi-la novamente. E, portanto, ela costuma aceitar as desculpas, já que entende que ele não é assim realmente, que é “um marido maravilhoso” até ingerir álcool — quando o ciclo recomeça, de modo que ela precisa esperar o efeito do álcool passar.

Mesmo que seu relacionamento não tenha sido afetado pela pandemia, sendo a ingestão de álcool o único fator determinante para as agressões, Nísia relata acompanhar o aumento de casos de violência doméstica por meio dos jornais televisivos, tanto em sua cidade como em outros lugares, assim como colegas suas que passaram por término de casamento ou relacionamento por conta do cenário pandêmico. Em sua opinião, as mulheres sofrem mais violência do que os homens e esse crescimento nos casos de agressão doméstica deu-se pelo convívio constante aumentado durante o período de quarentena ou, em suas palavras, “porque está todo mundo mais junto”. Para ela, mulheres têm pouco acesso a informações sobre violência e equipamentos disponíveis por meio dos quais podem receber ajuda, “já que a maioria dos casos termina em morte”.

Para Nísia, estabelecimentos de saúde como as UBS e hospitais estariam melhorando seu atendimento se acolhessem “com mais cuidado” as mulheres em situação de violência, levando-as para um local seguro dentro do estabelecimento e chamando a polícia ou o conselho tutelar — caso crianças e adolescentes estivessem envolvidos —, para que pudessem prestar o devido auxílio e conseguissem proteger a todos: “mães e filhos”. Em sua experiência, não é isso que acontece em nenhuma unidade de saúde. Ela acredita que homens agressores também poderiam ser ajudados pelo sistema de saúde, se passassem por tratamento psicológico mensal. Também acredita que apenas “uma lei de tolerância zero”, mesmo em casos de violência verbal, ajudaria a diminuir as ocorrências ao longo do tempo. Isto é, se agressores fossem presos por longos períodos.

Quanto à sociedade em geral, como familiares, amigos e conhecidos, Nísia finaliza sua entrevista com o seguinte apelo: “as pessoas têm que dar oportunidade, bem mais oportunidade pra gente. Não vocês, eu digo assim que ajuda a gente, mas vizinho, família e povo de fora, porque o povo só julga a mulher que apanha, mas ninguém sabe o que se passa, como que é que foi. Muita mulher não tem nem condição de levantar-se sozinha e aí sai na rua de cabeça baixa porque o povo julga só com o olhar. Então, acho que podia acolher bem mais a gente, sabe? Dar conselhos se puder ajudar de tudo quanto é forma e acolher bem mais. É isso. Acho que seria muito bom”.

5 DISCUSSÃO

De acordo com os relatos apresentados anteriormente, algumas questões chamaram mais a atenção, considerando a literatura atualizada sobre o tema da violência de gênero. Entre essas questões, sobressaem tanto aspectos comuns vivenciados por essas mulheres no que diz respeito à situação de violência, mas também alguns pontos importantes que apontam para a diversidade de situação quando se trata de debater a violência contra as mulheres.

Dessa forma, consideramos importantes para embasar esta discussão os seguintes tópicos: as características das violências vividas pelas mulheres; o papel da rede de apoio e de suporte familiar no enfrentamento da violência; a busca por ajuda em serviços de referência para violência; o papel da saúde na busca por ajuda e a importância dos serviços de saúde, seus profissionais e sociedade no acolhimento à mulher vítima de violência; a violência à mulher durante o isolamento solicitado pela pandemia de COVID-19; as repercussões das violências na saúde da mulher; e, por fim, como categorias marcadoras das diferenças sociais se articulam nas situações de violência contra as mulheres.

5.1 As violências vividas: tipos e características

Diante da problemática que envolve a história de violências vividas, como vimos nas narrativas acima descritas, foram evidenciados diferentes tipos de violência interpessoal em seus discursos. Há relatos desde violência física até violência patrimonial. A violência física aparece caracterizada por meio de empurrões, agressões, espancamentos, ato de atirar objetos, sacudir e apertar os braços, estrangulamento e sufocamento. Essas formas de violência, como relatado, estiveram quase sempre associadas à violência psicológica, por meio de episódios frequentes de ameaças, constrangimentos, humilhações, manipulações, isolamentos, vigilâncias constantes, perseguições, insultos, chantagens, explorações, ridicularizações, limitações dos direitos de ir e vir, bem como a distorção de fatos com a finalidade de deixar a vítima em dúvida sobre a sua memória e até mesmo sobre sua sanidade mental.

As falas das entrevistadas mostraram que a violência psicológica foi a mais ocorrida e sentida por elas. De acordo com os relatos, as narradoras sofreram de meses a anos de violência psicológica, causando intenso sofrimento psíquico. Os parceiros comumente faziam uso desse tipo de violência na intenção de difamá-las, desvalorizando-

as na condição de esposas e baixando sua autoestima com afirmações pejorativas e depreciadoras.

Muitas vezes, as mulheres não reconheceram que a violência psicológica era uma forma de agressão. Bertha, por exemplo, não conseguia ser ouvida pelo companheiro e por vezes tentou se aproximar para dialogar sobre o que estava acontecendo e, conforme relatado, terminava frustrada e fragilizada devido às humilhações às quais era exposta diante de seus possíveis questionamentos. Celina, por sua vez, achava natural o “jeito de ser” do marido, uma vez que ele sempre foi machista e acreditava que aquilo fazia parte de sua personalidade, dificultando, também, a compreensão de que o machismo possui laços perigosos com a violência doméstica contra a mulher, o que pode estar associado às relações de poder que tanto caracterizam as desigualdades de gênero (SCOTT, 1989).

A própria exposição de motivações da Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), reconhece essa relação de poder, na qual o gênero masculino é dominador e o gênero feminino é dominado, tal como vemos abaixo:

16. As desigualdades de gênero entre homens e mulheres advêm de uma construção sócio-cultural que não encontra respaldo nas diferenças biológicas dadas pela natureza. Um sistema de dominação passa a considerar natural uma desigualdade socialmente construída, campo fértil para atos de discriminação e violência que se “naturalizam” e se incorporam ao cotidiano de milhares de mulheres. As relações e os espaços intrafamiliares foram historicamente interpretados como restritos e privados, proporcionando a complacência e a impunidade (BRASIL, 2006, online).

Os relatos também demonstraram que a violência psicológica esteve agregada à violência física em diversos momentos e que, mesmo assim, esta primeira permaneceu invisibilizada para as mulheres e também para pessoas próximas ao casal. Esse movimento pode estar associado ao fato de que a violência física é mais percebida socialmente. Silva, Coelho e Caponi (2007), por exemplo, afirmam que comumente a mídia dá mais visibilidade aos casos que ocasionam danos físicos à mulher, desconsiderando os abusos psicológicos, as manipulações e o sofrimento emocional, que por vezes podem ser traumáticos e permanentes.

Alguns estudos mostram a relação entre a violência psicológica e a violência física. Miller (2002), por exemplo, aponta que homens agressores, antes de ferir fisicamente sua parceira, apresentam a necessidade de diminuir a sua autoestima para que ela se torne vulnerável e tolere com mais facilidade as agressões futuras, dificultando qualquer possibilidade de reconhecimento e superação da violência sofrida. Isso também

foi percebido nesse estudo, como contam as mulheres. Elas percebiam que não era correto o que ocorria no relacionamento, mas não encontravam forças para buscar apoio e sair da situação vivida.

Por outro lado, Monteiro e Souza (2007) referem que a violência psicológica também tem efeitos que podem atingir além da saúde mental, a saúde física das mulheres envolvidas.

Sobre os demais tipos de violências, as entrevistadas também relataram episódios de violência sexual, por exemplo: situações de intimidações e de coerção sexual. De acordo com os discursos, as mulheres cediam às relações sexuais com o parceiro íntimo, não por vontade própria, mas por receio do que os companheiros pensariam caso negassem o ato, demonstrando preocupações de que, diante da negativa, eles pudessem se relacionar com outras mulheres. Esses parceiros ainda as obrigavam a ter relações sexuais com frequência, desrespeitando suas vontades e seus limites físicos e emocionais, insultando-as, inclusive, diante das negativas. Outras vezes as desqualificavam sexualmente, afirmando que o desempenho delas era inferior ao das atrizes de filmes pornô aos quais assistiam.

A violência sexual no contexto doméstico é considerada além de um grave problema de segurança pública, um problema de saúde. Esse tipo de violência traz diversos impactos na saúde e nas relações sociais das vítimas, expressas através de sintomas físicos, psicológicos, entre outros. Além de se tornar uma demanda frequente e expressiva nos serviços de saúde, dada a intensificação e gravidade das consequências para as mulheres que a vivenciam, também pode trazer aumento dos custos financeiros e humanos para os diversos setores públicos que lidam com esses sujeitos (DAHLBER e KRUG, 2007; SCHRAIBER et al, 2002). Verifica-se que mulheres que sofreram violência física atrelada à violência sexual apresentam maiores chances de desenvolver problemas de saúde, sendo: 16% a mais de chance de gerar recém-nascidos de baixo peso; o dobro de possibilidade de aborto; quase o dobro de probabilidade de depressão; e 1,5 vezes mais possibilidade de infecção pelo HIV, em comparação com mulheres que não sofreram esse tipo de violência (KRUG et al, 2002).

Os resultados mostraram que as mulheres entrevistadas reconheceram tardiamente que estavam inseridas em um relacionamento permeado por abusos e violências. As entrevistadas referiram que, inicialmente, desconsideravam as agressões, pois tinham a impressão de que estas estavam dentro da normalidade de qualquer relação conjugal. Conforme demonstra Saffioti (2004), mesmo após o incidente inicial de abuso, grande

parte das relações conjugais se mantém, de modo que as situações de violência podem permanecer por um longo período. Esses autores demonstram ainda que, sem a ajuda externa e uma rede de apoio fortalecida, dificilmente as mulheres conseguem romper os vínculos com o companheiro agressor.

O relato das participantes é de que todas as violências sofridas se perpetuaram por longos períodos e houve uma demora significativa para que elas conseguissem se reconhecer como vítimas da violência conjugal, sentindo-se frustradas por terem demorado para perceber que o parceiro escolhido era, na realidade, um agressor. Elas também afirmam que, no início do relacionamento, os companheiros eram pessoas agradáveis e não apresentavam sinais de comportamento abusivo. No entanto, aos poucos se tornaram emocionalmente instáveis até o ponto em que ficaram, de fato, violentos.

Como nos descreve Cunha (2008), na maioria dos casos, a relação conjugal violenta é marcada justamente por essa ambivalência, ou seja, as mulheres referem que seus parceiros são bons e maus ao mesmo tempo. As mulheres deste estudo, por vezes consideraram a violência como fatos isolados e comuns na dinâmica de um relacionamento conjugal, dificultando ainda mais o fim do ciclo da violência vivenciada. Tal situação reafirma que o rompimento desse ciclo é um processo complexo, demorado e naturalmente hesitante (SOARES, 1999).

O estudo de Monteiro e Souza (2007) descreve que as mulheres têm uma compreensão vaga e mediana sobre os sentidos da violência conjugal e que o cotidiano delas envolve episódios constantes de submissão, menosprezo, solidão e humilhação, expostos, em sua maioria, pela violência física, psicológica e sexual. As participantes deste estudo também se sujeitaram à dominação pelos seus agressores, mostrando que, durante o relacionamento, mantinham a esperança de que seriam cuidadas por eles de maneira saudável e afetuosa.

Para as mulheres deste estudo, com relação ao parceiro violento, elas viviam um difícil conflito entre a repulsa e a afeição, visto que havia o desrespeito e a agressão, ao mesmo tempo em que havia proteção, carinho, moradia, suporte financeiro e paternidade, sendo vistos como bons pais e bons filhos. Segundo Verardo et al (2004), perceber que se está vivendo uma situação de violência pode ser difícil para algumas mulheres e o que ocorre é que muitas delas acabam se autoenganando e fingindo que aquela violência não está realmente acontecendo, dificultando a percepção dos sinais e sintomas das agressões sofridas.

Vários foram os sentimentos descritos pelas mulheres entrevistadas. Por vezes, diante das violências vividas, as mulheres sentiram-se culpadas e acreditaram que eram responsáveis por provocar a raiva do agressor, ainda que não conseguissem reconhecer em qual momento haviam errado com eles. Por outras, demonstraram desvalorizar a violência sofrida e tolerar as agressões, sendo estes os motivos relatados por elas: amor ao agressor; entendimento de que os parceiros estavam abalados emocionalmente; crença de que se tratava de uma fase ruim no casamento; falta de dinheiro; dificuldades no trabalho; desemprego; e uso de álcool e demais substâncias psicoativas. Sobre este último, Mota e Matos (2013) refere que o abuso de álcool e outras drogas não estão diretamente relacionados como causa da ocorrência de violência doméstica, mas podem ser utilizados como meio para os homens agressores desenvolverem comportamentos de risco para concretizar os atos violentos contra suas parceiras.

Além das violências referidas anteriormente, os resultados mostram que as entrevistadas também sofreram outros tipos de violência, como situações de isolamento, privações de alimentos, cárceres, proibições de sair de casa etc.

Mietta, por exemplo, foi internada involuntariamente em duas clínicas psiquiátricas, sendo uma pelo esposo, com a justificativa de que ela estaria “louca”. Já Celina conta que também precisava viver sob regras sociais impostas pelo marido e que, inclusive, foi privada por ele do direito de levar os filhos para o atendimento de saúde por ciúmes dos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados das crianças.

De acordo com os relatos, os agressores estabeleciam regras e limites para as companheiras. Segundo Adler, a entrevistada descreve esse momento como “o mais cruel”, já que o ciúme excessivo do parceiro estava acima das preocupações que se espera de um pai para com seus filhos. Para Clanton (1998), homens que demonstram ciúme de maneira doentia acreditam que seus casamentos ou relacionamentos românticos estejam ameaçados por rivais reais e/ou imaginários, o que torna o ciúme um fator de risco para todos os tipos de violência às mulheres. Assim como na descrição feita por Adler:

Fixar para outrem uma série de regras de conduta é um dos expedientes prediletos do ciúme. É este o padrão característico de procedimento que uma pessoa adota, quando intenta ditar jeitosamente algumas regras de amor ao cônjuge, quando cerca de muralhas a pessoa a quem ama, e lhe determina para onde deve olhar, que deve fazer e como deve pensar. (ADLER, 1967, p. 200-201)

Segundo as participantes, os parceiros também as ameaçavam de término e de que poderiam trocá-las por mulheres mais atraentes e dedicadas. Para as mulheres deste estudo, falas como essas ocasionaram sentimento de rejeição, humilhação e medo intenso diante da possibilidade do abandono.

Corroborando com o encontrado neste estudo, Souto e Braga (2009) relatam que determinados contextos culturais e de aprendizagens de gênero atribuem às mulheres as condições femininas de sujeições aos homens e, conseqüentemente, às violências, conforme destacado nas narrativas aqui descritas, em que as mulheres transparecem que foram socializadas para alcançar casamentos idealizados, ainda que, para isso, precisassem suprir as expectativas dos parceiros, limitando-se a ser apenas cuidadoras dos lares e das próprias famílias.

É possível perceber nas histórias aqui descritas e analisadas, que houve diversos tipos de violências para as mulheres entrevistadas. E que as conseqüências foram negativas tanto para as vítimas quanto para seus filhos. Nestes casos, o relacionamento conjugal abusivo potencializou os rompimentos com as relações familiares e comunitárias, e os atos se tornaram cada vez mais frequentes e de gravidade muito mais intensa.

5.2 Rede de apoio e de suporte familiar

As mulheres deste estudo tiveram pouco ou quase nenhum suporte de seus familiares no enfrentamento das violências sofridas. Quanto ao apoio de amigos e vizinhos, também não há referência de ajuda em nenhuma das entrevistas realizadas. Em um dos casos, inclusive, há o relato de que a família contribuiu para o aumento da violência sofrida, descreditando a fala da vítima e levando em consideração apenas o que dizia o homem agressor. Para a entrevistada, sua família tinha interesses financeiros na continuidade de seu casamento pelas boas condições financeiras do agressor.

Bertha nos conta, por exemplo, que houve apoio da família do marido, mas que esse apoio também era passível de culpabilização, uma vez que a sogra acreditava que ela era a solução para a mudança do comportamento violento do filho e que, sem a esposa, ele poderia realmente se suicidar, como afirmava, colocando-a como a única pessoa capaz de modificar seu comportamento de risco.

As mulheres entrevistadas neste estudo não tiveram a possibilidade de se beneficiar de uma rede de apoio e de suporte familiar, apresentando, ainda, dificuldades

para confiar em membros familiares, sinalizando pouco contato com amigos e nenhum contato com vizinhos, dificultando, portanto, os acolhimentos e encaminhamentos necessários em seus percursos por ajuda, corroborando com o que afirma Lima (2011) sobre as redes sociais e familiares serem fundamentais para o processo de superação da violência conjugal. De acordo com a autora, grande parte das mulheres agredidas se amparam nessas pessoas e o suporte e amparo ainda aparece como uma falta importante, diante das dificuldades em sair da situação de violência justamente por não ter para onde ir e em quem se apoiar (LIMA e WERLANG, 2011).

Para as participantes deste estudo, as relações vivenciadas por elas com pessoas que poderiam servir de apoio e suporte eram distantes e problemáticas, como indicado por Katerndahl et al (2013), ao concluir que grande parte das mulheres em situação de violência conjugal apresentam uma rede de apoio ineficaz e inadequada para o tamanho de suas demandas e necessidades. As mulheres entrevistadas possuíam vínculos fragilizados com amigos e família, por exemplo, fato este que contribuiu para que nos episódios de violência as pessoas se omitissem em denunciar e em oferecer ajuda. Elas não se sentiram seguras e confiantes o bastante para dividir com outras pessoas o que ocorria em seu ambiente doméstico. Segundo Celina, por exemplo, suas inseguranças vinham da crença de que ninguém precisava vivenciar a violência que era praticada a ela.

Comparando com as narrativas, a rede social pode ser compreendida como a soma de todas as relações que os indivíduos percebem como significativas ou diferenciadas, sendo elas parte de um sistema que ocorre em planos micros e macrosociais, ações, relações e intervenções, tanto do sujeito em direção à sua rede quanto da rede em direção à pessoa em foco (SLUZKI, 1997; GERMANO e COLAÇO, 2012).

Os resultados demonstram, inclusive, que as entrevistadas naturalizam a violência a partir do que seus familiares consideravam como sendo algo comum e corriqueiro, incentivando-as a “lutar” pelos casamentos e a permanecer em um relacionamento violento por tais crenças culturais e sociais enraizadas e perpetuadas pela própria família. Ao pensarmos em naturalização da violência contra a mulher, faz-se necessário também refletirmos sobre as construções sociais de gênero e de sexualidade inseridas nesses contextos, pois:

Desde cedo a sociedade passa a tratar meninas e meninos de forma diferente, atribuindo valores e desafios diferentes para cada um, diferenciações sustentadas em razão do sexo, o que é feito de uma forma bastante naturalizada, a fim de criar na sociedade a cultura de que homens e mulheres, em razão de suas diferenças biológicas, possuem comportamentos e características sociais

diferentes. Constrói-se, então, a ideia de que os meninos – e, conseqüentemente, os homens – são mais fortes, mais práticos, menos emocionais, menos cuidados, mais violentos e impulsivos (e tudo isso é retirado arbitrariamente das características femininas (SANTOS e BUSSINGUER, 2017, p. 3).

Segundo Germano e Colaço (2012), as boas relações sociais são importantes para a superação das dificuldades e das condições de risco, sendo consideradas como básicas para que as mulheres possam lidar com as situações que ameaçam ou prejudicam seu bem-estar, como nos resultados obtidos, em que as mulheres reconheceram que seu percurso por ajuda poderia ter sido diferente caso mais pessoas estivessem dispostas a ouvi-las e ajudá-las.

A existência de uma rede de apoio, bem como de diferentes formas de suporte fornecidas por essa rede, pode ser entendida como promotora de saúde e fator de proteção diante de possíveis situações de risco (HEANEY E ISRAEL, 2008). Confirmando tudo isso, Gonçalves et al (2011) aponta que o apoio fornecido pela rede de suporte ao entorno da mulher pode produzir efeitos emocionais e viabilizar comportamentos positivos e benéficos para as vítimas de agressão.

5.3 A busca por ajuda

Após os diversos episódios de violência sofridos pelas mulheres, observou-se que a situação chegou ao limite da tolerância, de modo que a busca por ajuda, segundo elas, ocorreu justamente por não aguentarem mais as situações de violações vivenciadas.

As entrevistadas informaram que a violência havia chegado a situações que elas não imaginariam que pudessem ocorrer consigo mesmas, com filhos e com o âmbito doméstico onde viviam. Além disso, elas relataram que tiveram que percorrer caminhos em busca de ajuda por estarem no “limite” das agressões e descreveram que perpassaram por diversos episódios violentos até conseguirem compreender que era necessário encontrar apoio e suporte.

Segundo Benetti et al (2015) e Madureira et al (2014), essa busca pode estar estreitamente relacionada às características psicológicas, às crenças e aos valores culturais e existenciais das mulheres em situação de violência, sendo esse movimento por ajuda uma estratégia de enfrentamento que é utilizada pelas vítimas com a finalidade de sobrevivência ou superação dos episódios aos quais são submetidas.

Os resultados demonstram que entre todas as motivações para que as mulheres buscassem por ajuda, a maior delas se deu em relação aos filhos, segundo elas, para que a saúde e a vida deles fossem amparadas e preservadas. Celina, por exemplo, nos conta que percebeu que precisava de ajuda porque não estava conseguindo cuidar dos filhos da maneira que eles precisavam e que não gostaria que crescessem em meio às humilhações ocasionadas pelo agressor. Bertha também buscou ajuda por não querer que as filhas vivenciassem e naturalizassem a violência doméstica como algo comum e permitido a elas. De maneira parecida, Nísia compartilhou conosco o mesmo desejo de ir para uma instituição de acolhimento para mulheres em situação de violência como forma de proteção para ela e para as filhas. E, dadas às circunstâncias, essas participantes recorreram ao Conselho Tutelar para pedir por ajuda em nome das crianças, segundo o entendimento delas, por ser o CT o único serviço capaz de proteger mães e filhos em contextos violentos.

Para os autores Elias e Gauer (2014), a violência doméstica deferida contra as mulheres no âmbito familiar abala toda a constituição familiar, em especial, os filhos que, por conviverem com tamanha violência, desde pequenos, a naturalizam como algo ocorrente em qualquer família ou relação conjugal. Contribuindo, assim, para que venham a repetir os comportamentos do agressor, tanto no presente como no futuro (GABATZ et al, 2010).

A partir da análise dos resultados, constatamos que a maternidade contribuiu para que a busca por ajuda se iniciasse, de modo que as mães entrevistadas tiveram como prioridade a proteção dos filhos e o afastamento deles do contexto agressor justamente por temerem pelas consequências que poderiam enfrentar. Conforme afirma Sinclair (1985), ao dizer que crianças que presenciam agressões domésticas estão mais propensas a desenvolver transtornos mentais, além de correrem riscos de se tornar alvos da violência advinda do agressor (SINCLAIR, 1985).

Sobre as demais motivações para buscar por ajuda, as mulheres referiram oscilações no enfrentamento da violência, justificando-se devido às fragilidades emocionais que enfrentaram e nos contando sobre a necessidade que tinham de que pessoas e serviços próximos a elas se colocassem à disposição para ajudá-las. As entrevistadas relataram ainda que, quando alguém se dispunha a acompanhá-las, o percurso por ajuda se tornava menos crítico, possibilitando que criassem coragem para contar sobre as violências que sofriam. Contudo, Celina diz que sofreu “calada” durante anos e que somente após uma tentativa de suicídio dela é que ficou constatado que o

esposo a mantinha em cárcere privado. Isso se deu após policiais militares irem ao local para atender a ocorrência. A partir desse momento, ela foi encaminhada ao CT, CAPS II e CREAS para avaliação e possibilidade de atendimento, onde foi acolhida e conseguiu relatar sobre o que estava sofrendo.

Para Bertha ser beneficiária de um programa de transferência de renda (Bolsa Família) contribuiu para que ela soubesse das atribuições dos serviços de assistência social, de modo que, quando sentiu que “era a hora”, dirigiu-se diretamente ao CREAS. Nesse dia, Bertha foi instruída a procurar primeiramente a DDM para formalizar uma denúncia de agressão contra o companheiro. No entanto, como já havia feito “trezentos boletins de ocorrência”, não via solução nesse tipo de ajuda, solicitando, então, ser atendida apenas pelo CREAS, sem necessidade da ida à delegacia. A DDM é um órgão estritamente voltado para reprimir a violência contra a mulher e representa uma das principais políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica contra mulheres (MASSUNO, 2002). Entretanto, nessas delegacias ainda existe uma carência de recursos humanos, materiais e financeiros, além do despreparo das equipes para lidar com essa temática (Pasinato e Santos, 2008).

Para aquelas participantes que residiam à época com seus parceiros agressores ou até mesmo em imóveis pertencentes a eles e/ou à família deles, a ação da DDM foi considerada como ineficiente, pois, segundo elas, as medidas protetivas aplicadas não foram protetivas e não surtiram efeitos nesses casos. Para as mulheres, as intervenções da DDM nunca as protegeram de fato do companheiro agressor, pois eles não respeitam as medidas impostas e não são punidos judicialmente por isso. Quanto aos aspectos relacionados a essas medidas, Belloque destaca o seguinte:

O elenco das medidas que obrigam o agressor foi elaborado pelo legislador a partir do conhecimento das atitudes comumente empregadas pelo autor da violência doméstica e familiar que paralisam a vítima ou dificultam em demasia a sua ação diante do cenário que se apresenta nesta forma de violência. Como a violência doméstica e familiar contra a mulher ocorre principalmente no interior do lar onde residem autor, vítima e demais integrantes da família, em especial crianças, é muito comum que o agressor se aproveite deste contexto de convivência e dos laços familiares para atemorizar a mulher, impedindo-a de noticiar a violência sofrida às autoridades. Este quadro contribui sobremaneira para a reiteração e a naturalização da violência, sentindo-se a mulher sem meios para interromper esta relação, aceitando muitas vezes o papel de vítima de violência doméstica para manter seu lar e seus filhos. (BELLOQUE, 2011, p. 308).

Porém, ocorre que, mesmo após as denúncias serem realizadas, em diversas ocasiões as medidas não são suficientes para cessar as violências, o que acaba por não impedir que os atos sejam praticados de maneira reiterada pelo agressor:

O que se pode notar é a dificuldade da aplicação e também da fiscalização das medidas protetivas quando se trata de conferir uma efetiva das determinações judiciais, tendo em vista que muitas vezes torna-se impossível aplicar tais dispositivos em sua integralidade; vários são os fatores que contribuem para a não concretização dessas medidas (CARNEIRO e CARVALHO, 2016, p. 9).

A trajetória de Mietta em busca por ajuda também teve muitos percalços, a começar pela situação de privação a qual era submetida. Dessa forma, o primeiro socorro veio através de uma denúncia anônima que os levou até uma delegacia de polícia, onde o agressor afirmou que a teria agredido em legítima defesa, sendo desacreditada na condição de mulher em um ambiente policial à época majoritariamente composto por profissionais do sexo masculino, segundo ela.

Em contrapartida, as participantes também relataram que foram bem acolhidas e recebidas no CT e no CREAS, comentando, ainda, que se sentiam importantes quando, devido às faltas nos atendimentos, as profissionais as visitavam para verificar se estavam seguras — o que consideravam como primordial nesses casos.

Os resultados apresentados até aqui demonstram que as mulheres em situação de violência doméstica desta pesquisa levaram meses e até anos para confiar em pessoas, profissionais e serviços, dificultando o fim do ciclo de violência e atrasando a chegada a equipamentos especializados e capacitados para melhor atendê-las e acolhê-las.

5.4 A busca por ajuda na saúde

Os serviços de saúde também fazem parte da rede de apoio buscada por grande parte das mulheres vítimas da violência doméstica, sendo justamente nesses setores que os reflexos do fenômeno da violência doméstica mais aparecem, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. No entanto, quando a violência chega até esses serviços, ela já foi praticada e as equipes de saúde enfrentam dificuldades para atender e encaminhar as usuárias (DESLANDES, GOMES e SILVA, 2000).

Contudo, diante dos resultados obtidos nesses serviços, muitas das vezes as falas sobre as agressões e a violência em si não foram valorizadas, mas sim as lesões físicas e

os danos causados por elas. Isso porque os sintomas e as lesões de ordem física constituem o principal problema para uma parte dos profissionais de saúde, sobretudo aqueles que trabalham no enfoque hegemônico do modelo de assistência cartesiano e exclusivamente biologicista (DEEK et al, 2009).

Podemos exemplificar isso na fala de Bertha que, quando questionada se lhe ocorreu solicitar ajuda nos serviços de saúde que frequentava, respondeu que via a unidade de saúde apenas como um local para consultas médicas, descartando todas as demais possibilidades de atendimentos. Para Pedrosa e Spink (2011), a abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com a perspectiva de que o profissional se posicione como facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias que contemplem e respeitem o contexto social e as singularidades de cada mulher. E, para isso, se faz necessária a aproximação com as realidades e a visibilidade dos conflitos que estão subentendidos nas queixas (PEDROSA e SPINK, 2011).

As mulheres entrevistadas relataram que alguns profissionais tinham conhecimento do que se passava e que mesmo assim não questionaram nada sobre isso. Em outro caso, uma das participantes chegou a contar sobre o relacionamento abusivo, mas nos disse que as orientações foram pontuais e não surtiram efeito. Sobre terem iniciativa para falar sobre as violências, as mulheres disseram que, assim o fizeram em alguns momentos, entretanto os profissionais de saúde optaram por não se envolver, o que fez com que uma participante acreditasse que seus problemas de ordem pessoal e conjugal não fossem importantes para esses serviços e seus profissionais.

Os resultados mostram ainda que, quando as equipes de saúde tomaram conhecimento das violências, houve orientações sobre a necessidade de suporte, entretanto, nunca houve um encaminhamento formalizado para qualquer serviço especializado para atendimento de mulheres naquela situação. Faz-se importante destacar que os profissionais de saúde devem saber reconhecer a violência e cuidar das consequências dela com efetividade. Isso exige capacitação e o estabelecimento de uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas, com criação de vínculos, uma vez que o processo de cuidar não ocorre isoladamente, mas por meio de intencionalidade, interação, disponibilidade e confiança entre profissionais e usuárias (FERRAZ, TOMAZI e SESSA, 2019).

A partir das falas das entrevistadas sobre as situações vividas nos serviços de saúde, foi possível percebermos o quanto os profissionais encontraram dificuldades para

lidar com a temática da violência praticada contra a mulher. Para Lobato, Moraes e Nascimento (2012), esses obstáculos estão presentes diariamente e são fatores de ordem cultural e falta de orientação de ambas as partes, fazendo transparecer que os sujeitos envolvidos têm receio em lidar com os desdobramentos desse fenômeno.

Nísia conta, por exemplo, que sua experiência em uma USF foi traumatizante e a fez perder completamente o desejo de frequentar o local. Segundo ela, em seu pré-natal a profissional disse na recepção que um de seus exames para Infecção Sexualmente Transmissível (IST) havia dado positivo e que era necessário começar imediatamente seu tratamento, contribuindo para que algumas pessoas de seu território ouvissem o seu diagnóstico. Ela diz que esse episódio específico fez com que ela se sentisse invadida, exposta e perdesse a confiança nos profissionais de saúde trabalhadores de equipamentos públicos.

Ainda sobre a perda de confiança nos serviços, Celina segue dizendo que a falta de médicos e demais profissionais na rede pública prejudicou sua busca por ajuda, pois sempre que não encontrava atendimento imediato se sentia sozinha e ainda mais vulnerável para a violência e que, conforme a situação ia se intensificando, as crises de ansiedade pioravam. Vemos, nesse caso, o quanto as questões próprias de cada unidade de saúde podem reverberar nas mulheres que precisam de cuidado e que, conforme explicitado, além de estarem disponíveis, os profissionais também devem estar preparados para identificar possíveis vítimas, já que nem sempre as agressões deixam marcas visíveis (GOMES e ERDMANN, 2014).

Nota-se, então, a importância da detecção e da intervenção do setor de saúde nos casos de violência doméstica contra a mulher. Cabe ressaltar que a OMS também orienta que todos esses profissionais sejam capazes de compreender os fatores associados à violência e agir adequadamente em cada caso (RIGOL-CUADRA et al, 2015). No entanto, percebemos com as narrativas que as obrigatoriedades legais não foram suficientes para orientar os colaboradores e que algumas dificuldades ainda persistem, principalmente em decorrência de formação insuficiente, atitudes inadequadas e crenças dos profissionais (RIGOL-CUADRA et al, 2015).

As entrevistadas contaram que, por vezes, suas falas foram desacreditadas pelos profissionais de saúde e que apenas os argumentos dos parceiros agressores foram levados em consideração em consultas e exames, por exemplo. Segundo elas, existia talvez o pensamento de que por mais que as mulheres fossem orientadas, elas não se separariam; mas, conforme elas mesmas contam, era preciso ajuda profissional antes de se separar,

para que elas adquirissem força e coragem de enfrentá-los, o que não ocorreu em alguns casos. Nesse sentido, Saffioti afirma que:

A violência doméstica ocorre numa relação afetiva, cuja ruptura demanda, via de regra, intervenção externa. Raramente uma mulher consegue desvincular-se de um homem violento sem auxílio externo. Até que este ocorra, descreve uma trajetória oscilante, com movimentos de saída da relação e retorno a ela. Este é o chamado ciclo da violência [...]. mesmo quando permanecem na relação por décadas, as mulheres reagem à violência, variando muito as estratégias (SAFFIOTI, 2004, p. 79).

As mulheres entrevistadas notaram que, nos serviços de saúde, os profissionais provavelmente repararam que elas não estavam emocionalmente saudáveis, pois segundo os relatos, era nítido que a saúde mental delas estava bastante fragilizada, no entanto, por não terem sido questionadas e por não confiarem para tomar a iniciativa, não foi possível estabelecer uma relação segura para acolhimento, escuta qualificada e encaminhamentos necessários à época. Também é possível observar que, embora os profissionais tivessem conhecimentos teóricos sobre as políticas públicas relacionadas aos direitos das mulheres, não os colocaram em prática, havendo divergência entre conhecimento e execução (PACHECO, 2015). Esse fato pode estar associado às dificuldades que os profissionais têm, seja pela dificuldade de identificarem a rede de apoio para mulheres nessas situações, seja pela falta de reconhecimento da violência como um agravo de saúde e até mesmo pelo medo diante de sua própria vulnerabilidade, pois muitas vezes também conhecem ou atendem o agressor (PACHECO, 2015).

Os resultados ainda trouxeram reflexões acerca dos encaminhamentos e atendimentos do serviço de psicologia aos quais as entrevistadas passaram. As mulheres dizem que não tiveram coragem para contar o que realmente acontecia em seus relacionamentos conjugais. Segundo elas, sentimentos como culpa e vergonha eram recorrentes nos atendimentos, relatando ainda que, durante o processo psicoterapêutico, havia o imaginário de que as profissionais não acreditariam na capacidade de os parceiros serem de fato homens agressores. Uma das participantes conta que também foi acompanhada por estagiários de psicologia em uma unidade e que percebia que os estudantes não conseguiam lidar com a gravidade da situação, o que a faz acreditar que os profissionais mais experientes e especializados têm um melhor direcionamento a mulheres em situação de violência. No entanto, Nísia relata que em outro serviço de saúde, a psicóloga do CAPS AD foi suporte e apoio para que ela conseguisse lidar não só com a situação de uso abusivo de substâncias, mas também para que pudesse se

reconhecer na condição de vítima de violência doméstica, dando subsídios para que ela pudesse se fortalecer diante das adversidades às quais estava exposta. De acordo com Bastos (2009), a escuta do terapeuta quando feita de forma adequada e ativa, é um fator de facilitação da autoexpressão da pessoa em atendimento psicológico, mas esta mesma autora reforça que escutar não é o mesmo que ouvir: “é preciso ajudá-las a verbalizar, a compreender sua experiência e, então, levá-las a criticar essa experiência” (HIRIGOYEN, 2006, p. 183). Isso porque só a partir da compreensão e da ampliação da consciência de suas experiências é que as mulheres conseguirão se proteger da violência, bem como resgatar suas identidades (HIRIGOYEN, 2006).

Assim sendo, conforme descrito, as narrativas deste estudo demonstraram que a busca por ajuda na saúde de mulheres em situação de violência não foram efetivas em todos os casos e que as tentativas de contato por elas e de apoio pelos profissionais esbarraram em dificuldades e complicações, apontando ser necessária a adoção de condutas mais pertinentes e humanizadas, capacitação e formação profissional adequada e notificação das situações. Todos esses aspectos formam um conjunto de mudanças fundamentais para o enfrentamento das situações e para o conhecimento epidemiológico da violência, possibilitando que os serviços estejam preparados para essa difícil realidade e para que seja estimulada a criação de serviços e políticas públicas associadas ao tema, permitindo, além disso, uma melhor visibilidade do problema por toda a sociedade (GARBIN et al., 2015).

5.5 Papel dos serviços de saúde, profissionais e sociedade no acolhimento à mulher vítima de violência

Este estudo também se debruçou acerca dos papéis e de como os serviços de saúde, profissionais e a sociedade em geral poderiam ajudar e contribuir com mulheres em situação de violência. Para as entrevistadas, os serviços e profissionais de saúde deveriam acolher as mulheres em locais isolados e discutir estratégias de proteção para elas e seus filhos (caso haja).

As participantes também sugeriram que sempre que fossem notados os sintomas físicos e psicológicos, os profissionais se colocassem à disposição para compreender o problema em questão, acolhendo as demandas e encaminhando-as para serviços destinados à violência à mulher. Concordando com tudo o que foi dito, Celina acredita que os serviços e profissionais deveriam atuar no sentido de mostrar outros caminhos

possíveis, indicando direções e encorajando-as a sair dos relacionamentos abusivos. Ela ainda manifestou tristeza ao perceber que, se tivesse sido amparada de maneira adequada desde o início, talvez ela tivesse notado os abusos anteriormente e tido forças para não permitir as violências que sofreu. Assim sendo, para que essa realidade seja transformada, é fundamental que o processo de trabalho permita e os profissionais estejam aptos a uma relação dialógica com as mulheres, que passariam de objetos de intervenção a sujeitos de uma relação em ações de promoção à saúde, de prevenção da violência ou de cuidado aos agravos causados (HASSE e VIEIRA, 2014).

Sobre a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) que orienta e regulamenta a violência doméstica contra a mulher, as entrevistadas acreditam que se trata de uma lei que tem como objetivo oferecer suporte a elas, entretanto, devido ao fato de os processos judiciais e encaminhamentos serem demorados, as vítimas permanecem expostas à periculosidade e ao agravamento da situação, inclusive com a sensação de impunidade.

Para as entrevistadas, a rede de atendimento para mulheres em situação de violência ainda é falha, uma vez que os serviços aos quais tiveram acesso apresentaram diferentes abordagens e falas inconsistentes com o que era esperado por elas. Segundo as participantes, foi preciso que elas contassem suas histórias para diferentes locais e profissionais, contribuindo, assim, para que houvesse gatilhos de sentimentos negativos e dificuldades de lembrar episódios dolorosos dos relacionamentos.

Já em relação à sociedade, Nísia e Celina apontaram que as pessoas precisam fazer menos julgamentos e dar maiores oportunidades para elas, o que demonstra que o acolhimento das angústias vivenciadas e a indicação de caminhos para buscar ajuda são fatores de proteção para mulheres que estão em risco. Bertha salienta ainda que “em briga de marido e mulher se mete a colher sim” e que os serviços, os profissionais e a sociedade em geral precisam ser corajosos o suficiente para enfrentar junto delas a situação vivenciada. Nesse sentido, Lorea (2011) acredita que essas transformações são urgentes, mas que ocorrem a passos lentos, a saber que:

[...] seria ilusório acreditar que as transformações mais profundas ocorrerão em breve, quando sabemos que nossa sociedade é o resultado da herança cultural, esse conjunto de símbolos e significados impregnados dos valores compartilhados por nossas mães, avós e bisavós, cuja modificação, por isso mesmo, exigirá esforço de outras tantas gerações (LOREA, 2011, p. 27).

Celina reforça, dizendo que antes de as pessoas fazerem quaisquer julgamentos, é necessário compreender o que se passa em cada caso. Para as participantes, as mulheres

não escolhem um relacionamento abusivo, ao contrário, são as diversas fragilidades físicas, emocionais e sociais que não as permitem encerrar a relação.

E os resultados obtidos demonstram que é de extrema importância que as pessoas, profissionais e serviços reconheçam que, apesar das semelhanças dos abusos, cada mulher vivencia uma história de maneira diferente, de modo que todos os envolvidos precisam estar sempre atentos às particularidades de cada vítima, articulando estratégias de enfrentamento caso a caso.

Para Mietta os profissionais que atuam com mulheres em situação de violência, precisam ser capacitados e especializados nessa temática para então poderem lidar com essa população específica, que, segundo ela, demanda muita paciência e empenho, para consiga se reconhecer como vítima de violência e acatar as orientações de ajuda. Logo, para acontecer mudanças e transformações, é importante reconhecer que as pessoas, “individualmente, não conseguem resolver os problemas sociais por si mesmas, e necessitam de apoio social, assim como acesso e habilidade para usar os recursos disponíveis” (STREY, 2002, p. 26).

Sobre as sugestões e estratégias para apoio e suporte, às mulheres relataram que seria interessante que se fomentasse a promoção de eventos, palestras, rodas de conversa e grupos para mulheres nessas situações. Para elas, as usuárias precisam ter a oportunidade de dialogar e trocar experiências, aprendendo umas com as outras. Em outras palavras, elas preveem como positiva a convivência com demais mulheres que já passaram pelo mesmo momento, denominado por elas “fase da superação” — momento em que elas apresentam o desejo do encerramento do ciclo das violências e o cuidado com as consequências que a violência ocasionou.

Segundo as mulheres aqui narradas, para que os profissionais, serviços e sociedade em geral possam obter êxitos no combate à violência de gênero, é imprescindível que sejam cumpridas de forma efetiva todas as garantias de direitos existentes. Semelhante a Meneghel e Bairros (2011), ao dizer que mesmo com a promulgação da Lei Maria da Penha, muito ainda há de se fazer, pois assim como aconteceram avanços, também surgiram retrocessos no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, surgindo, nesse contexto, a falta de proteção e suporte adequado e a revitimização pela incompetência dos órgãos existentes.

Ainda neste estudo, Bertha se alegra durante a entrevista por poder sugerir melhorias para o tema. Ela se descreveu como alguém que “sonha alto” e sugeriu a seguinte solução: um aplicativo para celular, com sistema tecnológico suficiente para não

necessitar do uso de internet e que fosse ágil no envio de mensagens de texto. Entretanto, ela faz uma ressalva, lembrando-se de que alguns companheiros não permitem que as mulheres tenham aparelhos de comunicação como celulares — como era no seu caso —, mas reafirma que vê como importante uma alternativa que possibilite um contato direto com a rede de atendimento à mulher vítima de violência.

Conforme relatado por Garcia (2016), a violência doméstica contra a mulher é um problema grave com proporções avassaladoras e mesmo quando não está aparente acaba por permear toda a sociedade, de modo que, para garantir que as mulheres tenham acesso ao direito básico de viver sem violência, há a necessidade de engajamento de vários setores, inclusive dos que até aqui foram descritos. Os resultados deste estudo demonstram que, para as mulheres aqui entrevistadas, é esperado dos profissionais: formas mais efetivas de acolhimento, compreensão e aprofundamento do histórico de violência à mulher, bem como sigilo absoluto sobre sua vida e saúde. Da sociedade: menos preconceitos, julgamentos e mais empatia com mulheres que permanecem em relacionamentos abusivos e violentos. Por fim, dos serviços: a composição de uma rede que esteja mais bem articulada com as estratégias de enfrentamento e atendimento para cada mulher, filhos e família.

5.6 Violências à mulher e pandemia de Covid-19

O ano de 2020 foi marcado pela decretação da pandemia do novo coronavírus — SARS-CoV-2 — causador da doença Covid-19, que, globalmente, modificou a vida da maioria das pessoas desde a confirmação do 1º caso na cidade de Wuhan, na China (SANTANA, 2021). Trata-se de uma doença de fácil propagação e contágio que preocupa o mundo por ter caráter agressivo e letal e por ocorrer em ritmo acelerado, assustando autoridades públicas e causando descontrole social, com conseqüente colapso na saúde pública e privada, estresse econômico e social, medo do contágio, entre outros (OMS, 2020; MARQUES et al., 2020; PEREIRA et al., 2020). Contudo, o distanciamento social e a conseqüente permanência em casa potencializaram o aumento de alguns tipos de violências, entre elas, a violência doméstica contra a mulher (SANTANA, 2021; SANTOS et al, 2020).

As organizações voltadas ao atendimento e enfrentamento da violência à mulher, observaram que houve um aumento significativo da violência entre casais justamente por causa da coexistência imposta e forçada, do desemprego e do estresse econômico, bem

como dos temores sobre o coronavírus e suas implicações (SUIÇA, 2020). Celina conta que esse foi o pior período para ela e o esposo, tendo em vista a diminuição das atividades de lazer e a obrigação de permanecerem no mesmo ambiente doméstico por longos períodos. Além disso, o parceiro cancelou as viagens agendadas a trabalho e isso, além de prejudicá-lo financeiramente, também o afetou emocionalmente, intensificando seu uso de substâncias e, conseqüentemente, aumentando ainda mais sua agressividade com ela.

Da mesma forma foi para Nísia que, durante esse período percebeu que seu parceiro passou a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, relatando que precisou enfrentar o aumento das agressões em seu âmbito doméstico. Percebe-se nesses casos relatados que o uso de substâncias psicoativas pelo agressor cumpriu papel importante na continuidade das violências. No entanto, notamos que essas interpretações contribuíram como estratégias de proteção para as mulheres que apresentaram dificuldades em estabelecer o rompimento da relação, ao mesmo tempo em que também se colocaram à disposição para perdoar, entender e suportar a situação de violência vivida (CUNHA, 2008). Conforme foi relatado por Deeke et al (2009), o alcoolismo pode, sim, desencadear o comportamento violento, mas não é interessante que o uso ou a dependência sejam vistos como motivação exclusiva para o desentendimento entre os casais, pois, na maioria das vezes, isso dificulta a visão das mulheres das demais causas do fenômeno e limita a busca por ajuda.

Para Mietta que atualmente está divorciada, a pandemia influenciou de maneira diferente, pois, com a pandemia, precisou dar uma pausa em seus planos e projetos relacionados à sua empresa. A entrevistada disse que a partir desse momento houve um agravamento de seu quadro diagnóstico de depressão e ansiedade e que isso desencadeou memórias negativas sobre a época em que era agredida diariamente, notando que o afastamento social e laboral impôs momentos solitários e dolorosos por lembrarem episódios aos quais “não tinha mais tempo para pensar”.

A participante Bertha não vivenciou a pandemia ao lado do ex-marido por ele já estar anteriormente recluso na penitenciária por roubo, porém comenta que a circulação de um vírus potente ocasionou vários sintomas emocionais e vulnerabilidades socioeconômicas para ela e sua família. A esse respeito, discorre Marques et al (2020) que, devido à quarentena, a paralisação econômica e a inviabilidade do emprego informal, as chances de ruptura dos relacionamentos abusivos ficaram menores nesse período, devido às dependências socioeconômicas das mulheres em relação aos seus parceiros.

Pode-se perceber, de acordo com os resultados aqui apresentados, que a probabilidade da ocorrência da violência aumentou no período de pandemia, ao passo que as participantes relacionaram o período de distanciamento social com consumo abusivo de álcool e outras substâncias pelos parceiros, sugerindo que talvez uma grande parcela de agressores esteja sob o efeito de substâncias quando as violências ocorrem e que indivíduos com questões relacionadas principalmente ao uso de álcool em excesso têm maiores probabilidades de se envolver em relacionamentos abusivos e violentos (ZALESKI et al, 2010).

Dessa forma, conclui-se que as entrevistadas reconheceram que a pandemia do coronavírus piorou o cenário abusivo e violento para elas e demais mulheres, reconhecendo nos noticiários de programas televisivos o aumento das notícias de feminicídios no país, fato que as fez temer pelas próprias vidas. Durante a pandemia, para as mulheres deste estudo que residiam com seus companheiros agressores, a relação conjugal se tornou insustentável e as narrativas nos forneceram dados que indicam que ao buscarem por apoio e suporte nesse período, elas se depararam com dificuldades para encontrar profissionais disponíveis na rede de atendimento, tendo em vista a prioridade dada ao cenário pandêmico e às emergências e urgências relacionadas aos usuários, familiares e territórios diagnosticados com Covid-10. Além do que, o isolamento social também reduziu o contato social das mulheres entrevistadas com famílias e amigos, fragilizando ainda mais a rede social de apoio que poderiam acolhê-las e ajudá-las a romper com a violência vivida (VIEIRA; GARCIA e MACIEL, 2020; MARQUES et al., 2020).

5.7 Violência e saúde da mulher

Os estudos demonstram que as repercussões e consequências da violência na saúde da mulher permanecem inúmeras, com graus de intensidade cada vez maiores e mais desumanas (SCHRAIBER et al, 2009; TERRA, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2015; GÓES, 2019; e D'OLIVEIRA, 2020).

De acordo com os relatos das entrevistadas, foi possível perceber que as consequências decorrentes da violência na saúde dessas mulheres foram diversas, incluindo agravos de alta frequência e que causaram sérias repercussões ao estado físico, psíquico e social delas e de seus filhos, sendo o relacionamento conjugal e seus

desdobramentos determinantes para os processos de adoecimento que as atravessaram (JANUÁRIO et al 2010; MONTEIRO e SOUZA, 2007).

Os resultados demonstram que as violações e violências sofridas pelas mulheres também geraram perdas significativas de vida e de saúde física e mental. Em alguns relatos, pode-se notar a presença de consequências físicas e emocionais, permeadas por resquícios de traumas sofridos ao longo de seus relacionamentos. As mulheres sobreviventes à violência doméstica relataram que estiveram por períodos que foram de meses a anos convivendo com episódios de abuso e de violência, o que fizeram com que elas perdessem suas identidades e que enfrentassem dificuldades até mesmo em se reconhecerem como “merecedoras” de algo ou alguém.

Essas consequências da violência precisam de monitoramento, dada sua intencionalidade e gravidade, ocasionando vários prejuízos a mulher, entre eles: agravos na saúde física e mental, diminuição na autoestima, na qualidade de vida podendo, inclusive, chegar à mortalidade, com o feminicídio (GUIMARÃES et al., 2018; FERREIRA et al., 2018).

As narrativas também nos proporcionaram reflexões sobre os sinais e sintomas desencadeados e sobre as consequências que a violência originou, sendo relatados constantes pensamentos suicidas e desesperança, bem como sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Corroborando com isso, a OPAS (2018) descreveu que as violências praticadas pelos parceiros afetam a saúde de mulheres por vias diretas, como lesões e ferimentos, e por vias indiretas, como diagnósticos crônicos de saúde. Sendo a vivência da violência, portanto:

[...] um fator de risco para muitas doenças e condições. Pesquisas atuais sugerem que a influência do abuso pode persistir mesmo após a interrupção da violência. Quanto mais grave o abuso, maior o impacto sobre a saúde física e mental de uma mulher. O impacto ao longo do tempo de diferentes tipos e múltiplos episódios de abuso pode ser cumulativo (OPAS, 2018, online).

Assim, os profissionais e os serviços que atendem essas mulheres precisam de uma prática baseada na integralidade do cuidado, não se limitando a uma assistência meramente curativa, mas sim buscando estratégias para conhecer os possíveis fatores de risco e de proteção, segundo os princípios da educação em saúde, defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares (SOUZA et al, 2012).

Celina nos detalhou sobre uma tentativa de suicídio em decorrência das violências psicológicas que sofria, chegando, inclusive, a ser incentivada pelo marido, porque seria

um ato para o “bem de todos”. Nesse caso, não houve violência física, entretanto, a violência moral e psicológica esteve amplamente presente em grande parte do relacionamento conjugal, levando a entrevistada a aceitar cada vez mais as agressões emocionais destinadas a ela. A partir dessa narrativa, permite-se a reflexão sobre os tipos de violências e suas repercussões. A violência física é comumente considerada a mais conhecida e vista também como a mais perigosa. Contudo, conforme Sagot (2007), em seus estudos as mulheres relataram que entre todas as violências sofridas a violência psicológica foi a mais dolorosa e que ocasionou as consequências mais intensas e agravantes para a saúde delas, assim como neste estudo.

Para Nísia, a partir do momento em que as violências físicas e psicológicas se iniciaram em seu relacionamento, ela se tornou alguém cujos pensamentos são vingativos e chegou a nos dizer que sente vontade de assassinar seu marido de maneiras cruéis, para que ele possa experimentar, segundo ela, “do mesmo mal que ele causou”, julgando como prazerosa a sensação de vê-lo em situações parecidas com as quais passou.

De acordo com Saffioti (2014), a violência tem sido considerada um grande fator de risco à saúde mental das mulheres, tendo em vista que os agressores deixam suas vítimas suscetíveis psiquicamente, ocasionando sérios agravos à sua qualidade de vida e desenvolvendo pensamentos e ideações suicidas, bem como vários comportamentos de risco, assim como nos casos em questão. E os relatos das mulheres afirmam um constante adoecer e um sentimento de culpa que traduz o que Dias (2006) cita em seu estudo: são vários os motivos que tentam justificar as agressões sofridas, o motivo pelo qual a primeira agressão não foi denunciada, contudo, a mulher só procura socorro quando já está cansada de apanhar e se sente impotente.

De acordo com os resultados e a literatura consultada para esta discussão, no decorrer dos últimos anos, as políticas públicas para mulheres em situação de violência se fortaleceram com relação aos atendimentos e enfrentamentos, incluindo, por exemplo, ações e estratégias mais eficazes de assistência à saúde da mulher e de seus filhos, entretanto, por mais que haja um engajamento de serviços e profissionais capacitados, as agressões no ambiente doméstico ainda se fazem presentes com bastante frequência, atingindo cada vez mais mulheres em seus diferentes contextos (SCHRAIBER et al 2003; SCHRAIBER et al 2005; PIEROTTI et al 2018, SANTANA 2019 e TRENTIN et al 2019) e, em se tratando de violência doméstica, é importante ressaltar que a dependência financeira e a pobreza foram alguns fatores desencadeantes (WHO, 2002).

Assim, podemos concluir que a mulher que sofre violência cometida por parceiro íntimo apresenta múltiplas distorções em seu estado de saúde, sendo estes de impacto de curto, médio e longo prazo não só para as vítimas em si, mas também para as pessoas que testemunharam a agressão, sobretudo quando se trata de crianças e adolescentes (WHO, 2002).

5.8 Interseccionalidade e marcadores da diferença na perspectiva da violência à mulher

A definição de interseccionalidade e de marcadores da diferença na perspectiva da violência à mulher remete às dimensões de poder existentes na sociedade. Tais questões referem-se à maneira pela qual o machismo, o racismo, as relações patriarcais, a opressão de classe e outros eixos possíveis de poder e discriminação favorecem a criação e a manutenção das desigualdades existentes, atravessando todo o histórico de vida delas (ASSIS, 2018; COSTA, 2013; CRENSHAW, 2002 e FERRAZ, TOMAZI e SESSA, 2019). Ou seja, essas desigualdades são marcadas por categorias como raça, classe e gênero, mas que não podem ser pensadas e analisadas isoladamente, porque são consideradas indissociáveis e interdependentes (COSTA, 2013).

Nesse sentido, utilizaremos para a discussão os referenciais teóricos da interseccionalidade. Segundo Knudsen (2006), a interseccionalidade:

[...] analisa de que forma as categorias sociais e culturais se entrelaçam. As relações entre gênero, raça, etnia, deficiência, sexualidade, classe e nacionalidade são examinadas em vários níveis, com o intuito de explicar as diversas desigualdades que existem na sociedade (p. 61).

Vários estudos afirmam, portanto, a importância dos debates interseccionais no cenário atual da temática de violência contra as mulheres. Kyrillos (2020), por exemplo, a partir do entendimento acerca dos marcadores relacionados às diferenças, aponta que eles:

[...] não são compreendidos isoladamente, nem se propõem a uma mera adição de discriminações, mas sim, abraça-se a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios e a partir daí se busca compreender as condições específicas que deles decorrem (p. 1).

De modo que, ao analisar os resultados deste estudo, fica evidente que todas as entrevistadas podem ser consideradas vítimas da violência doméstica exercida por parceiros íntimos. Porém, os marcadores sociais que contribuem para a construção de suas histórias de vida são diferentes e interferem de maneiras diversas para os limites e possibilidades das situações por elas vividas. Assim, para uma melhor compreensão da violência de gênero, a ideia de interseccionalidade traz maiores contribuições do que as experiências unicamente individuais, analisando, também, as condições sociais que permitiram ou que não permitiram que essas mulheres acessassem lugares de cidadania e tivessem melhores oportunidades e maiores perspectivas de vida (RIBEIRO, 2017).

As entrevistadas que alcançaram um nível educacional mais elevado demonstraram uma melhor capacidade de compreender a violência à mulher do que aquelas que tinham níveis escolares mais baixos, demonstrando que o pouco acesso de mulheres à educação faz com que elas tenham menos oportunidades e lidem com poucos recursos para se informar sobre o tema. Ou seja, mulheres com nível educacional mais elevado têm capacidade de acessar mais tecnologias de informação, conseguindo, dessa forma, encontrar maneiras mais resolutivas de busca por ajuda.

Outro fator importante que apareceu foi a questão da maternidade e número de filhos, tendo em vista que a busca por ajuda para as mulheres-mães ocorreu, segundo elas, por necessidade de proteção aos filhos diante das violências e, principalmente, das consequências que um relacionamento abusivo e violento poderia ter no desenvolvimento físico e emocional deles. Os resultados também demonstraram que as mães que possuíam filhos de outros relacionamentos, e que estavam sob a guarda e responsabilidade da família extensa, permaneceram mais seguras diante da proteção destes por estarem distantes do ambiente agressor.

O relacionamento conjugal com o agressor também foi um fator que dificultou a busca por ajuda, segundo as entrevistadas que permaneceram casadas. Para elas, o medo se tornou diário por não saberem quando e como seria o próximo conflito entre o casal. Elas relataram sentimentos de arrependimento e culpa diante da permanência no relacionamento e dificuldade em terminar com seus agressores. Já para as mulheres que estavam separadas de seus agressores, a busca por ajuda se tornou mais facilitada pois não havia o receio de represálias por eles, uma vez que estavam distantes.

Com relação à ideia de dependência financeira, percebemos que as mulheres que possuíam emprego e renda, ou seja, que eram independentes financeiramente, demonstraram uma menor preocupação com a possibilidade de separação de seus

agressores, pois não teriam necessidade de auxílio financeiro deles. Entretanto, aquelas que não possuíam renda própria e nem mesmo uma residência fixa, relataram viver em constante preocupação, pois não sabiam como fariam para arcar com todos os custos e gastos mensais que uma família demanda. Percebe-se, dessa forma, que ter emprego e renda diferencia as mulheres quando se trata de enfrentar as situações de violências vividas. Assim, parece que a autonomia e independência financeira feminina age como um marcador importante para o enfrentamento da violência. A conquista da autonomia, seja ela financeira, seja ela entendida como o controle da própria vida, remete à necessidade da inclusão da perspectiva de gênero quando se aborda a questão da violência contra as mulheres. Tal como afirma Guedes e Fonseca (2011), a promoção da emancipação feminina pode ser a proteção nos casos de dependência financeira de homens agressores.

Embora os resultados aqui descritos mostrem que as mulheres deste estudo apresentaram várias diferenças entre si, o que pode ter contribuído de certa forma em sua busca para sair da situação de violência, ainda assim todas passaram por situações intensas de abusos. Evidencia-se, dessa forma, que não existe uma predefinição para a problemática e que mulheres estão sujeitas a se tornar vítimas independentemente do lugar onde morem e de quem sejam, reafirmando a máxima de que as mulheres podem e sofrem violências e violações “simplesmente por serem mulheres”.

Por ser uma temática desafiadora para profissionais e serviços, fez-se necessário, durante o decorrer desta discussão, descrever as realidades vivenciadas pelas entrevistadas a partir de características que as aproximavam. Mas também foi considerado importante compreendermos e analisarmos os aspectos que as diferenciavam entre si, interrogando suas singularidades e as múltiplas dimensões presentes nas situações das violações e violências vivenciadas. Entendemos a violência doméstica contra a mulher como um problema que merece reflexões e análises mais aprofundadas. Trata-se de um assunto importante para a sociedade, já que alcança um alto número de mulheres de diferentes classes sociais — como visto neste estudo —, reproduzindo situações de violências que se têm registros desde a era colonial até os dias atuais (FERREIRA et al., 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que os objetivos iniciais desta dissertação foram alcançados, conseguindo compreender melhor as causas, efeitos e consequências que o fenômeno da violência de gênero ocasiona em mulheres que estão sujeitas a ela.

As mulheres deste estudo expressaram em seus relatos sentimentos de negação da situação de violência, medos, receios e inseguranças. Esses sentimentos relacionavam-se com a dificuldade de identificar o que desencadeou a raiva do agressor o que, por sua vez, contribuiu para que a denúncia não fosse realizada, como também para que outras atitudes de proteção não fossem tomadas.

Contudo, é imprescindível que os profissionais e serviços que atendem a essas mulheres entendam a situação, para que possam ajudá-las a reconhecer a violência, a denunciá-la e a sair de tais situações. Ou seja, tanto os profissionais quanto a população em geral devem levar em consideração os desafios e limites para o enfrentamento da violência contra as mulheres, considerando suas individualidades e singularidades.

Sabemos que ainda existem diversos desafios para as mulheres que foram acometidas pela violência de gênero. Entretanto, é imprescindível que se fomente e qualifique os espaços de acolhimento dessas mulheres, contribuindo para o enfrentamento delas. Desse modo, esperamos que este estudo estimule a criação desses espaços, ajudando nas transformações que modifiquem a forma como essas mulheres são recebidas e acolhidas nesses equipamentos, impulsionando as mudanças necessárias na direção do fim da violência vivenciada.

Os resultados aqui descritos nos levam a concluir que é necessário reforçarmos a importância de mapeamentos ampliados e sistematizados sobre as violências contra as mulheres. Também é importante o aumento dos orçamentos públicos para o enfrentamento dessa situação. Com isso, é possível contratar mais recursos humanos capacitados, qualificar a formação profissional desses recursos, contribuindo para políticas públicas mais eficientes no enfrentamento dessas violências. Nesse sentido, entendemos que o Estado deve garantir e estruturar ações com os entes federativos, a sociedade civil e o setor privado, para legislar, produzir informações e investir em estratégias de atendimento, prevenção e enfrentamento da violência às mulheres, dando especial atenção às questões emergentes de gênero nos contextos domésticos.

Também consideramos, a partir deste estudo, como urgente e necessária a construção de estratégias mais efetivas para informar e instrumentalizar a população

sobre as causas e consequências da violência contra a mulher, partindo do pressuposto que o conhecimento sobre as características da violência sofrida pelas mulheres é possível à sociedade como um todo e acreditando que ações educativas em geral contribuem para que a violência de gênero seja facilmente identificada, evitando, assim, adoecimentos e acometimentos de feminicídios.

As violências discutidas nesta dissertação trazem questões importantes para serem observadas e amplamente divulgadas, servindo como apoio para todos os serviços e profissionais que lidam com a temática. Essas questões podem contribuir para a aquisição de informações e aprendizados acerca da violência de gênero aos que atuam acolhendo, amparando e servindo de suporte para essas mulheres.

Este estudo também não se limitou ao universo aqui pesquisado, uma vez que outras histórias precisaram ser contadas, considerando as histórias de vida das mulheres violentadas como um todo, desde o início de sua identidade até as construções de seus valores, entendendo que, se dermos visibilidade e voz uma a uma, colaboraremos para uma melhor trajetória de todas as outras que porventura sejam atravessadas por esse fenômeno.

Dessa forma, este estudo é uma contribuição à literatura existente; uma sugestão para mais pesquisas científicas na área; para apoio às lutas feministas; para suporte a profissionais e serviços; e para mulheres que assim como estas aqui retratadas, precisam ecoar suas vozes para não serem mais silenciadas.

Por fim, torna-se necessário discutirmos e pensarmos coletivamente sobre as ações e intervenções para a prevenção da violência de gênero, alicerçadas em uma rede de atendimento e enfrentamento que seja de fato, apoio e suporte para mulheres em todo o seu percurso por ajuda.

REFERÊNCIAS

- ADLER, A. Traços agressivos de caráter. *In*: ADLER, A. **A ciência da natureza humana**. 6 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.
- AMADIGI, F. R. I. Antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 139-146, 2009. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/173>. Acesso em: 01 dez. 2021.
- AMÂNCIO, L.; CARAPINHERO, G. Dimensões do poder e do saber: uma abordagem exploratória. *In*: GONGALVES, M.E. (org.). **Comunidade científica e poder**. Lisboa: Edições 70, 1993.
- AMBRIZ-MORA M. I.; ZONANONANA-NACACH A.; ANZALDO-CAMPOS M. C. Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel atención. **SEMERGEN Medicina de Familia**, v. 41, n.2, p. 241-246, 2015. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-factores-asociados-violencia-domestica-mujeres-S1138359314003189>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- ANGULO-TUESTA, A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 138 p., 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4798>. Acesso em: 14 mar. 2022.
- ANJOS, E. E. A banalização da violência e a contemporaneidade. *In*: CAMACHO T. (ed.), **Ensaio sobre violência**, Vitória: Edufes, 2003.
- ARENDDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social e Sociedade**, n. 133, p. 547-565, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. de 2022.
- ÁVILA, T. A. P. Lei Maria da Penha. Uma análise dos novos instrumentos de proteção às mulheres. **Projeto BuscaLegis**, 2007. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/13477-13478-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 mar. de 2022.
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Um cenário em (dê)s construção. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021
- BARBOSA, J. **(Des) tecendo a produção de cuidado à mulher em situação de violência**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARSTED L. L.; HERMANN J. **Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.

BARUS-MICHEL, J. A violência complexa, paradoxal e multívoca. *In*: SOUZA M.; MARTINS F.; ARAÚJO, J. N. G. (Eds.), **Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BASTOS, A. D. de A. **Considerações sobre a clínica psicanalítica na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou drogas**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

BELLOQUE, J. Das medidas protetivas que obrigam o agressor – artigos 22. *In*: CAMPOS, C. H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, p. 307-314, 2011.

BENETI, E. R. R. *et al.* Estratégias de coping e características de trabalhadores de enfermagem de hospital privado. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 3-10, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2657>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 165-74, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yYkyHMjFCcYhKPND5WpHFTj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRANDÃO, E. R. Violência conjugal e recurso feminino à polícia. **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1998.

BRASIL. CapacitaSuas. **SUAS: Configurando os Eixos de Mudança. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1. ed, v.1, Brasília: MDS, 2008, 136 p. Disponível em: <https://dev.fpabramo.org.br/acervosocial/estante/capacitasuas-v-1-suas-configurando-os-eixos-de-mudanca/>. Acesso em: 7 ago. 2021.

BRASIL. **Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS**: guia de orientação nº 1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/8/docs/guia_de_orientacao_creas.pdf. Acesso em: 9 maio 2021.

BRASIL. Lei n.11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF,

2009. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em: 9 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 8 jan. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB-RH/SUAS**. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/norma_op_basica_suas_rh.pdf. Acesso em: 26 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. **RH/SUAS**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <https://www.social.go.gov.br/files/arquivos-migrados/54ea65997b6c44c14aa59c27bc4946a1.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas** / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2003. 68 p. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/03/PDFEF.tmp-1.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

BRITO, B. R. P. Casas-abrigos: um espaço de apoio e de solidariedade versus uma visão assistencialista. **Jornal da Rede Saúde**, n. 19, p. 13-14, 1999.

BUTION, D. C.; WECHSLER A. M. Dependência Emocional: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 77-101, Londrina, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000100006. Acesso em: 15 jun. 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CALLOU, J. L. L. Rotas percorridas por mulheres em situação de violência: das vivências as estratégias para rompimento. **Congresso Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais e Humanidades**. Niterói: ANITER – SH/PPGSD- UFF, 03 a 06 de setembro de 2012.

CAMPOS, C. Lei Maria da Penha: um novo desafio jurídico. *In*: LIMA F. F. SANTOS C. (eds.). **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, v. 13, n. 24, p. 91-99. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

CANAAN, S. **Contribuições da terapia analítico-comportamental na avaliação e tratamento de mulheres com dependência afetiva**. XVI Encontro da ABPMC – Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Brasília, 2007.

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

CARNEIRO, S. P.; CARVALHO, M. L. B. A violência de gênero e as medidas protetivas. **XII Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea & II Mostra Nacional de Trabalhos Científicos**. Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2016.

CHAUÍ, M. Ética, política e violência. *In*: CAMANHO T. (ed.). **Ensaio sobre violência**. Vitória: Edufes, 2003.

CLANTON, G. Frontiers of jealousy research. *In*: CLANTON, G.; SMITH, L. G. (ed.). **Jealousy**. New York, Oxford: University Press, 1998.

CONTE M. *et al.* **Rotas críticas: desatar nós para fazer laços**. Athenea Digital, 2012. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-conte-ruschel-correa-et-al/1114-pdf-pt>. Acesso em: 4 set. 2009.

CORRADI, C. Violence, identité et pouvoir: Pour une sociologie de la violence dans le contexte de la modernité. **Revue publié par l'Association Française de Sociologie**, Paris, 2009.

CÔRTEZ, G. R. Violência Doméstica: centro de referência da mulher “Heleieth Saffioti”. **Estudos de Sociologia**, v. 17, n.32, 149-168, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4932/4121>. Acesso em: 12 jan. 2022.

COSTA M. S., SERAFIM M. L. F.; NASCIMENTO A. R. S. Violência contra a mulher: descrição das denúncias em um Centro de Referência de Atendimento à Mulher de Cajazeiras, Paraíba, 2010 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 551-558, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Bjz85dyVbTjY5mbhfYncnKF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, p. 5-15, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/tqyTrtBBBdLdYmLpXYnFX7d/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022.

COSTA, J. B. Controle de vida, interseccionalidade e política de empoderamento: as organizações políticas das trabalhadoras domésticas no Brasil. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 52, p. 471-489, 2013.

COUTO, B. R. O Sistema Único da Assistência Social – SUAS: na consolidação da Assistência Social enquanto política pública. *In*: CRUZ L. R.; GUARESCHI N. M. F. (org.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mBTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 07 mar. 2022.

CROWELL N.; BURGESS A. W. **Understanding violence against women: panel on research on violence against women**. Washington, DC: National Academy Press, 1996.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. A constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia. *In*: CRUZ L. R.; GUARESCHI N. M. F. (org.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CUNHA, T. R. A. Violência Conjugal: rimando amor e dor. *In*: Fazendo gênero 8: corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto de 2008. Disponível em: . Acesso em: 16 out. de 2008.

D'OLIVEIRA A. F. P. L. *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, Botucatu, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ttfjMwYKXCHCxBhKHjSVpMYL/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2021.

D'OLIVEIRA A. F. P. L. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços de atenção primária. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10102006-151619/publico/AnaFlaviaDOliveira.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

D'OLIVEIRA A. F. P. L.; SCHRAIBER L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 2, p. 134-140, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953>. Acesso em: 5 de maio de 2021.

DA MATTA, R. O Ofício de Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. *In*: NUNES, E. O. (org). **A aventura sociológica - objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAHLBER, L. L.; KRUG E. G. Violência: um Problema Global de Saúde Pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DEBERT, G. G. G.; GREGORI, M. F.; PISCITELLI, A. G. (orgs.). **Gênero e distribuição da justiça: as delegacias de defesa da mulher e a construção das diferenças**. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 2006.

DEEKE, L. P. *et al.* A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, 248-258, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XfD6n8JShSTtKH9bJdqQx7B/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

DENZIN, N. K. Handbook of qualitative research. *In*: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Ciência & saúde coletiva**, v. 4, n. 1, p.81-94, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/2384444689_O_atendimento_as_vitimas_de_violencia_na_emergencia_prevencao_numa_hora_dessas. Acesso em: 18 set. 2021.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 129-37, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c9mBfX8bKfCcnK5cmjvwbyF/abstract/?lang=pt>. Acesso em 9 jan. 2022.

DIAS, M. B. A impunidade dos delitos domésticos. **IX Congresso Nacional da Associação Brasileira das Mulheres de Carreira Jurídica**, Alagoas, 2022.

DURAND, J. G.; SCHRAIBER, L. B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 3, p. 310 - 322, 2007.

DUTRA, M. *et al.* A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K77HzVKqLpCgjCpqGD8qQ8C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

ELIAS, M. F.; GAUER, G. J. C. Sistema penal e violência. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito*, v. 6, n. 1, p. 17-128, 2014.

ELLSBERG, M. *et al.* Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 11, p. 1595 - 1610, 2000.

FERRAZ, D. M.; TOMAZI, M. M.; SESSA, A. As mortes de Matheusa em uma notícia do Estadão: estudos interseccionais sobre preconceito, discriminação e violência física em relação à diversidade de gêneros. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, v. 19, n. 4, p. 927-958, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/SwT6mnZjYLn7zTXKdMWfJck/?lang=pt#>. Acesso em: 7 mar. 2022.

FERREIRA, E. P. *et al.* Caracterização dos casos notificados de violência contra mulheres atendidas nos serviços de saúde em Araguaína – TO. **Revista Científica do ITPAC**, v. 11, n. 2, Araguaína, 2018. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/4160/2/%c3%89rika%20de%20Paula%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2021.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS – Campinas (SP)**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FONSECA, C. **Quando cada caso NÃO é um caso**, 1999.

GABATZ, R. I. B. *et al.* Fatores relacionados à institucionalização: Perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 670-677, 2010.

GADONI-COSTA, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 2, n. 2, p. 151-159, Juiz de fora, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 mar. 2022.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879–1890, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/abstract/?lang=pt>. Acesso em 9 fev. 2022.

GARCIA, L. P. A Magnitude invisível da violência contra a mulher. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v. 25, n. 3, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/D8tmPMdg5WbBm6g7qRMcB3k/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

GARCIA, M. V. *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, Minas Gerais, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vVddcQ8YFzw3Gp3SJYZ735F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 dez. 2021.

GERMANO, I. M. P.; COLAÇO, V. D. F. R. Abrindo caminho para o futuro: redes de apoio social e resiliência em autobiografias de jovens socioeconomicamente vulneráveis. **Estudos de psicologia**, v. 17, n. 3, p. 381-387, Natal, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/SftmCLBH4yfxB9Bs5rkMXfg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 103-112, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wkz7qsnXKdNXy34WCbherfQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

GÓES, E. D. A. A vergonha social e o medo: obstáculos para a superação da violência doméstica contra a mulher. **Braz. J. of Develop.**, v. 5, n. 11, p. 23627-23645, Curitiba, 2019.

GOMES N. P.; ERDMANN A. L. Conjugal violence in the perspective of “Family Health Strategy” professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 76-84, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7ZBb6y4nQ5zWBkfMwSRW7md/?lang=en>. Acesso em: 1 fev. 2022.

GOMES, N. P. Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal. 2009. **Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem**, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/9593/1/Gomes_Tese.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

GONÇALVES, A. S. A. T. **A violência doméstica contra as mulheres enquanto problema de saúde pública: as representações sociais dos profissionais de saúde portugueses face a esta questão**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Coimbra, 2004.

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cHhgT5Hz5ssyR9cP99wmhxS/?lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2022.

GROSSI, P. K.; COUTINHO, A. R. C.; BITTENCOURT J. V. Desafios do atendimento à mulher em situação de violência no âmbito do CREAS. **Anais do Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais**, Brasil, 2015. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9461/2/Desafios_do_Atendimento_a_Mulher_em_Situacao_de_Violencia_no_ambito_dos_CREAS.pdf. Acesso em: 4 set. 2021.

GUEDES R. N.; FONSECA R. M. G. S.; EGRY E. Y. The evaluative limits and possibilities in the Family health strategy for gender-based violence. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 2, p. 304-11, USP, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/58505>. Acesso em: 26 ago. 2021.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, v. 45, n. 2, p.1731-5, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HgPw4p8bzGtsMYGNxFMFZNw/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2022.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e processo saúde-doença das mulheres. **Revista Enfermagem Escola Anna Nery**, v.13, n.3, p. 625-31, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/XLfNzJBDxsfzzRzqLGj6vpw/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

GUIMARÃES, F. "Mas ele diz que me ama...": impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. 2009. **Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia**, Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5952/1/2009_FabricioGuimaraes.pdf. Acesso em: 30 jan. 2022.

GUIMARÃES, R. C. S. *et al.* Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1988- 97, 2018. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/438>. Acesso em: 17 mar. 2021.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRfLJt87pk3TmjrcTDqNJvJ/?lang=pt>. Acesso em: 8 maio 2021.

HEANEY, C. A.; ISRAEL, B. A. Social network and social support. *In*: K. GLANZ; B. K. RIMER; K. VISWANATH. (ed.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. San Francisco, John Wiley & Sons, p. 189-210, 2008.

HEISE L. Violence against women-Global organizing for change. *In*: EDLESON J. L.; EISIKOVITS Z.C. (ed.). **Future interventions with battered women and their families**. Thousand Oaks: SAGE, 1996.

HEISE L.; ELLSBERG M.; GOTTEMOELLER M. Ending violence against women. **Popul Rep**, v. 27, n .4, p. 1-43, 1999.

HEISE, L. Gender-based abuse: The global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 135-145, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FmhrHwn3RK3RZGMzk6kjtGF/?lang=en>. Acesso em: 07 mar. 2022.

HESLER, L.Z. *et al.* Violence against women in the perspective of community health agents. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 180-186, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MWVc63psXP36k7CKSP4YSzp/?lang=en>. Acesso em: 9 abr. 2021.

HIRIGOYEN, M. F. **A Violência no Casal: da coação psicológica à agressão física**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HYMAN, L. *et al.* Primary prevention of violence against women. **Women Health Issues**, Toronto, v. 10, n. 6, p. 288-293, 2000.

JANUÁRIO, I. S. *et al.* Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. *In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*, Natal, n. 13, 2010. **Anais eletrônicos do CBCENF**, Brasília, DF: COFEN, 2010.

JESUS, D. **A violência contra a mulher. 2 ed.** São Paulo: Saraiva, 2015.

KATERNDAHL, D. *et al.* Differences in social network structure and support among women in violent relationships. **Journal of interpersonal violence**, v. 28, n. 9, p. 1948-1964, 2013.

KISS L. B.; SCHRAIBER L. B.; D'OLIVEIRA A. F. L. P. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface**, v. 11, n. 23, p. 485-501, Botucatu, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XgBXZfgPXnRxDcx35nbprHg/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 nov. 2021.

KNUDSEN, S. Intersectionality: a theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks. *In: BRUILLARD, E. et al. (ed.). Caught in the web or lost in the textbook?*. Caen: Iartem, p. 61-76, 2006.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Profile of gender violence by intimate partner. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

KRUG E.G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KRUG, E. *et al.* Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington (DC): OMS: OPAS, 2003.

KYRILLOS, G. M. Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2022.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. *In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 615-634, 2006.

LAVIGNE, R. R.; PERLINGEIRO, C. Das medidas protetivas de urgência – artigos 18 a 21. *In: CAMPOS, C. H. Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LAVIGNE, R. R.; PERLINGEIRO, C.: Das medidas protetivas de urgência – artigos 18 a 21. *In: CAMPOS, C. H. (org.). Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, p. 289-306, 2011.

LEBART, L. **DtmVic 4.3**. Paris: Telecom-Paristech, 2008.

LEITÃO, M. N. C.; Mulheres sobreviventes de violência exercida por parceiros íntimos – a difícil transição para a autonomia. **Rev Esc Enferm, USP**, 2014

LIMA, G. Q.; WERLANG, B. S. G. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, pp. 511-520, 2011.

LOBATO, G. R.; MORAES C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1749-1758, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 9 mar. 2022.

LOREA, R. A. A condição feminina na cultura jurídica brasileira. *Revista Jurídica Consulex*. v. 15, n. 356, p. 26-27, 2011.

MACHADO, L. Z.; MAGALHÃES, M. T. B. Violência conjugal: os espelhos e as marcas. In: SUAREZ, M.; BANDEIRA, L. *et al.* (org.). **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

MADUREIRA, A. B. *et al.* Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 600-606, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/jYG3vKc6tRx8dtGstt3spmB/abstract/?lang=pt>. Acesso

em: 10 out. 2021.

MAIA, C. A. T. *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. **Femina**, v. 28, p. 155-161, 2000.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SCYZFVKpRGpq6sxJsX6Sftx/?lang=pt>.

Acesso em: 2 dez. 2021.

MASSUNO, E. Delegacia de defesa da mulher: uma resposta a violência de gênero. In: BLAY, Eva Alterman (org.). **Igualdade de oportunidades para as mulheres**. São Paulo: Humanitas, p. 25-55, 2002.

MCCAULEY J. *et al.* The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann Intern Med**, v. 123, n. 10, p. 737-746, 1995. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7574191/>. Acesso em: 29 maio 2021.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/abstract/?lang=pt>. Acesso

em: 30 nov. 2021.

MENEGHEL, S. N. (org.) **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

MENEGHEL, S. N. (org.) **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2007.

MENEGHEL, S. N.; BAIROS F. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8RYLXBxBr4zpt4GNN7FwS7Jc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: assassinatos de mulheres no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/C6XjntCBHFNFjXZJ96tGMBN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2022.

MILLER, J. A. Saúde Mental e Ordem Pública. **Curinga**, v. 13, p. 14-24, 1999. Disponível em: https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf. Acesso em: 6 abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ABDALA, C.; SILVEIRA, K. Aplicação da Lei Maria da Penha nas delegacias de mulheres: O caso do Rio de Janeiro. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 4, n. 4, p. 571-600, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7268>. Acesso em: 12 fev. 2021.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MIZUNO, C.; FRAID, J. A.; CASSAB, L. A. Violência contra a mulher: Por que elas simplesmente não vão embora?. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas**, Universidade Estadual de Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/3.CamilaMizuno.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2022.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3f9LYtJbg9XJWLZZ3QXmgtg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 7 jun. 2021.

MOTA, C. P.; MATOS, P. M. Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. **Psicologia & Sociedade**, v. 2, n. 3, p. 367-377, 2008.

MOURA M. A. V.; ALBUQUERQUE N. L.; SOUZA M. H. N. Sociodemographic profile for women who faces the violence and get the support at specialized police stations. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3 p. 435-442, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b45JFNtp4GVRjBTp7y4Zdh/abstract/?lang=en>. Acesso em 18 jan. 2022.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**, v. 37, n. 1, 2006.

OLIVEIRA, A.; ARAÚJO, G. A magia de Bosch: pertencas sociais e formas de percepção e representação da arte. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 17, p. 339-357, 1999. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5927/1/1999_2_339.pdf. Acesso em: 14 dez. 2021.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/hxygmJs8PvY8S54bqn8hdzQ/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doença por coronavírus (COVID-2019)**: relato de situação. Genebra: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008**: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 10 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS, 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington, DC, 2003. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>. Acesso em 10 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Violência y salud**: resolución no XIX. Washington, DC, 1994.

PACHECO, I. C. A. **(in) eficácia das medidas protetivas de urgência Lei Maria da Penha**, 2015.

PAIM, J. Entendo a violência doméstica. *In*: PEREIRA, M.A.E. (org.). Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil: **Protegendo as mulheres da violência doméstica**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, p. 6-11, 2006.

PASINATO, W. Lei Maria da Penha: novas abordagens sobre velhas propostas. Onde avançamos?. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, v. 10, n. 2, p. 216-232, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/6484>. Acesso em: 26 ago. 2021.

PASINATO, W.; SANTOS, C. M. Mapeamento das delegacias da mulher no Brasil. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 2008.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HH7V7gvC4kY9b4gmFBnPrmr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PEREIRA, M. D. *et al.* Movimento #StayHome para contenção de COVID-19: será que é uma opção para grupos em situação de vulnerabilidade social?. **Revista Thema**, v. 18, p. 259-277, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/1821>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PIEROTTI C. F. *et al.* A situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 63, n. 1, p. 12-18, 2018. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/58>. Acesso em: 8 jul. 2021.

PIVA, A.; SEVERO, A.; DARIANO, J. Poder e violência – formas de subjetivação e dessubjetivação. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 2, 63-77, 2007. Disponível em: <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo76.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PRESSER, A. D.; MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, É. A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 126-137, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kfz4cjd7GM4QVNxQLyXGnDp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2021.

QUEIRÓZ, M. I. P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. *In*: LANG, A. B. S. G. (org.). Reflexões sobre a pesquisa sociológica. **Centro de Estudos Rurais e Urbanos**, São Paulo, p. 13-29, 1992.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *In*: SIMSON, O. M. V. (org). **Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1988.

REICHENHEIM M. E. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962–1975, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60053-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60053-6/fulltext). Acesso em: 12 mar. 2021.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa – PB. **Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 52-59, 2011. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/81>. Acesso em: 29 jan. 2021.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGOL-CUADRA, A. *et al.* Percepção de estudantes de enfermagem sobre violênciado parceiro: conhecimentos, crenças e função profissional. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 527–534, 2015.

RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SAFFIOTTI, H. I. B. Gênero e patriarcado. *In*: CASTILLO-MARTIN, M. (org.). Marcadas a ferro. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**, Brasília, DF, p. 35-76, 2005.

SAFFIOTTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, M. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. *In*: MENEGHEL S. N. (org.). **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2007.

SAGOT, M. **Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países**. Washington: OPS, 2000.

SAGOT, M.; SHRADER, E. **La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar: protocolo de investigación**. Washington: OPS, 1998.

SANTANA, A. C. C. S. Desafios da atenção à violência doméstica pela equipe da estratégia de saúde da família. **Ciências Biológicas e de Saúde - UNIT**, Sergipe, v. 5, n. 3, p. 215-220, 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7059>. Acesso em: 14 fev. 2022.

SANTANA, C. F. S. P. **Violência Doméstica Contra a Mulher no Município de Belém do Pará em Contexto de Pandemia da Covid-19**. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública. PPGSP, UFPA, Belém, Pará, Brasil, 2021. Disponível em: https://www.ppgsp.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses_e_dissertacoes/dissertacoes/2019/201921%20-%20SANTANA.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

SANTI, L. N.; NAKANO; A. M. S; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 417- 424, 2010.

SANTOS C. M. Da Delegacia da Mulher à Lei Maria da Penha: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil. **Centro de Estudos Sociais - CES**, Universidade de Coimbra, oficina n. 301, 2008. Disponível em: <https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/301.pdf>. Acesso em 8 jan. 2022.

SANTOS, D. F. *et al.* Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. Universidade Federal do Espírito Santo, **Saúde e Sociedade**, Mar. 2020. v. 30, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jd7SgTXGfGqmkDyB8K7jnCv/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SANTOS, R. B.; BUSSINGUER, E. C. A. A cultura do estupro e o poder disciplinar nos corpos femininos na perspectiva foucaultiana. **Florianópolis: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, 2017.

SCHRAIBER L. B. *et al.* **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: UNESP, 183 p., 2005.

SCHRAIBER L. B. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 41-54, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8RkpfqGrkmNSenzGQkFSXrt/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 9 abr. 2021.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dfSmBBrVThftsfH6xLY573v/abstract/?lang=pt>. Acesso em 30 jun. 2021.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YbkX8mcB3TygL5dtWKVgM7p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Rede Saúde**, n. 19, p. 3-4, 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.L.P. (coord). Violência contra mulher e saúde no Brasil. **Estudo Multipaíses da OMS sobre saúde da mulher e Violência Doméstica**. Departamento de Medicina Preventiva da FM/ USP, 2002.

SCOTT J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** New York: Columbia University Press, Mimeo, 1989.

SILVA L. A. *et al.* Social representations of aging in institutionalized psychiatric patients. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 124-131, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5kYsGqtmQwyFfTTqw3s8Ypg/abstract/?lang=en>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9SG5zGMVt4VFDZtzbX97MkP/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILVA, M. C. M. V. **Rota crítica: os (des)caminhos trilhados por mulheres em situação de violência doméstica na busca por ajuda.** 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-22062009-102249/publico/RotaCritica.pdf>. Acesso em: 7 maio 2021.

SILVA, M. C. S.; CLEONE, M. O impacto do CREAS no combate a violência contra a mulher. **ID on Line - Revista de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 917-929, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1666>. Acesso em: 8 jul. 2021.

SILVA, R. A. *et al.* Facing violence by intimate partner: the experience of women in a urban area of Northeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1014-1022, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fB3N4CpSCKRsMHgyN3myDCN/abstract/?lang=en>.

Acesso em: 10 jan. 2022.

SILVEIRA, L. P. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. *In: Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

SINCLAIR, D. **Understanding wife assault: A training manual for counselors and advocates**. Toronto: Publications Ontario, 1985.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis: violência conjugal e as novas políticas de segurança**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUTO, C. M. R. M. & Braga, V. A. B. Vivências da vida conjugal: Posicionamento das mulheres. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 670-674, 2009.

SOUZA M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. **Mundo Saúde**. v. 36, n. 3, p. 452-60, 2012.

STREY, M. N. (org.). **Psicologia Social Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SUÍÇA. **Global Rapid Gender Analysis for Covid-19 [internet]**. Care International / International Rescue Committee, 2020. Disponível em: https://www.care-international.org/files/files/Global_RGA_COVID_RDM_3_31_20_FINAL.pdf. Acesso em: 2 abr. 2020.

TERRA, M. F. **Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01082017-092540/publico/MariaFernandaTerra.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

TERRA, M. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea Digital**, v. 15, n. 3, p. 109-125, 2015. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v15-n3-terra-doliveira-schraiber/1538-pdf-pt>. Acesso em: 7 mar. 2022.

TRENTIN, D. *et al.* Olhar de profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência sexual: perspectiva da declaração universal de bioética e direitos humanos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, 2019.

TURATO, R. E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNITED NATIONS (UN). **Policy brief: the impact of COVID-19 on Women**. New York: UN Women, 2020.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M.B. (org.). **Psicologia Social**. 7 ed. Lisboa: Fundação Calouse Gulbenkan, 2006.

VASCONCELOS E. M. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In*: FLEURY S.; LOBATO L. V. C. (org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009.

VERARDO, M.T. *et al.* **Estudio sobre salud de las mujeres y violencia doméstica**.

Disponível em:

<http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/violencia_no_relacionamento_amoroso.pdf>. Acesso em: 22 out. 2004.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 52-62, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GXcfNwpDWsKM4rmmnVPf7Ln/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2021.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

VIEIRA, S. S. **Saúde Mental e Atenção Básica: o cuidado como criação de cantos no território**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report highlights violence against women as a “global health problem of epidemic proportions”**. Geneva: 2003.

ZALESKI, M. *et al.* Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Os serviços de saúde no trajeto de mulheres em situação de violência de gênero: a rota crítica das mulheres em busca de ajuda”, do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, da aluna Rosana Maria Menzani, com orientação do Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo.

O objetivo da pesquisa é compreender os trajetos realizados por mulheres em situação de violência de gênero, com especial atenção para o papel dos serviços de saúde no contexto das rotas críticas enfrentadas por elas.

Nesta pesquisa serão incluídas as mulheres referenciadas ao serviço especializado de atendimento a mulheres vítimas de violência do município de São Carlos - SP, maiores de 18 anos, que estejam em condições físicas e/ou psicológicas para responderem às perguntas e que estejam de acordo com os protocolos deste estudo mediante a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E serão excluídas as participantes que não desejarem participar do estudo e que não demonstrem condições físicas e/ou psicológicas para participar da entrevista formulada.

Sua participação nesta pesquisa, consistirá em responder a uma entrevista, com perguntas que serão gravadas e depois transcritas, garantindo sigilo de sua identidade e informações prestadas, havendo a necessidade de autorização explícita da gravação de sua voz mediante a assinatura deste termo.

Você não é obrigada a aceitar o convite e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculada. Você não terá despesas pessoais e compensações financeiras relacionadas à sua participação. Se existir qualquer despesa de transporte e alimentação, ela será ressarcida pelos pesquisadores.

Quanto aos riscos relacionados à sua participação, você poderá se sentir constrangida, incomodada ou desconfortável em responder perguntas relacionadas a esse tema, podendo também julgar as perguntas impertinentes. Caso isso seja observado ou você não se sinta à vontade com alguma questão ou situação, nos comprometemos com o seu acolhimento e encaminhamento para um profissional especialista em situações de violência para que possamos auxiliá-la da melhor maneira possível. Além do mais,

garantimos o seu direito de desistir ou interromper a entrevista imediatamente, sendo suas respostas descartadas. Você também será acolhida pela pesquisadora caso sinta-se prejudicada por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização por danos e assistência completa por questões resultantes de sua participação neste estudo.

É importante ressaltar que não haverá nenhum benefício direto da sua participação nesta pesquisa, porém os resultados obtidos poderão servir para a melhoria na prestação dos serviços de saúde e cuidado para as mulheres em situação de violência de gênero de São Carlos - SP e outros municípios. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outras participantes voluntárias, não sendo divulgada em hipótese alguma a sua identificação.

Você receberá uma via assinada deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora responsável, onde constam o telefone e o endereço da mesma, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, e o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas somente para esta pesquisa. A pesquisadora poderá ser encontrada através do telefone (16) 993794408 e/ ou e-mail: rmenzanni@gmail.com. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar – Via Washington Luiz Km 235, Jardim Guanabara, São Carlos – SP, CEP 13.565-905, Telefone: (16) 3351-9685 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Via Washington Luiz Km 235, Jardim Guanabara, São Carlos – SP, CEP 13.565-905, Telefone: (16) 3351-9685 – e-mail: cephumanos@ufscar.br.

Nome da participante

Assinatura da participante

Pesquisadora responsável - Rosana Maria Menzani

Local e data: São Carlos - SP, _____ de _____ de 2021.

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

DADOS PESSOAIS

Nome:

Idade:

Raça/Cor:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação/situação trabalhista:

Número de relacionamentos conjugais e período:

Número e idade dos filhos:

Programas de Transferência de Renda (se sim, quais):

HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA

1 Como foi sua chegada ao CREAS e quais os motivos que te trouxeram até aqui.

- a. Desde quando começou e há quanto tempo à violência ocorre?
- b. O mesmo aconteceu em outros relacionamentos?
- c. De quais maneiras ocorreu?
- d. Como seu parceiro era com você?
- e. O comportamento dele era o mesmo fora de casa?
- f. De quais formas ele te feriu?
- g. Você consegue contabilizar quantas vezes isso ocorreu?

BUSCA POR AJUDA

1 Quando foi que você decidiu buscar por ajuda e quais os motivos que te levaram a isso.

- a. Quais pessoas e lugares você buscou?
- b. Para quem você contou primeiro sobre a violência?

- c. Como você tomar a decisão de buscar por ajuda?
- d. De quais pessoas e lugares você teve ajuda?

2 Além dessas pessoas e lugares teve mais alguém ou lugar que você também buscou por ajuda?

(Resposta negativa)

- a. Por que não, teve algum motivo?
- b. Você já sabia algo sobre esse lugar e por isso não o buscou?

(Resposta positiva)

- a. Quais pessoas e lugares são estes?
- b. Como você chegou até eles e o que te levou a fazer isso?
- c. Quais destas pessoas e lugares te ajudaram e porque você acha que eles fizeram isso?

3 Ainda sua busca por ajuda, você chegou a buscar apoio em alguma unidade de saúde?

(Resposta negativa)

- a. Por que não, teve algum motivo?
- b. Você sente confiança em serviços e profissionais de saúde para contar sobre isso?

(Resposta positiva)

- a. Como foi pedir ajudar para estas pessoas e lugares?
- b. Você falou sobre isso durante algum atendimento?
- c. O que você falou e como eles reagiram?
- d. Os profissionais e serviços de saúde conseguiram te ajudar? Como foi?

4 Quais são as pessoas e lugares que hoje você se sente segura para contar sobre o que aconteceu?

5 Se você pudesse me descrever como foi o seu caminho em busca de ajuda até chegarmos aqui, como você me descreveria?

a. Você enfrentou dificuldades para ser ouvida?
b. Como você foi recebida pelas pessoas e lugares que buscou?
c. As pessoas e lugares conseguiram compreender o que estava acontecendo com você?

d. Você teve medo ou vergonha de contar para alguém ou em algum serviço sobre as violências que passou? Por quê?

e. Você buscou algum profissional e serviço de saúde para obter ajuda?
f. Por que você procurou (ou não procurou) estes profissionais e serviços?
g. Como foi seu caminho em busca de ajuda? O que as pessoas falaram e fizeram por você?

6 Como você acredita que profissionais e serviços de saúde podem ajudar mulheres que estão em situação de violência?

- a. Você tem alguma sugestão para a atuação deles?
- b. Como você avalia a qualidade do serviço de saúde que você recebeu?
- c. Você acha que foi boa ou foi ruim?
- d. Você acha que te ajudou ou te atrapalhou?

PANDEMIA DE COVID-19

1 Como está sendo este período de pandemia em relação às violências que você sofreu?

- a. Como foi este período para você?
- b. Você passou a sofrer algum abuso que não sofria antes?
- c. As violências foram mais frequentes ou não? Mais intensas ou não?
- d. Como foram essas situações para você?

e. Como era a sua relação com o seu parceiro antes da pandemia? Como é agora?

f. Você realizou isolamento social durante a pandemia?

g. Com quem você estava (o agressor, outra pessoa)?

h. Onde aconteceram esses episódios?

2 Em algum momento você sentiu que estava em uma situação de perigo ou que estava correndo risco de vida?

a. Onde essa situação aconteceu?

b. Como você lidou com ela nesse período?

c. Como a pandemia e o isolamento social impactaram nas suas relações afetivas?

d. Como foi ou como está sendo este período para você?

3 Durante a pandemia, como você descreveria o caminho que você percorreu em busca de ajuda?

a. Com quem você contou para te ajudar?

b. Quem foi sua rede de apoio neste período? Ela aumentou ou diminuiu?

c. Ficou mais fácil ou mais difícil a sua busca por ajuda?

4 Você acha que durante a pandemia os casos de violência contra as mulheres aumentaram ou diminuíram? Por quê?

PERSPECTIVAS DE GÊNERO

1 Você acha que homens e mulheres sofrem violência da mesma maneira? Por quê?

2 Você acha que a violência pode fazer mal para a saúde de mulheres e seus filhos? De quais formas?

3 Em sua opinião, quais seriam as responsabilidades de homens, mulheres, profissionais e serviços, e da sociedade como um todo nas questões que envolvem a violência doméstica contra mulher?

4 Existe mais alguma coisa que não perguntamos, mas que você gostaria de compartilhar porque considera importante? Fique à vontade para nos contar.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os serviços de saúde no trajeto de mulheres em situação de violência de gênero: a rota crítica das mulheres em busca de ajuda.

Pesquisador: Wagner dos Santos Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34147720.4.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.278.252

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como objetivo compreender os trajetos realizados por mulheres em situação de violência de gênero, com especial atenção para o papel dos serviços de saúde no contexto das rotas críticas enfrentadas por elas. Trata-se de uma pesquisa científica qualitativa e exploratória que será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres referenciadas ao Centro de Referência de Assistência Social (CREAS) considerando sua demanda de violência de gênero. Pressupõe-se que a partir da análise temática de conteúdo será possível analisar o papel dos serviços de saúde na rota crítica de mulheres em situação de violência de gênero. Considerando-se esta pesquisa como essencial para a abordagem de estratégias mais efetivas no contexto da saúde e para o fortalecimento da rede de enfrentamento à violência contra a mulher.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os trajetos realizados por mulheres em situação de violência de gênero, com especial atenção para o papel dos serviços de saúde no contexto das rotas críticas enfrentadas por elas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentaram como riscos:

"Quanto aos riscos relacionados a participação, a participante poderá se sentir constrangida,

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.278.252

incomodada ou desconfortável em responder perguntas relacionadas a temática de violência de gênero, podendo também julgar as perguntas impertinentes. Caso isso seja observado ou a participante não se sinta à vontade com alguma questão, nos comprometemos com o seu acolhimento e escuta e, se necessário, encaminhá-la para um especialista em situações de violência de gênero, para que possamos ajudá-la da melhor maneira possível. Além do mais, garantimos o seu direito de desistir ou interromper a entrevista imediatamente, sendo suas respostas descartadas. A participante também será acolhida pela pesquisadora caso sinta-se prejudicada por questões de sigilo, confidencialidade e/ou privacidade ou por qualquer outro motivo no intuito de amenizar eventuais danos."

E como benefícios:

"É importante ressaltar que não haverá nenhum benefício direto para as participantes, porém os resultados obtidos poderão servir para a melhoria na prestação dos serviços de saúde e cuidado para as mulheres em situação de violência de gênero de São Carlos/SP e outros municípios."

PARECER:

Acredita-se que com as readequações realizadas, os pesquisadores atenderam aos critérios éticos apontados nas resoluções vigentes.

Os riscos apresentados e as estratégias que serão lançadas mão para amenizá-los são bastante coerentes com o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes documentos para apreciação ética:

- . PB com informações básicas do projeto;
- . Projeto de pesquisa (com alterações);
- . Cronograma;
- . TCLE (com alterações);
- . Declaração do pesquisador (dispensável);
- . Autorização para o desenvolvimento da pesquisa assinada pela instância competente (Sec. de Cidadania);
- . Folha de Rosto assinada pela Diretoria de Centro.

Os documentos apresentados foram suficientes para o processo de apreciação ética.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.278.252

PARECER:

Os documentos apresentam maior confluência e homogeneidade em suas informações. Os critérios de inclusão e exclusão foram acrescentados ao TCLE bem como a garantia de indenização conforme legislação vigente, atualização dos dados do CEP e os critérios a serem utilizados para amenizar os riscos da pesquisa - também acrescentados no projeto como um todo. Somado a isso, os cronogramas apresentam maior homogeneidade nas versões apresentadas nos diferentes documentos.

Recomendações:

APROVAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO sem maiores considerações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1565175.pdf	06/08/2020 17:27:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa.pdf	06/08/2020 17:26:21	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito
Cronograma	cronograma1.pdf	06/08/2020 17:17:39	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	06/08/2020 13:55:45	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisador.pdf	23/06/2020 18:52:51	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_pesquisa_Cidadania.pdf	08/06/2020 10:51:34	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/06/2020 10:44:21	Wagner dos Santos Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.278.252

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 15 de Setembro de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br