



JASMIM MAGALHÃES DUARTE DE AMORIM

Violência contra mulher: desafios na Atenção Primária de Saúde

Brasília,

Julho de 2023

JASMIM MAGALHÃES DUARTE DE AMORIM

Violência contra a mulher: desafios na atenção primária de saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES), do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) como requisito básico para aprovação na disciplina de Monografia do curso de graduação em Psicologia.
Professor-orientador: Dra. Tânia Inessa Martins de Resende

Brasília

Julho, 2023

Folha de Avaliação

JASMIM MAGALHÃES DUARTE DE AMORIM

Violência contra a mulher: desafios na atenção primária de saúde

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do
Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como
requisito parcial à conclusão do curso de
Psicologia

Orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Brasília, 26/06/2023

BANCA EXAMINADORA

Dra. Tania Inessa Martins de Resende
(Presidente - Orientadora)

Miriam May Philippi
(Parecerista)

Alexandre Cavalcanti Galvão
(Convidado)

*“Para todos aqueles que procuram uma
Casa dentro de casa em especial aos que procuram
desesperadamente.”*
— *Aline Bei, Pequena Coreografia do Adeus*

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, acreditaram em mim quando eu mesma já não acreditava mais, me deram força em meus momentos de fraqueza. E claro, por sempre me proporcionarem o melhor cenário para que eu pudesse me dedicar apenas nos meus estudos.

À minha irmã, que sempre me deu ouvidos, isso me ajudou muito no meu processo de autoconfiança.

Ao meu namorado Gabriel, meu melhor amigo, que esteve comigo desde o primeiro ano de faculdade, e foi por todos esse anos meu porto seguro.

À Psicologia, à todos os meus professores e, em especial à Tânia Inessa, expresso minha gratidão pela sua paciência e confiança.

Resumo

A presente pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo refletir sobre os desafios que a mulher que sofreu violência de gênero encontra na Atenção Primária de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas narrativas com duas mulheres que sofreram violência de gênero e são usuárias da Atenção Primária. As narrativas foram analisadas com base na hermenêutica de profundidade, metodologia composta por três fases: a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação. Foram apresentados os aspectos conceituais de gênero e formas de manifestação da violência de gênero. O contexto histórico de como a violência da mulher se tornou pauta na saúde pública foi discutido, incluindo o papel da Atenção Primária frente a violência da mulher. Posteriormente, foram apresentadas as análises das informações qualitativas das narrativas, onde foram abordados assuntos de como a Atenção Primária esteve presente na vida dessas mulheres e as possíveis razões de não ter sido uma alternativa considerada como uma opção a ser buscada. Por fim, foram apresentadas quais as potencialidades da Atenção Primária no cuidado a casos de violência da mulher e potencialidades e desafios das intervenções grupais.

Palavras chave: Promoção de Saúde, Gênero, Violência da Mulher, Atenção Primária, Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

Introdução	5
Capítulo 1: Conceituando a violência de gênero	7
1.1 Formas de Manifestação da violência de gênero	10
1.2 O ciclo da violência	12
1.3 A morte das mulheres	14
Capítulo 2: Contexto Histórico da Violência da Mulher como questão de Saúde Pública	17
2.1 A discriminação do aborto no Brasil	22
Capítulo 3: O lugar da Atenção Primária como estratégia, no campo da saúde, para o enfrentamento da violência de gênero	25
3.1 Papel da Atenção Primária no combate a Violência da Mulher	27
3.2 O sofrimento da mulher como questão de saúde: a invisibilidade da violência	30
3.3 Comunicação à autoridade de saúde em casos de violência	33
Capítulo 4: Metodologia	39
Capítulo 5: Análise Qualitativa dos Dados	42
5.1 Análise Sócio Histórica	43
5.1.1 A presença da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento das Violências contra as Mulheres no Distrito Federal	43
5.1.2 Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)	44
5.2 Análise Formal	46
5.2.1 Entrevista Narrativa de Ana	48
5.2.2 Entrevista Narrativa de Maria	52
5.2.3 A Relação de Ana e Maria com a Atenção Primária de Saúde	56
5.2.4 A dificuldade em pedir ajuda	59
5.2.5 A importância da nomeação da violência	62
5.3 Reinterpretação	65
5.3.1 A potencialidade da atenção primária no atendimento à vítima de violência	66
5.3.2 Potencialidades e desafios da intervenção grupal	67
Considerações Finais	71
Referências Bibliográficas	72

Introdução

A violência contra a mulher é um problema social complexo e alarmante que persiste em diversas sociedades ao redor do mundo. Trata-se de uma violação dos direitos humanos fundamentais, essa forma de violência abrange uma série de manifestações, incluindo violência física, sexual, psicológica e econômica, que deixam cicatrizes profundas nas vítimas e têm impactos negativos em sua saúde física e mental.

Uma das áreas estratégicas para seu enfrentamento é a atenção primária de saúde. A atenção primária representa o primeiro nível de assistência médica, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na identificação, prevenção, tratamento e encaminhamento adequado das mulheres vítimas de violência .

No entanto, apesar dos avanços na conscientização sobre a questão e das políticas públicas voltadas para o combate à violência contra a mulher, a atenção primária de saúde ainda enfrenta uma série de desafios na abordagem desse problema. Esses obstáculos impactam negativamente a qualidade da assistência prestada às mulheres em situação de violência, limitando o acesso a serviços de qualidade e perpetuando um ciclo de invisibilidade e impunidade. Além disso, as barreiras culturais e sociais, como o estigma e a discriminação, podem dificultar ainda mais a busca de ajuda por parte das vítimas, tornando fundamental a criação de um ambiente seguro e confiável nas unidades de atenção primária.

Esta monografia, portanto, tem como objetivo analisar os desafios enfrentados pela atenção primária de saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, através do

delineamento qualitativo, uma vez que busca compreender as relações produzidas por mulheres usuárias de serviços da rede de atenção primária à saúde entre violência de gênero e saúde mental em seus discursos.

Para construção do trabalho, no capítulo um, apresentei conceitos como gênero e violência de gênero. Neste capítulo, discuti quais são as formas de manifestação dessas violências, a teoria do ciclo da violência e por fim trago conceitualização do feminicídio.

No capítulo dois, contextualizei o contexto histórico de como o assunto violência da mulher se tornou pauta na saúde pública, trago inclusive como se deu a descriminalização do aborto no Brasil, historicamente.

No terceiro capítulo, discuti qual o lugar da Atenção Primária como estratégia de enfrentamento da violência contra a mulher. Para isso, foi discutido qual o papel da Atenção Primária, questões como invisibilidade do sofrimento da mulher foram trazidos como desafios a serem enfrentados e por fim, como funciona a comunicação às autoridades em casos de violência.

Com isso, essa pesquisa busca contribuir para a desnaturalização da violência contra as mulheres e evidenciar sua relevância na formulação de estratégias de combate. Contribuindo com a reflexão sobre as práticas de cuidado direcionadas a essas mulheres. Com base nesses estudos, espera-se aprimorar a atuação dos profissionais de saúde e fortalecer as políticas públicas voltadas para a prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher no contexto da atenção primária de saúde.

Capítulo 1: Conceituando a violência de gênero

A violência contra a mulher é um tema relevante e atual que tem sido discutido em todo o mundo nas últimas décadas. Entretanto, apesar dos avanços sociais e legais, a violência contra as mulheres ainda é um problema grave e recorrente nas sociedades. Neste capítulo é apresentado o conceito de gênero e sua construção histórica, seu impacto social e cultural e uma caracterização dos diferentes tipos de violência contra a mulher, bem como a caracterização do feminicídio.

Scott (1995), em uma análise histórica sobre a definição da palavra "gênero", elucidou que o termo foi utilizado inicialmente pelas feministas norte americanas, com o objetivo de rejeitar explicações biológicas implícitas no uso do termo "sexo", pois acreditavam que dessa forma, o uso do termo "gênero" teria um caráter social sobre os papéis destinados aos homens e às mulheres. Não mais determinismos biológicos implícitos, onde indicam um denominador comum, reduzindo a análise dos sujeitos às diferenças do corpo, principalmente às da genitália (Scott, 1995).

Desse modo, os determinismos biológicos implícitos sustentavam consigo uma ideia que preconiza que mulheres, reduzindo-as em ter a capacidade de dar à luz enquanto os homens possuem capacidade de mais força muscular (Scott, 1995). Koss (2000) defende que essa forma de pensar os sexos indicam posições sociais onde as mulheres ficam com a responsabilidade principal de cuidar das crianças e do trabalho doméstico, enquanto os homens nascem com a responsabilidade de sustentar a família.

Ainda segundo Scott (1995), "esses usos descritivos do termo "gênero" foram empregados pelos/as historiadores/as, na maioria dos casos, para delimitar um novo terreno" (p. 76). Dessa forma, os estudos de gênero tinham como objetivo produzir discussões acerca das desigualdades dessa relação e suas manifestações na sociedade, passam a questionar o

determinismo biológico, já referido anteriormente, e entender que as determinações dos papéis feminino e masculino no cotidiano se dão por meio de construções sociais, reposicionando a discussão no âmbito da organização social da relação entre os sexos. Assim, a categoria gênero surge historicamente para se referir às diferenças culturais entre os sexos.

Scott (1995) destaca, ao citar Davis, “nosso objetivo é descobrir o leque de papéis e de simbolismos sexuais nas diferentes sociedades e períodos, e encontrar qual era o seu sentido e como eles funcionavam para manter a ordem social ou para mudá-la” (p.72). Scott (2010) retoma ao assunto e relata que os estudos acerca do tema, até 1995, foram pautas importantes de pesquisa teórica para as feministas, e acabou por proporcionar uma nova maneira de pensar as relações entre os sexos. Trouxe questões sobre como funções sociais foram designadas para cada sexo, como as normas regulatórias de comportamento sexual foram impostas, como as estruturas simbólicas afetaram as vidas e práticas das pessoas, assim como questões de poder e direitos entre os sexos (Scott, 2010).

Koss (2000) afirma que a desigualdade resultante da construção social que determina, através da divisão sexual de papéis, os campos em que as mulheres podem agir e outros nos quais os homens podem atuar, resultou em uma divisão de trabalho, onde homens e mulheres assumem posições desiguais em termos de poder. Isto importa uma organização social de gênero que é amplamente hierarquizada e que contém em si a violência (Koss, 2000).

Saffioti (2004) entende que o conceito de gênero, embora carregue consigo um caráter social, não é um fator determinante no processo de hierarquização entre os sexos. A autora compreende que os sexos possuem diferenças biológicas que, conseqüentemente, influenciam nos papéis sociais, bem como Scott (1995) mas, para ela, é sob a ordem patriarcal de gênero que devem ser feitas as análises de hierarquia (Saffioti, 2004).

Para a autora, o conceito de patriarcado consiste no poder político concedido aos homens sobre as mulheres (Saffioti, 2004), ou seja, a estrutura patriarcal das relações está

atrelada às estruturas também políticas e econômicas, “do mesmo modo como as relações patriarcais, suas hierarquias, sua estrutura de poder contaminam toda a sociedade, o direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas impregna também o Estado” (Saffioti, 2004, p.54). Dessa forma, as pessoas são socializadas para manter o pensamento estabelecido pelo patriarcado como poder político organizado e legitimado pelo aparato estatal por meio da naturalização das diferenças sexuais.

De acordo com Foucault (2001) citado por Costa (2018), a violência pode ser utilizada como uma ferramenta nas relações de poder, embora os dois fenômenos sejam distintos, eles estão intimamente ligados. Para compreender a violência, é necessário entender como se concebe o poder. Nesse sentido, a violência surge como uma estratégia para manter a estrutura de poder.

A violência, portanto, encontra-se entrelaçada nos estudos de gênero e patriarcado. Saffioti (2004) elucida que, na sociedade patriarcal, existe uma banalização da violência de forma que há uma tolerância e até um certo incentivo da sociedade para que os homens possam exercer sua virilidade baseada na dominação. Dessa forma, é “normal e natural que os homens maltratem suas mulheres, assim como que pais e mães maltratem seus filhos, ratificando, deste modo, a pedagogia da violência” (p.74). No caso do Brasil, existe uma espécie de permissividade social (Saffioti, 2004).

Uma vez que o gênero é uma categoria que influencia intensamente o comportamento e a função do masculino e feminino, e que é determinado socialmente, culturalmente e historicamente a partir de uma estrutura patriarcal que impõe a dominação do homem sobre a mulher, torna-se possível identificar a natureza dos atos de violência praticados contra mulheres. Portanto a violência de gênero é fruto de um processo histórico, entrelaçado, de forma complexa, às categorias de gênero, classe, raça e suas relações com o poder.

Dessa forma, a violência se manifesta como forma de manutenção da subordinação da mulher em relação ao homem. Segundo Zanello (2018), os papéis de feminino e masculino já são pré estabelecidos fazendo-se acreditar que mulheres são naturalmente cuidadoras, já os homens são considerados naturalmente agressivos e fortes. Portanto, a violência sofrida pela mulher é definida como uma violência ligada ao gênero, onde as mulheres sofrem violência pelo fato de serem mulheres.

1.1 Formas de Manifestação da violência de gênero

Entendida em suas diversas representações, a violência contra mulheres pode ser dada de diferentes maneiras e espaços, por isso traz consigo especificações, podendo resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais. As consequências podem ser imediatas, ou até mesmo ocultas, que podem perdurar por anos. Portanto, definir as violências visíveis, sejam físicas, não é suficiente para a compreensão da totalidade de onde essas violências veem, como se dão, e os impactos sobre as vítimas, comunidades e sociedade.

A violência, de acordo com Krug et al. (2002), se trata de um fenômeno existente no meio social, que abrange, atualmente, um amplo espaço na vida cotidiana de muitos indivíduos e principalmente na vida das mulheres. O autor define a violência como “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (Krug, 2002, p.28).

Quando realizada contra a mulher, a violência é nomeada como violência doméstica ou violência de gênero. De acordo com o art. 5º da Lei Maria da Penha, violência doméstica é

“qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

Campos (2016) conceitua cinco tipos de violências, encontradas em diferentes contextos sociais, tais como a violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A chamada violência psicológica é caracterizada por constrangimentos, ameaças, humilhação, manipulação, chantagem, isolamento, ridicularização, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outra situação que cause prejuízo à saúde psicológica (Campos, 2016). Engloba situações em que a vítima é humilhada, sofre ameaças, privação da sua própria liberdade (Schraiber et al., 2005). Esse é um tipo de violência que possui dificuldade de dimensionar, pois engloba aspectos que não são observáveis.

A violência moral é caracterizada por calúnia, difamação, injúria e perturbação da tranquilidade, ofendendo a dignidade da vítima (Campos, 2016). Está relacionado a reputação da vítima, comumente ocorre atrelada a violência psicológica, afligindo a saúde psíquica da mulher (Viza et al., 2017).

A violência física é quando há agressões físicas como espancamento, tentativa ou até mesmo assassinato, podendo ser uma das mais fáceis de serem identificadas, pois podem deixar marcas (Campos, 2016). O assassinato decorrente desse tipo de violência é denominado de feminicídio, que são praticados contra as mulheres por razões de opressão de gênero. No Brasil, em 2023, é registrado um caso de feminicídio a cada seis horas (Brasil, 2023). No Distrito Federal, até março de 2023, já foram registrados 8 assassinatos contra a vida de mulheres (Brasil, 2023).

A violência sexual é qualquer forma de atividade sexual não consentida, constrangendo a vítima com gestos, palavras ou com o emprego de violência, trata-se de uma ação coercitiva, na qual obriga a vítima a realizar atos sexuais contra a sua vontade (Campos, 2016).

Por último, a violência patrimonial ocorre quando há um controle sobre o patrimônio da vítima, seja por ela ser impedida de trabalhar de forma remunerada, apropriação, subtração, destruição dos ganhos financeiros (Campos, 2016).

Minayo (1994) chamou atenção para uma violência embutida na sociedade, imperceptível, que foi determinada pela apropriação desigual de bens e informações, onde existem violências invisíveis e visíveis. As visíveis são aquelas explícitas, como a violência física, por exemplo. Já as invisíveis também fazem parte de uma estrutura, “se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte” (Minayo, 1997, p.8). As estruturas possuem uma influência profunda nas práticas de socialização, pois fazem com que os indivíduos correspondam de forma naturalizada às práticas de violências.

Uma pesquisa realizada no Datafolha, revelou que 35 mulheres foram agredidas física ou verbalmente por minuto no Brasil em 2022. 28,9% (18,6 milhões) das mulheres relataram ter sido vítima de algum tipo de violência ou agressão, quase 6 milhões sofreram ofensas sexuais ou tentativas forçadas de manter relações sexuais e 45% das mulheres vítimas de violência não fizeram nada após sofrer o episódio mais grave (FBSP & Datafolha, 2023).

1.2 O ciclo da violência

Schraiber et al. (2002) relataram que quando a violência ocorre em âmbito doméstico, sendo ela praticada por alguém próximo, muitas vezes não é percebida pela mulher como uma situação de violência concreta. O processo de vínculo em relação ao agressor facilita o

processo na manutenção da relação violenta, principalmente se tratando de um parceiro íntimo (Porto e Bucher-Maluschke, 2012).

Ainda em âmbito doméstico, segundo Porto e Bucher-Maluschke (2012), a vítima pode permanecer em uma situação de submissão diante do agressor devido a vários fatores, tais como: medo, baixa autoestima, dependência emocional, aceitação da violência como algo natural, idealização do casamento e da maternidade, e dificuldade em encontrar soluções para se libertar da situação.

Em 1979, a psicóloga norte-americana Lenore Walker identificou que as agressões cometidas em um contexto conjugal ocorrem dentro de um ciclo repetido, e nomeado como “Ciclo da Violência”.

O Ciclo da Violência é dividido em três fases, sendo elas, aumento da tensão, atos de violência e arrependimento (de Lucena, et al.2016). A primeira fase, chamada de aumento de tensão, ocorre quando o agressor se mostra irritado e tenso, chegando a ter acessos de raiva, dessa forma expressa em insultos, palavras que desmerecem a vítima, deixando-a humilhada e diretamente intimidada. Mostra-se tenso e irritado por coisas insignificantes, chegando a ter acessos de raiva. Essa fase é também caracterizada por ameaças e destruição de objetos (de Lucena et al., 2016). Segundo o Instituto Maria da Penha, muitas vezes, a vítima tende a esconder esses fatos das demais pessoas, pois acredita que fez algo de errado, justificando assim o comportamento violento do agressor. Essa fase pode durar dias ou até mesmo anos, e tende a aumentar, podendo levar à fase 2.

A segunda fase, chamada de ato de violência, é caracterizada pela materialização da violência, onde o agressor chega ao limite do ato violento e corporifica a tensão acumulada na primeira fase (Brasil, 2018).

A terceira fase, a fase do arrependimento, é também conhecida como lua de mel. O agressor tem o objetivo de conseguir se reconciliar com a vítima, além de estabelecer laços de

confiança, dessa forma ele reproduz comportamentos de promessas de mudança pessoal. Dessa maneira, a vítima muitas vezes se envolve pelo agressor, e passa a acreditar que haverá, de fato, um processo de mudança (Lucena et al., 2016). Quando o agressor demonstra remorso, a vítima pode sentir-se responsável por ele, o que acaba fortalecendo a relação de dependência entre eles (Brasil, 2018).

É chamado de Ciclo da Violência, pois ao final da terceira fase a primeira tende a voltar. Porém, as fases ficam cada vez mais intensificadas, podendo na primeira já conter agressões físicas, e quando chega na segunda fase as agressões são mais intensas, podendo chegar a morte (Lucena et al., 2016).

O ciclo da violência é um modelo teórico que descreve os padrões comuns de comportamentos de relações violentas, no entanto, cada situação é única, e algumas podem não se encaixar nesse ciclo.

1.3 A morte das mulheres

Como referido anteriormente, a morte das mulheres não ocorre por acaso e não pode ser classificada como um assassinato qualquer. Em 2015, o feminicídio entrou para a categoria de crimes hediondos, tornando o feminicídio um homicídio qualificado no Código Penal Brasileiro, sob a Lei nº 13.104. Oliveira, Costa e Sousa (2015) acreditam que a inclusão do feminicídio como uma categoria de homicídio demonstra uma mudança na consciência coletiva.

Na América Latina, os termos "feminicídio" e "femicídio" são as terminologias comumente utilizadas para se referir à morte violenta de mulheres por razões de gênero, ambos os termos tiveram origem na palavra inglesa *femicide* e são comumente utilizados como sinônimos (França, 2020). Passos (2019) cita que algumas correntes de pesquisadoras feministas argumentam que o termo "femicídio" não é capaz de abranger a complexidade dos

crimes cometidos contra as mulheres. Isso ocorre porque, originalmente, o termo se refere apenas à morte de uma mulher, não levando em conta a motivação baseada no gênero que a precede.

Já o uso do termo "feminicídio" é considerado mais adequado por englobar a dimensão política desses crimes e por incluir as estruturas estatais que normalizam a misoginia (França, 2020). Dessa forma, o termo "feminicídio" permite uma análise mais ampla e profunda da violência de gênero, possibilitando a implementação de políticas públicas mais efetivas na prevenção e no combate a esse tipo de crime.

Passos (2019), ao citar Tuesta e Mujica (2015), relatou que o primeiro uso registrado do termo *femicide* foi em 1801, pelo escritor anglo-irlandês, John Corry (1770), com a obra *Satirical View of London at the Commencement of the Nineteenth Century* (1801), com o objetivo de se referir ao assassinato de uma mulher.

Em 1976, a pesquisadora Diana Russell, compareceu ao Tribunal Internacional de Crimes contra as Mulheres, na Bélgica, com o intuito de apresentar dados em que assassinatos são motivados pela misoginia, ou seja, as mulheres foram mortas intencionalmente por serem mulheres (França, 2020). Ela, juntamente com a pesquisadora Jane Caputi, reintroduziram o termo feminicídio, que passou a integrar o vocabulário moderno (França, 2020).

França (2020) cita Russell e Caputi (1992) que definem o feminicídio como o extremo do terror antifeminino. Conceito esse que perpassa por abusos verbais e físicos, que vão desde o estupro, a exploração sexual e o assédio, até a maternidade forçada, a cirurgia estética, entre outras formas de violação, abrange tanto os homicídios quanto os suicídios derivados da violência e das condições de discriminação, assim como as ações e omissões que, nesse contexto, provocam a morte de alguma mulher. Dessa forma, trata-se de um conceito abrangente, que abarca toda a morte feminina resultante de violência de gênero. As

autoras acreditam que o termo reforça a ideia de que os assassinatos de mulheres não são à toa, ou seja, não são alheios à problemática de gênero.

O termo traz consigo uma tipologia, com três modalidades, com o intuito de evidenciar a intenção de violência do termo, pois abrange diversas formas e permite desconjuntar o discurso de que a violência contra a mulher é pontual e privada quando, seu caráter social é evidente, vez que reflete as relações de poder historicamente estabelecidas entre os sexos (Borges e Gebrim, 2014).

Para isso, são adotadas classificações, onde os feminicídios se dividem em três categorias: feminicídios íntimos, feminicídios não-íntimos e feminicídios por conexão. O feminicídio íntimo é definido como a forma de assassinato em que a vítima é morta por um homem com o qual ela tem ou teve uma relação íntima, familiar, de convivência ou afim. Essa categoria abrange crimes cometidos por parceiros exclusivamente sexuais ou por aqueles com quem a vítima manteve ou mantém outras relações interpessoais, como maridos, companheiros ou namorados. A segunda classificação, feminicídios não-íntimos, são aqueles cometidos por homens com os quais a vítima não possui relações íntimas, familiares ou de convivência, mas com os quais era ligada por relações de confiança ou hierarquia. Já o feminicídio por conexão refere-se às mulheres que não eram as vítimas virtuais do intento criminoso, mas acabam atingidas (Borges e Gebrim, 2014).

As autoras acrescentam a categoria de feminicídio sexual, que envolve o assassinato de mulheres motivado por desejos sádicos e libidinosos. Nesses casos, as vítimas são frequentemente sequestradas, estupradas, torturadas e abandonadas seminuas em lugares remotos. Esses crimes são caracterizados por uma crueldade extrema e enfatizam o controle masculino sobre os corpos femininos, transformando as mulheres em meros objetos de prazer que são descartados ao final, revelando uma clara manifestação de misoginia (Borges e Gebrim, 2014).

Capítulo 2: Contexto Histórico da Violência da Mulher como questão de Saúde Pública

A violência contra mulheres tem sido sistematicamente pautada pela agenda das políticas públicas de saúde, em decorrência de consensos internacionais de sua crescente relevância como problema de saúde pública. Portanto, este capítulo tem como objetivo apresentar essa contextualização apresentando quais convenções e tratados internacionais foram importantes nesse debate, e como o assunto da violência foi sendo abordado ao longo da história.

Contextualizando a realidade da violência da mulher como Saúde Pública em escala mundial, após a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, foram realizadas diversas reuniões pela Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a temática das mulheres e como elas sofrem as consequências da violência (Vicente, 2017).

Vicente (2017) destaca a I Conferência Mundial da Mulher, realizada na Cidade do México, em 1975, a II Conferência Mundial da Mulher, em Copenhague, em 1980, a III Conferência Mundial da Mulher, em Nairóbi, no ano de 1985 e a IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, em 1995.

A I Conferência Mundial sobre a Mulher teve como objetivo central a eliminação da discriminação contra as mulheres e o seu avanço social, com o lema *Igualdade, Desenvolvimento e Paz*. Os principais destaques dessa conferência, segundo Rubim (2012), foram a relação da opressão das mulheres às desigualdades de gênero, o incentivo aos governos a eliminar a violência contra as mulheres e o surgimento do termo “violência contra mulheres” (Rubim, 2012 ao citar Weldon, 2006).

Além disso, estabeleceu a *Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres* (CEDAW), que apenas entrou em vigor em 1981.

Monteiro (2005) acredita que após a publicação da CEDAW, a violência contra as mulheres

passou a ser reconhecida oficialmente como um crime contra a humanidade, considerada por Lopes (2005) como "carta dos direitos humanos das mulheres" (p. 162).

A II Conferência Mundial da Mulher, realizada em Copenhague em 1980, teve como lema *Educação, Emprego e Saúde* e destacou a falta de participação dos homens no processo de igualdade, a falta de vontade política dos Estados para enfrentar as desigualdades de gênero, a escassez de mulheres em posições de liderança, o baixo investimento em serviços sociais de apoio, entre outros fatores (Brasil, 2010)

A III Conferência Mundial sobre a Mulher com o tema *Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000*, declarou que todos os problemas humanos eram também problemas das mulheres, dessa forma, elas teriam o direito legítimo de participação no processo de tomada de decisões. Identificou áreas de atenção para mulheres e crianças, como violência, pobreza, saúde e educação. E, insistiu-se que os governos aumentassem os serviços para mulheres, e considerassem legalmente responsáveis os perpetradores de violência (Rubim, 2012).

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, com tema central *Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz*, foram estabelecidas 12 áreas de preocupação sobre os direitos de mulheres e meninas, sendo elas: Mulheres e pobreza; Educação e Capacitação de Mulheres; Mulheres e Saúde; Violência contra a Mulher; Mulheres e Conflitos Armados; Mulheres e Economia; Mulheres no Poder e na liderança; Mecanismos institucionais para o Avanço das Mulheres; Direitos Humanos das Mulheres; Mulheres e a mídia; Mulheres e Meio Ambiente; Direitos das Meninas. Para cada uma dessas áreas, foram propostos objetivos estratégicos e medidas específicas para atingi-los, dando-se especial atenção aos grupos mais vulneráveis em cada um desses aspectos (Brasil, 2010).

Ainda na quarta conferência, a violência contra as mulheres foi definida como todo o ato de violência baseado no gênero,

todo o acto de violência baseado no género, do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual e psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais actos e coacção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada, constituindo uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. (Azambuja e Nogueira, 2008 citado por Vicente, 2000, p. 47-48)

Um dos temas abordados foi a falta de padronização de pesquisas realizadas pelo mundo sobre situações de violência contra mulher. Essas pesquisas foram feitas por estratégias e metodologias diferentes, de acordo com as realidades e possibilidades locais, resultando em uma difícil compreensão da real dimensão do problema, dificultando assim estabelecer programas efetivos de prevenção (Azambuja e Nogueira, 2008).

Também foi feita a *Declaração de Pequim*, documento que constitui uma estratégia mais fundamentada em termos de ações e conceituações a esse respeito, sendo considerada a cartilha fundamental em termos internacionais no domínio da identificação das principais áreas estratégicas de ação no sentido de corrigir as desigualdades de género (Azambuja e Nogueira, 2008).

Porém, apenas em 2000, a ONU organizou uma Sessão Especial para Avaliação da Declaração de Pequim, processo que culminou com a aprovação de uma declaração política de reafirmação dos compromissos contidos no documento de 1995 (Lopes, 2005).

Rubin (2012) acredita que as

Conferências Mundiais sobre as Mulheres tiveram um papel importante em colocar a público, internacionalmente, os problemas vividos pelas mulheres; de incentivar a criação de um maior número de instituições feministas, promover um crescimento do movimento feminista mundial; de abrir espaços para debate, criar

plataformas de ação para o empoderamento feminino, que por sua vez, contribuíram para a criação de leis nacionais e internacionais de proteção à mulher. (p. 80)

Em 1993, houve a *Conferência sobre os Direitos Humanos*, realizada em Viena.

Também foi um marco histórico para o direito das mulheres, pois surgiu a Declaração de Viena para a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Azambuja e Nogueira, 2008).

A Conferência salientou a importância de se trabalhar no sentido da eliminação da violência contra as mulheres na vida pública e privada. São de âmbito privado as que podem ser praticadas por membros da família, abrangendo as agressões físicas e psicológicas, as sevícias sexuais infligidas às crianças do sexo feminino, violação conjugal, mutilações genitais e outras práticas tradicionais, bem como exploração econômica (Azambuja e Nogueira, 2008). As violências ocorridas no âmbito público são violação, intimidação sexual e intimidação no local de trabalho, ensino ou outras instituições, proxenetismo e prostituição forçada, ou a violência perpetuada pelo Estado, seja por negligência ou falta de respostas dos serviços institucionais (Azambuja e Nogueira, 2008)

Em meados de 1990, os debates políticos e sociais incorporam a vulnerabilidade feminina como ponto crítico no planejamento das novas políticas de controle. Nesta década, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), inicia um processo explícito de caracterização do que é a violência, pois, até então, a classificação internacional de doenças atribuía como “causas externas” a casos de suicídio, homicídio e acidentes fatais (Minayo, 2006).

Minayo (2006) destaca que uma das principais conclusões tiradas deste encontro foi a constatação de que a violência se tornou endêmica, causando um grande número de vítimas e deixando sequelas físicas e psicológicas significativas. Por isso, a responsabilidade pelo atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das vítimas de violência recai sobre o setor de Saúde Pública.

Foi então que em 2002, a OMS produziu um Relatório mundial em que o termo "causas externas", tradicionalmente usado para categorizar o tema na Classificação Internacional das Doenças e Agravos (CID), foi substituído pela expressão "Violência e Saúde" (Minayo, 2006).

Em 1997, a fim de superar o obstáculo, no já citado encontro em Pequim, onde um dos temas abordados foi a falta de padronização de pesquisas a respeito da violência da mulher, a OMS organizou um estudo articulado e padronizado entre 10 países a respeito da saúde das mulheres e suas vivências no âmbito doméstico (Schraiber et. al, 2007).

O levantamento preliminar expressou que a violência praticada contra as mulheres é um fenômeno universal, comumente perpetuado por pessoas próximas da vítima, até mesmo seu próprio cônjuge (Schraiber et. al, 2007). A pesquisa também trouxe como dado, que de modo geral, percebe-se uma maior probabilidade de tal grupo em desenvolver depressão juntamente com tentativas de suicídio, transtornos psicossomáticos, dores crônicas, transtornos gastrointestinais, ferimentos físicos, além de diversos complicadores para a saúde reprodutiva (Schraiber et. al, 2007).

A participação do movimento de mulheres brasileiras na introdução da violência como tema de saúde no Brasil teve expressão fundamental na construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), decretado no ano de 1983 (Louzada, 2007).

Embora não tenha abordado diretamente a questão da violência, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) se concentrou inicialmente na saúde reprodutiva, criticando a maneira como as mulheres eram tratadas nas práticas de saúde. O programa propôs uma perspectiva de saúde reprodutiva como um movimento contracultural ao projeto biomédico, que reduzia o corpo feminino às suas partes com capacidade reprodutora, ignorando outras necessidades de saúde (Louzada, 2007).

A abordagem materno-infantil da saúde da mulher enfatizava a maternidade e identidade maternal, tornando as questões das mulheres inseparáveis das questões da infância. Com o lema "*nosso corpo nos pertence*", a Saúde Coletiva propôs uma nova abordagem integral da saúde da mulher, reconhecendo suas múltiplas necessidades em saúde e elaborando o PAISM. Sendo assim, a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais, juntamente com o trabalho voltado para a resolução de conflitos de gênero, desempenham um papel fundamental no fortalecimento das mulheres e na emancipação de todos os usuários e profissionais envolvidos (Louzada, 2007).

2.1 A discriminação do aborto no Brasil

Schraiber et. al (2007) afirmam que o tema violência contra mulher, no âmbito da Saúde Pública, emerge primeiro com a prática médica do aborto legal.

O Código Penal Brasileiro, desde 1940, não considera crime a interrupção de uma gestação para mulheres vítimas de violência, ou aquelas que corriam risco de vida, conforme artigo 128. Porém não são apenas nesses casos em que o aborto é realizado, Adesse, Monteiro e Levin (2008) apontam que a tipificação do aborto como delito (quando não há risco de vida ou o ser fruto de uma violência) não impede que a mulher provoque o aborto, mas ocasiona a realização da prática de forma clandestina.

De acordo com Cúnico et al (2014), a elevada taxa de mortalidade materna associada à prática do aborto tornou-se um problema de saúde pública. Isso se deve ao fato de que o aborto ilegal é considerado um crime, levando muitas mulheres a recorrer a métodos clandestinos que podem ser extremamente perigosos e colocar sua saúde em risco.

De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (2005), o abortamento inseguro é caracterizado pela interrupção da gravidez realizada por pessoas sem a

competência necessária e/ou em um ambiente sem os requisitos mínimos. Isso significa que são considerados abortamentos inseguros aqueles que são realizados sem o acompanhamento de profissionais médicos capacitados e sem as condições higiênicas adequadas, o que pode ter um impacto direto na qualidade de vida da mulher. Portanto, Santos (2013) argumenta que a criminalização e a clandestinidade do aborto têm como consequência o aumento dos casos de abortamento inseguro.

Segundo Soares (2003), apenas em 1989, o Brasil implantou pela primeira vez um serviço de atendimento às vítimas de violência sexual, aproximando o setor saúde da violência contra a mulher. Foi no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya, em Jabaquara São Paulo, que o primeiro serviço do SUS oferecia aborto seguro.

Posteriormente, vários outros serviços se seguiram, com aumento significativo apenas em 1999, quando o Ministério da Saúde revisou o *Regulamento Técnico sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos por Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*, com diversas reedições seguintes (D'Oliveira, 2009).

O objetivo do desenvolvimento das Normas Técnicas é auxiliar os profissionais de saúde a atuarem de forma qualificada durante as ocorrências de violência. É entendido que as mulheres são as principais vítimas da violência sexual e, portanto, não devem ser vistas de forma isolada ou descontextualizadas (Brasil, 2012).

A Norma Técnica traz números que incluem uma mulher agredida a cada 15 segundos no Brasil, um terço das mulheres do mundo são agredidas e/ ou abusadas sexualmente, um quarto das mulheres do mundo são vítimas de violência de gênero e perderam um ano de vida. No Brasil, 23% das mulheres sofrem violência doméstica e 70% dos crimes contra mulheres ocorrem em casa e são cometidos por seus próprios parceiros ou maridos (Brasil, 2012).

Sabe-se que a violência sexual tem impacto na saúde física e mental, seja por meio de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, depressão ou até mesmo distúrbios psicossomáticos.

O Ministério da Saúde criou um protocolo de atenção à violência sexual para mulheres em idade reprodutiva, detalhando a Anticoncepção de Emergência (AE), visto que a gravidez decorrente da violência sexual representa uma outra forma de violência, e com a utilização de AE alguns casos podem ser evitados. Como, o manejo de doenças sexualmente transmissíveis não virais, as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV), medicação antirretroviral para hepatite B e Vírus da imunodeficiência humana (HIV), gravidez indesejada e procedimentos para a interrupção de gravidez (Brasil, 2012).

Além desses protocolos, destaco, a partir da leitura do nome do documento, a citação de instalação de área física fora do espaço do pronto socorro, ou da triagem, com o propósito de garantir privacidade para essas vítimas. Atendimento interdisciplinar, capacitação e sensibilização desses profissionais, a fim de que a reflexão coletiva sobre a questão da violência de gênero seja favorecida. Comprometimento do sigilo ético profissional, avaliação de riscos e encaminhamento.

Segundo Ramírez-Gálvez (2005), o cerne das lutas feministas pelo direito ao aborto reside nos direitos humanos fundamentais das mulheres, em particular, nos direitos reprodutivos e sexuais. Através da autonomia no campo reprodutivo, o movimento feminista defende a capacidade das mulheres de regular sua reprodução e sexualidade.

Entendido como o assunto da violência da mulher se tornou pauta nas questões de saúde, iremos discutir no próximo capítulo qual o papel da Atenção Primária frente a questões de violência.

Capítulo 3: O lugar da Atenção Primária como estratégia, no campo da saúde, para o enfrentamento da violência de gênero

A Atenção Primária à Saúde (APS) surge como uma importante estratégia para a abordagem da violência de gênero, uma vez que é o primeiro nível de atendimento em saúde. Neste capítulo, irei apresentar como ocorreu a implementação da APS no Brasil e os motivos de seu papel estrategicamente importante para o enfrentamento da violência contra a mulher. Assuntos como invisibilidade da violência e notificação compulsória também serão apresentados, pois revelam dados importantes em relação ao alcance das políticas públicas para o enfrentamento da violência contra mulher.

A ideia da Atenção Primária à Saúde foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde, citada em um documento inglês chamado Relatório Dawson, em 1920 (Lino et al., 2016). Modelo esse que propunha a reestruturação dos serviços de saúde segundo os níveis de complexidade, organizando o modelo de atenção em centros de saúde primários, serviços domiciliares, centros de saúde secundários e hospitais de ensino, como forma de hierarquizar dos níveis de atenção à saúde (Lino et al., 2016).

O relatório concebía o modelo de atenção da seguinte forma, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção

secundária, onde haveriam especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia (Lino et al., 2016).

No Brasil, a implementação desses princípios foi concretizada por meio da criação do SUS em 1988 e por suas reformas, incluindo a priorização da APS como abordagem fundamental. Essa iniciativa teve origem no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que surgiu na década de 1970 com o objetivo de combater as desigualdades e tornar a sociedade mais inclusiva. Para alcançar esse objetivo, foram necessárias mudanças no setor de saúde para promover a democratização (Souto e Oliveira, 2016).

Segundo Brehmer e Ramos (2016), o modelo vigente da época era hospitalocêntrico, significa que a atuação era centrada nas especialidades médicas, onde tinham por objetivo promover a cura, sob perspectiva de doença. Porém, o MRSB defendia a necessidade de se implantar uma assistência de saúde integral, universal e com participação social, focando não apenas na cura das doenças, mas também na prevenção e promoção de saúde (Brehmer e Ramos, 2016).

Em 1988, com a publicação da Constituição Federativa do Brasil a saúde se efetivou enquanto um direito universal, sendo um direito de todos e um dever do estado (Brehmer e Ramos, 2016). Em 1990 foi criada a lei nº 8.080 que regulamenta o SUS em todo o território nacional, contendo os seguintes princípios: Universalização, Integralidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular.

O portal no Ministério da Saúde define a Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de atendimento em saúde, composta por uma série de ações que englobam tanto a saúde individual quanto a coletiva. Tem como objetivo promover e proteger a saúde, prevenir doenças, diagnosticar, tratar, reabilitar, reduzir danos e manter a saúde de forma integral, com o intuito de melhorar a situação de saúde das comunidades.

Sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), funciona como um meio de comunicação com toda a Rede de Atenção, seguindo os princípios propostos e servindo como um filtro que organiza o fluxo dos serviços nas redes de saúde, desde os mais simples até os mais complexos (Brasil, 2016).

O processo de descentralização do cuidado tem como objetivo investir na prevenção e no monitoramento de doenças em seus estágios iniciais, dessa forma, é possível evitar que a população busque atendimento apenas em casos graves, diminuindo a demanda dos hospitais e das unidades de pronto-atendimento. Por esse motivo, a abordagem da APS deve ser o foco de todas as ações relacionadas à saúde (Brasil, 1996).

Entendido qual o papel da Atenção Primária no Brasil, qual então seu papel no combate à violência da mulher?

3.1 Papel da Atenção Primária no combate a Violência da Mulher

Em 1996, a resolução *WHA 49.25, World Health Assembly*, estabeleceu que a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública. Uma das práticas citadas para a campanha de promoção da saúde para alertar sobre o problema da violência foi “caracterizar os diferentes tipos de violência, definir sua magnitude e avaliar suas causas e as consequências para a saúde pública utilizando, inclusive, uma perspectiva de gênero” (Krug, 2002, p. 21).

O Relatório Mundial sobre Saúde e Violência (Krug, 2002, p.28) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência vem sendo caracterizada na área de saúde, no Brasil, como demanda para atenção integral da população (d'Oliveira, 2009). Esse fenômeno complexo interfere diretamente nas condições de qualidade de vida da população. Sendo assim, é importante que a rede de saúde assuma esta questão como um desafio emergencial, já que a violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multifacetado e não pode ser resolvido somente em políticas públicas que incentivem a práticas denunciantes e sim do reconhecimento que essas mulheres precisam de um espaço de cuidado sem julgamentos prévios para se fortalecerem como cidadãs ativas e conseqüentemente identificarem e romperem com o ciclo de violência (d'Oliveira, 2009), explicitado anteriormente.

Diante desse cenário, segundo o portal do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) seguindo os princípios do SUS, já relatados anteriormente, assume um papel importante como estratégia para a prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às vítimas. Além de ser uma das principais portas de entrada para as mulheres que vivem em situação de violência (Pimenta, 2011).

Segundo Carneiro, Souza, Godinho, et al (2012), as práticas de promoção da saúde trazem avanços em relação às propostas de prevenção, ao propor um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito em busca de autonomia, dessa forma o processo de trabalho dos profissionais deve contemplar a interdisciplinaridade, a criação de vínculos, a intersetorialidade e o fortalecimento de uma gestão local democrática. Deve ainda potencializar indivíduos e comunidades no exercício da cidadania voltada para a melhoria das condições de vida, com poder de decisão na formulação de políticas públicas, integração social e capacidade de participar da vida social (Carneiro, Souza, Godinho, et al 2012).

Dessa forma, se a promoção de saúde se torna um grande aliado no combate à violência, pois, além do caráter preventivo, tem como objetivo realizar ações que visem à conscientização da população sobre os diversos tipos de violência e suas conseqüências. Ao

adotar uma abordagem multidimensional, que reconhece o usuário como um sujeito em busca de autonomia, os profissionais de saúde podem contribuir para fortalecer a cidadania e capacidade de participação das mulheres na vida social, promovendo a integração social e a melhoria das condições de vida. Além disso, a interdisciplinaridade, a criação de vínculos e a intersetorialidade são aspectos fundamentais para uma abordagem efetiva e integral da violência contra as mulheres.

Tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos pronto-socorros e hospitais, é comum encontrar mulheres que utilizam o serviço de saúde com frequência acima da média (Minayo, 2006). Essas mulheres apresentam queixas inespecíficas e sintomas relacionados a transtornos psíquicos ou recorrência de traumas, que muitas vezes estão associados à exposição à violência. Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde realizem uma escuta qualificada e conheçam a rede de enfrentamento à violência em sua localidade, para realizar os encaminhamentos necessários de forma adequada (Minayo, 2006).

De acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde (2012), *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, já explicitada anteriormente no Capítulo 2, é importante que, dentro da atenção primária, seja garantido o acolhimento da mulher vítima de violência, por meio de um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde. É importante que essas mulheres sejam escutadas, acolhidas, tratadas e encaminhadas conforme suas demandas, sempre respeitando sua autonomia. A equipe de saúde deve acolher também os familiares, propiciando espaços de escuta também na comunidade, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar estratégias de enfrentamento e prevenção.

3.2 O sofrimento da mulher como questão de saúde: a invisibilidade da violência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as diferenças de poder e controle que homens e mulheres têm sobre diversos aspectos de suas vidas, como a posição social, o status e o tratamento na sociedade, podem afetar a saúde mental. Essas diferenças estão diretamente relacionadas ao gênero, o que torna a própria condição feminina um potencial fator de risco para a saúde mental das mulheres. Além disso, as mulheres são constantemente expostas a múltiplas demandas em seu cotidiano, o que também contribui para o surgimento de problemas de saúde mental (OMS, 2015).

A autora Rodrigues (2005) cita Butler (1990) apontando que o gênero se trata de uma performance, onde a repetição estilizada dos atos vão aos poucos se tornando cristalizadas. Repetição essa, que segundo a autora, não se dá livremente, há uma estratégia de sobrevivência, a qual sugere existir uma situação de coação social, claramente punitiva, na qual esta performance se dá. Assim, o tornar-se mulher ou o tornar-se homem, em nossa sociedade binária, seria “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (Butler, 1990, p. 300) de “mulher” ou de “homem”.

Ao compreender que existem papéis de gênero compartilhados socialmente, torna-se possível entender que o sofrimento psíquico, em muitos casos, está relacionado a esses papéis, que frequentemente são impostos às mulheres. Isso gera uma sobrecarga de demandas às quais as mulheres são chamadas a responder, impactando negativamente a sua saúde mental. Butler (1990) cita “do reconhecimento de que minha dor, meu silêncio, ou minha cólera, ou minha percepção não são finalmente somente minhas e que me localizam em uma situação cultural compartilhada que me permite então habilitar-me e me capacitar em vias insuspeitáveis” (p. 301).

Compreende-se, portanto, que a experiência da saúde mental é influenciada pela construção social e incorpora os valores e normas da sociedade em questão. Em outras

palavras, apesar de parecer uma experiência individual, ela também reflete padrões moldados por configurações sociais específicas, como as relações de gênero. Esses padrões e expectativas relacionados às condições de homens e mulheres são comuns e impactam na vivência da saúde mental.

Além disso, Zanello, Fiuza e Costa (2015) citam Santos (2012) defende que as teorias psicológicas e psiquiátricas que fundamentam os tratamentos em saúde mental também contribuem para esse contexto. Em uma perspectiva de gênero, Santos (2012) acredita que elas podem apresentar uma perspectiva reducionista e positivista, desconsiderando fatores culturais, econômicos e sociais na produção de sofrimento mental. Portanto, a hegemonia do modelo biomédico no campo da saúde mental defende a eliminação dos sintomas como forma de reduzir o sofrimento psíquico e promover o bem-estar, sem considerar, muitas vezes, adequadamente as questões de gênero (Zanello, Fiuza e Costa, 2015)

Zanello, Fiuza e Costa (2015) afirmam que estudos no campo da saúde mental na perspectiva das relações de gênero ainda é muito novo, diante disso, ao considerar essa perspectiva, haverá uma releitura da classificação diagnóstica e até mesmo uma mudança nos índices epidemiológicos que conhecemos.

Trata-se, neste caso, de apontar o caráter gendrado dos sintomas (modo como este se manifesta), isto é, que os sintomas não são signos motivados e imediatos (como seriam os sintomas médicos), mas antes dependem de uma semiótica própria, na qual as relações de gênero são fatores fundamentais, presentes em seu aspecto patoplástico (Zanello, 2019 p.1).

Portanto, Zanello (2019), ao citar Santos (2012), afirma que um ponto importante do entendimento da saúde mental através do viés de gênero, é de resgatar a fala do sujeito, não apenas em seu sofrimento individual, mas uma fala marcada pelo lugar social desde o qual se fala.

Em muitos casos, mulheres que sofrem violência não apresentam o ato violento como queixa principal no atendimento de saúde, Carvalho e Coelho (2005) comentam sobre como as mulheres frequentemente silenciam suas mágoas, decepções e frustrações em nome da manutenção de vínculos afetivos.

Santos (2012) defende que existem muitas formas de expressão de mal-estar, por parte de mulheres que estejam envolvidas em situações de violência. Dessa forma, a presença da violência pode ser frequentemente ignorada pelos profissionais da saúde, seja por não se apresentarem como quadros agudos que demandam claramente intervenção profissional, ou por não comporem um quadro diagnóstico claro (Santos, 2012). Acrescento também o despreparo dos profissionais de saúde para abordar questões de violência.

Corroborando com o entendimento da invisibilidade da violência, Garcia (1985) afirma que várias situações do cotidiano das mulheres são interpretadas como aspectos da "loucura feminina" (p. 129), e essa interpretação representa um universo de compreensão restrito e contraditório em relação aos sentimentos e afetos considerados característicos da realidade feminina. Diante disso, no âmbito da saúde mental, pode-se argumentar que há diferenças nos critérios de diagnóstico de doenças mentais entre homens e mulheres (Garcia, 1995). Isso se deve em grande parte à ética de saúde mental que ainda é predominantemente masculina e aborda o ser humano em geral, sem considerar as particularidades femininas (Garcia, 1995).

Como aponta Garcia (1994), “ser mulher em uma sociedade profundamente patriarcal leva a um número desproporcional delas a entrar em colapso” (p. 115). O distúrbio psíquico configura-se “como a exasperação das condições de vida da mulher, pois, na loucura, ela deixa de procurar a razão de seu mal-estar nas suas condições de existência e mostra, através do sofrimento que é a situação de surto, a opressão interior e a perda de qualquer poder sobre si mesma” (p. 119).

A construção social da loucura feminina, influenciada por estereótipos, é marcada por relações de dominação e subordinação, já que o sujeito considerado "louco" tem suas vozes silenciadas em relação às suas vivências. A loucura é representada de forma genérica e despersonalizada, sem levar em conta as particularidades das pessoas que lidam com aflições psíquicas (Garcia, 1995). Portanto, essas mulheres são frequentemente desacreditadas e estigmatizadas, tendo sua experiência reduzida a uma patologia sem levar em conta os aspectos sociais, culturais de violência de gênero que podem estar envolvidos.

3.3 Comunicação à autoridade de saúde em casos de violência

As autoras Kind et al (2013) revelam que a procura por mulheres nos serviços de saúde por efeitos diretos de agressões ou “queixas vagas” muitas vezes não abordam diretamente a situação de violência, e isso corrobora com a invisibilidade da violência que está presente nos serviços de saúde, os efeitos da agressão e as queixas vagas são tratados de forma pontual, sem necessariamente entrar em contato com a causa desses problemas.

Kind et al (2013), citam estudos de como Schraiber (2009), Oliveira (2007) e Cavalcanti (2006), e destacam algumas informações relevantes para o processo de invisibilidade da violência da mulher nos serviços de saúde. Alguns profissionais da saúde relatam não se sentirem confiantes em prestar assistência às mulheres em situação de violência. Ferrante et al (2009) cita que

Chama a atenção que vários profissionais partem do pressuposto de que não há nada a ser feito, uma vez que as mulheres e/ou os serviços e/ou as delegacias de polícia não colaboram. Desse modo, subestimam a importância da detecção e encaminhamento, bem como o trabalho em rede. (p 296)

As autoras Kind et al (2013) destacam que esses estudos relataram que muitos profissionais de saúde não tomam a violência da mulher como motivo de saúde pública, pois a própria formação médica corrobora com tal atitude (Kind et al 2013). Ferrante et al (2009) a partir de suas pesquisas, destacam

A falta de capacitação é (...) como uma barreira para o atendimento dessas mulheres, uma vez que muitos deles reforçam a necessidade de um treinamento voltado especificamente para os casos de violência de gênero. Esse achado é congruente com outros estudos, como os de Rodríguez-Bolaños et al. (2005), Schraiber et al. (2003, 2002) e Schraiber e D'Oliveira (1999). (p. 295)

Uma das consequências, além do impacto na qualidade e capacidade de atuação dos profissionais de saúde no cuidado das mulheres e enfrentamento à violência contra as mulheres, é a subnotificação. As estratégias de registro de informações, por mais que necessitem de mais aprimoramentos, são de extrema relevância pois contribuem com dados que ajudam a dimensionar a magnitude da violência contra a mulher.

A notificação compulsória é um instrumento indispensável para a estruturação de dados estatísticos relacionados às diversas formas de se praticar atos violentos, especificando a violência doméstica contra grupos em situação de vulnerabilidade, viabilizando desta maneira a notoriedade de um fenômeno muitas vezes esquecido (Ávila, 2017).

A portaria n. 1271 do Ministério da Saúde define a notificação compulsória como “comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal” (2014, p.67).

Segundo Teixeira et al. (2014), o sistema de vigilância que atua nesta área tem dentre seus objetivos produzir informações estratégicas e de maior confiabilidade, monitorando as

transições, a magnitude e a distribuição da mortalidade, morbidade, tanto quanto impactos psicológicos nas vítimas. Dessa forma, propicia a identificação de novos fatores de risco e formulação de possíveis vieses causais.

Esse formato notificante reside na obrigação do estado em construir políticas públicas que assegurem a proteção integral de todas as pessoas submetidas a situações de violência (Teixeira et al., 2014).

O artigo 5o da Lei n. 10.778/2003 deixa explícito que em situações nas quais não ocorrer a notificação compulsória em casos de violência contra a mulher será caracterizado infração administrativa e criminal (Brasil, 2003). O artigo 66 da Lei de Contravenções penais prevê penalização de multa para indivíduos que negligenciam o comunicado.

Há uma ficha que determina como deve ser o padrão de notificação em todo território nacional, na qual deve ser preenchida na respectiva unidade de saúde e posteriormente encaminhada para a secretaria municipal responsável. As informações apresentadas devem ser consolidadas e logo encaminhadas à secretaria do estado onde será enviada a secretaria de vigilância em saúde no Ministério da Saúde (Ávila, 2017).

Alguns dos dados do preenchimento da ficha são, data e hora da ocorrência do evento, local da ocorrência, quantas vezes, se ocorreu violência sexual, quem praticou a violência, quais consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação, encaminhamento, entre outros (Brasil, 2016)

Mediante tal modelo, nota-se certa resistência por parte do corpo de saúde em seguir a padronização e realizar a notificação da forma como é descrita, por conta da falta de um diagnóstico sensível da situação de abuso doméstico, falta de capacitação por ainda ser um assunto com pouco visibilidade e muitas vezes negligenciado, tanto quanto o receio de retaliação e o envolvimento em situações que podem gerar a exposição do profissional de saúde que comunicou o caso aos órgãos responsáveis (Ávila, 2017).

Em um estudo realizado em 2016, com o tema "*Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher*", as autoras Caetano et al. apresentaram dados como

Apenas 38,9% dos profissionais confirmaram a disponibilidade das fichas de notificação nos locais em que trabalham e 37,7% não souberam se a notificação, de fato, é realizada em seus serviços. A dificuldade no preenchimento da ficha de notificação foi revelada por 40,9% dos profissionais. Tal dificuldade foi associada, sobretudo, à extensão da ficha (29,2%) e à falta de tempo para o seu preenchimento durante o atendimento (25,9%). Percentual de 18,3% dos participantes alegou medo das implicações com o Judiciário ao se fazer a notificação. (p. 316).

As autoras (Caetano et al., 2016), concluem, portanto, que apesar de ser claramente exigida a notificação de casos de violência, a subnotificação ainda é um problema grave nos serviços de saúde do Brasil. A obrigatoriedade institucional e legal de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência foi estabelecida para combater a invisibilidade da violência. As autoras entendem que muitas vezes a notificação não é realizada devido à falta de conhecimento da disponibilidade da ficha de notificação nos locais de trabalho, dificuldade de compreensão dos termos contidos na ficha ou falta de tempo para preencher devido à sua extensão (Caetano et al. 2016).

Atrelada ao cenário exposto, enquanto a notificação compulsória é interna ao sistema de saúde, existe a exceção do que foi descrito anteriormente como o dever do sigilo profissional, denominada comunicação externa, que tem como finalidade desencadear medidas concretas e efetivas de proteção para com a vítima e de responsabilização do agressor (Ávila, 2017).

Ávila (2017) explica que, a notificação compulsória tem como objetivo principal coletar dados estatísticos para desenvolver políticas públicas de vigilância epidemiológica, ela é interna ao sistema de saúde. Por outro lado, a comunicação externa é realizada fora do

sistema de saúde e tem como objetivo desencadear ações concretas para proteger a vítima e responsabilizar o agressor. Assim, a comunicação externa representa uma exceção ao dever de sigilo profissional, sendo justificada pela necessidade de proteger a vítima em um contexto específico.

Ainda segundo Àvila (2017), todos os códigos de ética presentes na área da saúde determinam uma regra genérica se tratando do sigilo profissional, todavia, os mesmos códigos estabelecem a obrigação do profissional em não compactuar com situações degradantes que ferem os direitos humanos, como determina o art.49 do código de ética médica: “É vedado ao médico: Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento”.

Sibila et al (2007) demonstra que em caso de conflito entre o dever de seguir o sigilo proposto e o de executar a denúncia mediante grave violação de direitos, o art.10 do código de ética da psicologia prevê a regra de menor prejuízo, aquela que assegura primeiramente a segurança da vítima.

A comunicação externa aos órgãos de proteção se mostra elementar para a articulação e desenvolvimento de estratégias para o combate à problemática. Dentre as principais desenvolvidas, Ellseberg (2015) cita as intervenções psicossociais que visam fortalecer as mulheres, proporcionando mecanismos para enfrentar conflitos, esclarecendo seus direitos. As abordagens em questão devem integrar-se com programas de aconselhamento, consultoria jurídica e planos de segurança. Outras metodologias também entram em questão para serem desenvolvidas como programas nas escolas contra a violência doméstica, mobilização comunitária, campanhas em redes sociais bem como visitas periódicas do corpo sanitário para monitoramento da situação (Ellseberg, 2015).

Diante disso, é dever ético dos profissionais de saúde fazer uma análise crítica e cuidadosa para identificar se a paciente está sofrendo violência doméstica, além de avaliar o nível de risco a que a paciente está exposta, para que possam romper a relação de sigilo profissional em situações de risco grave à saúde dela.

Ao reconhecer o sofrimento das mulheres como uma questão de saúde, rompendo com a invisibilidade da violência, a Atenção Primária se mostra como um espaço privilegiado para o acolhimento, o cuidado e o encaminhamento adequado. Além disso, ressalta-se a importância da comunicação efetiva à autoridade de saúde nos casos de violência, visando a proteção das mulheres e a promoção de mudanças sociais significativas.

Capítulo 4: Metodologia

A presente pesquisa utiliza-se da metodologia de investigação qualitativa, dada a natureza complexa e relacional do objeto em questão. O foco é a experiência humana e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas (Minayo, 2016).

A metodologia utilizada no estudo apoia-se nos pressupostos da epistemologia qualitativa que enfatiza a produção de conhecimento na pesquisa como um processo construtivo interpretativo (Rey, 1997; 1999).

Segundo González Rey (2005), o instrumento de pesquisa na epistemologia qualitativa é formado por estratégias que irão proporcionar uma interação entre o pesquisador e o seu objeto de estudo, gerando assim, um espaço portador de significados. Este instrumento tem como objetivo trazer expressões livres para o entrevistado, e permitindo que o pesquisador produza interpretações acerca do que foi dito.

De acordo com González Rey (2005), a intenção do pesquisador durante a escolha dos instrumentos na pesquisa deve se orientar de modo a contribuir para que o sujeito possa se expressar da forma mais completa possível. Tendo como preocupação a expressão da singularidade do sujeito, reconhecendo sua individualidade.

Para a produção de informações qualitativas nesta pesquisa foram utilizadas entrevistas narrativas. A entrevista narrativa permite que as vivências das participantes sejam externalizadas, tornando possível assim conhecer as produções geradas nas mulheres que sofreram violência doméstica a partir de suas experiências nas unidades básicas de saúde. Segundo Vasconcellos (2005), as entrevistas narrativas são um modo de entoação daquele

sujeito em sofrimento que, ao contar sua história de sofrimento e de recuperação, constrói um enredo, destacando os acontecimentos, sentimentos e pensamentos presentes em sua história.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com fidelidade, sem alterações dos vocábulos utilizados, evitando assim a distorção de informações. A partir das transcrições, foi feita a construção narrativa e devolução para as participantes, para que elas pudessem revisar e acrescentar ou retirar caso necessário alguma informação.

Antes da seleção das participantes, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovada sob protocolo de nº 67295723.5.0000.0023.

As informações qualitativas produzidas na pesquisa foram analisadas a partir da hermenêutica de profundidade. Veronese e Guardershi (2006) apontam que a hermenêutica de profundidade não propõe o desvelamento de sentidos, mas invoca a necessidade de propor sentidos, discuti-los e desdobrá-los.

A hermenêutica de profundidade se dá de forma a analisar o contexto sócio histórico e espaço temporal que cercam o fenômeno pesquisado, assim como as análises discursivas, buscando destrinchar falas, focando não apenas na compreensão dos sentidos visíveis delas, mas especialmente aqueles que estão escondidos (Demo, 2001). O sentido não está ao final da narrativa, mas se constitui durante a história em sua totalidade, que fluirá no tempo conforme o compasso dos acontecimentos.

Demo (2001) cita Thompson (1995) e destaca que o processo metodológico compreende três procedimentos de análise complementares, conforme o contexto e objetivos da investigação, são elas a Análise Sócio-Histórica, Análise Formal ou Discursiva e Interpretação/Reinterpretação.

A Análise Sócio-Histórica tem como objetivo “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (Thompson, 2002, p.

366). Fornece os primeiros dados de análise, procurando resgatar as situações no espaço e tempo, ao verificar a existência de assimetrias na distribuição de poder e recursos. Dessa forma, é possível interpretar padrões de significados assimilados pelos sujeitos (Litz, Alves, Allebrandt, Santos, 2014).

A Análise Formal tem como objetivo a investigação da organização interna das formas simbólicas, de forma a discutir seus padrões e relações. Permite a compreensão de como os sentidos operam (Litz, Alves, Allebrandt, Santos, 2014).

Por fim, a Interpretação/Reinterpretação consiste em uma explicação interpretativa, que permite que os sentidos produzidos durante o trabalho possam divergir do significado atribuído inicialmente, estabelecendo assim um momento de reflexão (Litz, Alves, Allebrandt, Santos, 2014).

Capítulo 5: Análise Qualitativa dos Dados

Neste capítulo, apresento as análises das informações qualitativas das narrativas desenvolvidas com o referencial teórico-metodológico baseado na hermenêutica de profundidade (HP) proposto por Thompson, revisada por Demo (2001). Onde o pesquisador busca compreender e interpretar as informações que foram produzidas, e, portanto, o propósito da análise é permitir que a interpretação construa um conhecimento que transcenda o senso comum e a opinião popular, como afirmado por da Silva Gonçalves (2007).

Para a construção da Hermenêutica da Profundidade, é essencial dividir a análise em três etapas distintas, conforme descrito no capítulo anterior. Na etapa 1) foi necessário realizar a contextualização sócio-histórica, com o objetivo de compreender o contexto social, histórico e geográfico em que as informações qualitativas foram produzidas. Na etapa 2) foi preciso fazer uma análise formal, que visa traçar a complexidade estrutural das informações coletadas e construir significados a partir das informações qualitativas apresentadas. E, finalmente, na etapa 3) foi realizada a reinterpretção, que só é possível após a conclusão das etapas anteriores. Essa fase serve para que o pesquisador possa destacar os pontos mais relevantes e aprofundar seu pensamento sobre o tema em questão (Demo, 2001).

As narrativas foram construídas com inspiração no trabalho de Vasconcelos (2006) e contaram com a participação de duas mulheres que foram vítimas de violência de gênero, são usuárias da Atenção Básica de Saúde, maiores de idade e não se encontram mais vivenciando a violência.

As participantes foram identificadas como Ana e Maria, a fim de preservar a identidade delas.

5.1 Análise Sócio Histórica

O propósito deste tópico é fornecer uma apresentação do contexto social e histórico em que o fenômeno em estudo foi investigado. É crucial entender o campo sócio-histórico como parte essencial do trabalho de pesquisa qualitativa, uma vez que esse campo é simultaneamente objeto e sujeito da pesquisa (Demo, 2001).

Os fenômenos sociais são construções simbólicas significativas que refletem o contexto social e histórico em que ocorrem, e quando temos consciência desse contexto, somos capazes de compreender mais profundamente o fenômeno em questão (Demo, 2001).

Portanto, faz-se necessário dizer que a presente pesquisa foi realizada no território de Brasília-DF, com duas participantes usuárias da Atenção Básica de Saúde. No momento em que vivenciou a violência, Ana morava em Brazlândia e Maria, moradora do Lago Norte, ambas frequentam as UBS mais próximas de onde moram e já moraram.

5.1.1 A presença da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento das Violências contra as Mulheres no Distrito Federal

A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal é organizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). A SES-DF gerencia as ações e serviços de atenção primária em todas as regiões administrativas do DF, por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família (ESF), que são responsáveis pelo atendimento e acompanhamento das famílias e indivíduos cadastrados em sua área de abrangência. As UBS oferecem serviços como consultas médicas, vacinação, exames básicos, dispensação de medicamentos, acompanhamento pré-natal, entre outros. As ESF, que organizam o cuidado

prestado nas UBS, são compostas por uma equipe multiprofissional que inclui médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (Brasil, 2018).

Os profissionais de saúde das UBS e ESF têm um papel importante na identificação precoce de situações de violência contra a mulher, por meio da realização de entrevistas, exames físicos e solicitação de exames complementares. Eles podem oferecer apoio emocional e encaminhamento para atendimento psicológico e assistência social, bem como orientação sobre medidas protetivas e direitos legais.

Além disso, as equipes de saúde da família (ESF) podem desempenhar um papel importante na prevenção da violência contra a mulher por meio da promoção da saúde e da prevenção de agravos. As ações de educação em saúde, como palestras e oficinas, podem abordar temas como gênero, violência doméstica, direitos das mulheres e igualdade de gênero (Brasil, 2018).

É importante ressaltar que a atuação da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da violência contra a mulher deve ser integrada a outras políticas públicas e serviços, como a rede de proteção e atendimento à mulher em situação de violência e a rede de saúde mental. O trabalho em rede é essencial para garantir a proteção e a assistência integral às mulheres em situação de violência (Brasil, 2018).

5.1.2 Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)

Em 2012, foi criado no Distrito Federal o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências (PAV). O PAV é um projeto que visa planejar, adequar, normatizar e coordenar as ações de prevenção bem como sua promoção, vigilância e atendimento às pessoas que se encontram em situação de violência no Distrito Federal, seguindo as diretrizes propostas pelo SUS e com a política nacional de humanização (Brasil, 2022).

Com isso, surgiram as primeiras unidades de acolhimento e atendimento às mulheres em situação de violência, localizadas nos Hospitais Regionais de Taguatinga, Ceilândia e Asa Norte, bem como no Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB) da Asa Sul (Brasil, 2022).

Posteriormente, em 2019, o PAV passou a se chamar Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), conforme previsto em seu artigo 1º. Esses centros têm como objetivo oferecer atendimento especializado e integral às pessoas que sofreram violência sexual, familiar e doméstica, incluindo ações de prevenção, acolhimento, atendimento clínico e psicossocial, orientação e encaminhamento para outros serviços (Brasil, 2022).

A relação do CEPAV com a Atenção Básica de Saúde ocorre na medida em que essas duas instâncias trabalham em conjunto para o enfrentamento da violência contra a mulher. O CEPAV atua como um serviço especializado. Nesse sentido, a Atenção Básica de Saúde pode referenciar as mulheres vítimas de violência ao CEPAV, encaminhando-as para um atendimento mais especializado e abrangente.

A colaboração entre o CEPAV e a Atenção Básica de Saúde é essencial para garantir uma abordagem integrada e efetiva no enfrentamento da violência contra a mulher, assegurando um atendimento completo e adequado às necessidades das vítimas.

O CEPAV está presente em 18 unidades nas 7 regiões do DF. O atendimento é multidisciplinar, se expressando através de uma abordagem biopsicossocial, disponibilizando assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos, ginecologistas, profissionais de enfermagem e técnicos administrativos (Brasil, 2022).

As unidades do CEPAV são coordenadas pelo Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV), também organizando-se em unidades e amparados pela recém criada Rede de Atenção às Pessoas em Situação de Violência no DF (RAV). Denominadas por plantas e flores, as unidades oferecem acompanhamento a todos que procurarem pelo serviço ou forem encaminhados. Alguns atendem públicos específicos, como no caso da CEPAV Jasmim, destinada a crianças e adolescentes ofensores. Por sua vez, o CEPAV Alecrim recebe adultos encaminhados pelo judiciário enquanto a unidade Calíandra fornece apoio a jovens vítimas de violência (Brasil, 2022).

Entretanto, o cuidado para com os pacientes das unidades não é finalizado quando a vítima recebe alta do tratamento. Posteriormente, as vítimas são encaminhadas para a UBS de referência ou no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e ambulatórios de psiquiatria, caso seja avaliado como necessário, pelos profissionais do sistema.

Esses encaminhamentos, por sua vez, desempenham um papel fundamental no acompanhamento longitudinal e articulador do cuidado. A abordagem na Atenção Primária, como no caso da UBS, fornece cuidados contínuos e coordenados aos indivíduos, levando em consideração suas necessidades de saúde ao longo do tempo.

5.2 Análise Formal

A Análise Formal, de acordo com Demo (2001), visa proporcionar uma estrutura para o objeto de análise em pesquisas qualitativas, tendo como objetivo desvendar a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam nos campos sociais. Isso significa identificar, no fluxo da fala, aquilo que é recorrente, repetitivo e regular, apontando para

elementos estruturais, tais como frequências, códigos, estruturas profundas e argumentação. Busca compreender como os elementos que compõem um determinado campo social se organizam e se relacionam entre si. Para isso, são identificadas estruturas profundas que ajudam a compreender a lógica subjacente àquele campo social.

No presente estudo, a análise narrativa foi selecionada com o objetivo de acompanhar a estrutura da história de vida de duas mulheres que sofreram violência de gênero. De acordo com Vasconcelos (2006), o compartilhamento da história de vida pode ser um processo doloroso, mas, acima de tudo, representa a oportunidade de dar voz ao indivíduo. Segundo o autor, publicar narrativas é uma maneira de fortalecer e empoderar a pessoa que passou por experiências de sofrimento e que, em geral, são silenciadas e marginalizadas pela sociedade. As narrativas atuam, no presente trabalho, como porta-vozes do coletivo de pessoas que sofreram violência sexual, encorajando as pessoas que entram em contato com as narrativas a não se submeterem mais e a procurarem ajuda.

Portanto, nesta seção, abordaremos as análises das declarações das participantes com as quais as entrevistas foram realizadas. Após a transcrição, foram produzidas as narrativas que foram enviadas às participantes para que revisassem o conteúdo produzido: foi possível acrescentar, retirar ou modificar quaisquer trechos que julgassem necessários pelas participantes.

Em seguida, após a apresentação das narrativas, as informações qualitativas foram organizadas com base nas categorias de significado que serão apresentadas, conforme descrito na metodologia proposta, em diálogo com a literatura.

Vale ressaltar que tanto Ana como Maria não procuraram atendimento em nenhum serviço de saúde quando experienciaram a violência, apenas anos depois do ocorrido.

5.2.1 Entrevista Narrativa de Ana

Ana é uma mulher de 34 anos e que atualmente trabalha como massagista em sua própria clínica de estética. Ela é natural de Brazlândia, uma região administrativa do Distrito Federal, e morou lá até sua adolescência. Foi criada pelos pais, e morou com eles até seus 21 anos de idade, quando decidiu se casar e se mudou para morar com seu marido da época. Ela tem três irmãos, que também moraram na mesma casa por muitos anos. Ela foi casada, teve uma filha, mas hoje está divorciada.

Ana relata que a violência sempre esteve presente em sua vida. Ela relembra violências que viu durante sua infância e adolescência do seu pai com a sua mãe.

Na minha família esse assunto de violência é um tabu. Minha mãe sofreu muita violência do meu pai, sofre até hoje com o atual marido dela, ela acredita que as relações só existem dessa forma, por isso falar sobre violência com ela não é muito efetivo, ela acha que as coisas são assim mesmo. (Entrevista Ana, 2023, p.8)

Ela entende que a violência de gênero existe em sua família há muitas gerações, e já está enraizada a ponto de ser algo naturalizado. Ela conta que desde muito nova, presenciava violência física por parte do pai com sua mãe, e acabou crescendo acreditando que as relações amorosas funcionam dessa mesma forma.

Eu nunca quis ter uma família, sempre vi minha mãe sendo traída, apanhando. Ela já associa a saída do atual marido dela para beber com os amigos com apanhar chegando em casa (...) isso quando ela não é obrigada a ter relações sexuais com ele, isso não é vida, por isso nunca quis isso pra mim. (Entrevista Ana, 2023, pp.7-8)

Assim, Ana questiona a veracidade de algumas narrativas apresentadas como naturais, como o papel do homem em ser autorizado a praticar situações de violência. Foi importante para ela compreender como essas ideias se originam no conjunto de eventos que torna possível essa perspectiva. O sentimento de estranhamento perante essa narrativa e a busca por

compreender os processos que a sustentam são vistos como uma forma de libertar-se de uma verdade estabelecida e abrir caminho para outras possibilidades no combate à violência.

Aos 8 anos de idade, Ana sofreu violência sexual por parte do seu pai. Ela entende que nada pode ter sido feito na época, pois aquele cenário estava sendo normalizado por todos os membros da família.

Quando saiu de casa para se casar, Ana relata que seu primeiro relacionamento foi violento. “É difícil quebrar os padrões, eu nunca aprendi a me defender, lá em casa eu aprendi que mulher foi feita pra servir” (Entrevista Ana, 2022, p.4).

Devido à experiência de violência desde a infância, ela acredita que isso a levou a se envolver em relacionamentos que também apresentavam violência.

Foi uma coisa que foi muito fácil, já era minha realidade, já era um meio que eu conhecia, é um ciclo que se repete (...) por ter vivido um abuso sexual dentro da minha própria família, quando uma pessoa me aparece dizendo que vai me cuidar, eu acredito. (Entrevista Ana, 2022, p.4)

Ana foi casada por cinco anos e teve uma filha. No entanto, o sonho de se casar nunca fez parte de seus desejos, ela acredita ter sido influenciada pelas experiências vivenciadas por sua mãe em relacionamentos tóxicos com seu pai, Ana sempre soube que aquela não era a vida que desejava para si mesma. “Eu nunca quis ter uma família, porque sempre vi minha mãe sendo traída, apanhando do meu pai (...) Eu não queria ter a vida da minha mãe (...) Meu pai não deixava minha mãe ir sozinha nem ao médico” (Entrevista Ana, 2023, p 9).

Ana entende que por muito tempo a violência perpetrada pelo marido era percebida por ela como algo natural. Onde as mulheres eram condicionadas a encarar essa violência como uma espécie de destino inevitável, sendo aprisionadas nessa situação imposta. “É difícil quebrar os padrões, eu nunca aprendi a me defender” (Entrevista Ana, 2023. p. 3).

Nesse casamento, Ana entende ter vivenciado violência patrimonial, quando seu ex marido quebrou seu celular, ou quando ele bateu muito forte na porta de seu guarda roupa, a ponto de quebrá-lo. Além de violências verbais, era constantemente xingada e humilhada.

Nessa época eu já trabalhava, e inclusive ganhava até mais do que ele, mas de certa forma ele me convencia de que se eu largasse ele eu iria passar fome. Não sei como acreditei nisso (...) Ele inclusive me dizia muito assim “se você me largar, quem que vai cuidar de você?” como se eu dependesse dele pra alguma coisa. (Entrevista Ana, 2023. p. 5)

A permanência no relacionamento violento era motivada por chantagens, ameaças e coerções, onde muitas vezes estavam ligadas ao risco de vida da Ana.

Eu não tinha como ir embora, eu era impossibilitada de me separar, ele já chegou até a me ameaçar de morte. Eu acreditei que ninguém nunca ia me amar como ele me amava, ele dizia sempre “você é minha vida, eu sou o único que te ama de verdade, eu vou cuidar de você” (Entrevista Ana, 2023 p.5).

O cuidado e a violência estão entrelaçados, a mesma pessoa que promete que vai amá-la e cuidá-la também é a mesma pessoa que a violenta. Ana reconhece que ele dizia frases que representam situações de violência e controle, portanto, na época em que vivenciou a relação, se sentia incapaz de se separar do parceiro devido às ameaças e às crenças que foram internalizadas. Seu ex marido a fazia acreditar que ninguém mais poderia amá-la da mesma forma e que ele era a única fonte de amor e cuidado. “Eu tinha muita vergonha, muita culpa, achava que os relacionamentos eram assim mesmo” (Entrevista Ana, 2023. p 10).

Depois de cinco anos de relacionamento, Ana se separou e decidiu buscar ajuda com psicólogo particular. Ela acredita que a rede pública de saúde não seria capaz de ajudá-la naquele momento tão delicado de sua vida. “Todas as vezes que eu tive crise de ansiedade e

pânico, fui medicada e voltei pra casa” (Entrevista Ana, 2023, p.6). Sua experiência na rede de saúde pública a fez criar resistências sobre o cuidado quanto às questões da violência, como se ela tivesse sido silenciada e invisibilizada.

Hoje, depois de oito anos separada, Ana entende que ainda sofre sequelas dessa relação abusiva.

Até hoje eu deixo meu celular no modo silencioso, porque o barulho do toque do celular me dá pavor. Meu ex me ligava mais de 50 vezes por dia, pra saber onde eu estava, com quem. Ele queria me controlar. (Entrevista Ana, 2023, p. 8)

Mas relata que com ajuda profissional da psicóloga que a atende, ela conseguiu ressignificar muito de sua história, e relata ter aprendido a se relacionar de forma saudável. Hoje vive um relacionamento de muito respeito e cumplicidade.

5.2.2 Entrevista Narrativa de Maria

Maria é uma mulher de 47 anos, que trabalha atualmente em um cargo terceirizado no governo. Ela nasceu em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul, onde morou lá até seus 15 anos, quando foi morar em Santa Catarina, para fazer o Ensino Médio. Assim que saiu da escola, conseguiu seu primeiro emprego como recepcionista, aos 17 anos, e aos poucos pôde se estabelecer financeiramente a ponto de conseguir se sustentar sozinha, e dessa forma se manteve até a vida adulta.

Quando Maria completou 30 anos, ela reencontrou um namorado que teve na época do ensino fundamental em sua cidade natal. Porém ele morava em Brasília, e estava em Santa Catarina a passeio, quando decidiram reatar o namoro que tinham há anos atrás. E, com isso, Maria optou por deixar sua vida em Santa Catarina e se mudar para Brasília para morar com ele e a família dele.

Eu estava empolgada e larguei tudo. Hoje eu percebo que já começou tudo errado: ele dizia "pode deixar tudo aí, eu vou te dar tudo", hoje eu percebo que foi uma ferramenta de controle (...) Olha que loucura, eu larguei tudo, eu morava em um apartamento, tinha todas as minhas coisas, larguei tudo, deixei tudo lá, e vim praticamente só com a roupa do corpo (Entrevista Maria, 2023 p.1).

Ela conta que tinha uma tia que morava aqui em Brasília, e isso a influenciou a tomar a decisão de se mudar. Maria então se mudou para Brasília, e no início do namoro, eles moravam na casa dos pais dele.

Quando começamos a namorar ele me perguntava muito de ex-namorados, ele dizia que não podíamos ter segredos para termos um bom relacionamento, então eu me abri. As violências psicológicas começaram aí, porque eu falava de um ex, aí ele se enciumava e saía sozinho e voltava transtornado. (Entrevista Maria, 2023, pp.2-3)

Maria entende que as violências psicológicas que ela viveu começaram quando ela começou a se abrir e contar suas vivências para seu ex-namorado. Seu ex parceiro exigia saber detalhes de seus ex-namorados, alegando que a transparência era essencial para um relacionamento saudável. No entanto, quando ela compartilhava informações sobre um ex-namorado, ele demonstrava ciúmes e reagia de maneira explosiva, saindo sozinho e retornando transtornado. Isso criou um ambiente de controle, manipulação e insegurança emocional para Maria.

Acho que foi assim que tudo começou, ele sempre saía e me deixava sozinha, voltava bêbado e drogado (...) Eu nunca fui de cobrar nada de namorado, e eu comecei a cobrar onde ele tava. Ele chegava muito transtornado, ele me empurrava, quebrava alguma coisa. (Entrevista Maria, 2023 p. 4)

Maria conta que seu ex-namorado frequentemente saía, deixando-a sozinha, e retornava sob a influência de álcool e drogas. Essa situação gerava um desequilíbrio na

dinâmica do relacionamento, causando insegurança e ansiedade para ela. Maria entende que desde então, ela percebeu uma mudança significativa em sua postura. Embora ela nunca tenha sido do tipo de pessoa a cobrar coisas de um namorado, a situação a levou a questionar aonde ele ia durante suas ausências. Essa mudança de comportamento reflete a preocupação crescente e a necessidade de entender o paradeiro e o estado do parceiro. “Tiveram vezes dele chegar dois dias fora e eu comecei a ficar doida, ligava pra ele várias vezes, passava noite toda acordada ligando” (Entrevista Maria, 2023, p. 7).

Maria lembra de episódios em que viveu como

Uma vez, que eu estava na faculdade, ele me ligou pra saber onde eu estava, quando na verdade eu estava no mesmo lugar que ele, ele me ligava pra me testar sabe, se eu estava falando a verdade. Para alguns amigos ele me apresentava como namorada, outros como amiga, outros nem chegava a me apresentar. (Entrevista Maria, 2023, p. 5)

Depois de ter vivenciado vários episódios de violências psicológicas e físicas, Maria entende que seu comportamento começou a mudar em função disso: “eu comecei a cuidar com o que eu ia falar, fui me anulando, foi isso, me anulei” (Entrevista Maria, 2023, p.7).

Maria relembra de frases que escutou e as ressignifica na entrevista:

Hoje eu vejo que os primeiros sinais de violência apareceram muito cedo. Ele me disse uma coisa que na época eu achei a coisa mais linda, hoje eu vejo que eu tava doida, ele disse que ele tava muito feliz de estar comigo porque eu salvei a vida dele.

Olha esse peso que ele me deu. (Entrevista Maria, 2023, p. 7)

Durante a entrevista narrativa, Maria vai construindo significados para algumas vivências violentas. Ela percebe como se deu a construção do sentimento de culpa que ela sentia na relação: “esse ‘salvei a vida dele’, me deu muita culpa, ele colocou uma

responsabilidade em cima de mim e ele se frustrou, deve ter sido isso” (Entrevista Maria, 2023, p.7).

Maria então conta como se deu o processo de término dessa relação. Ela relata que entendia que não era uma relação boa para ela, mas que não conseguia colocar um ponto final. Ela conta que já havia tentado terminar o relacionamento algumas vezes, mas seu ex-companheiro a ameaçava “Ele já me ameaçou me difamar pra minha família se eu terminasse com ele” (Entrevista Maria, 2023, p. 9).

O medo das consequências negativas em caso de separação a impediram de terminar o relacionamento. As ameaças de difamação feitas pelo ex-companheiro e impediam que ela colocasse um ponto final na relação.

A experiência que Maria compartilha como a gota” d'água” em seu relacionamento foi relacionada à adoção de uma gatinha e sua subsequente castração. Devido à falta de recursos financeiros na época, eles levaram a gata para um local que Maria descreve como horrível. Infelizmente, a recuperação da gata da anestesia foi demorada e problemática. Diante dessa situação, Maria se sentiu emocionalmente exausta, assim como a gatinha. Foi nesse momento que ela decidiu sair e buscar abrigo na casa de sua tia, que já vivia na mesma cidade.

Maria conta que essa experiência revelou uma situação estressante e angustiante para ela. Pois percebeu que a falta de recursos adequados para garantir um cuidado apropriado para a gata levou Maria a questionar a qualidade de vida que ela e a gata estavam vivenciando dentro desse relacionamento. O evento parece ter sido o catalisador para que ela tomasse a decisão de se afastar e buscar um ambiente mais seguro e saudável para si mesma. “Quando eu cheguei na casa da minha tia eu lembro dela me dizer que eu estava um trapo e a gata também estava um trapo” (Entrevista Maria, 2023, p. 9).

Maria conviveu com o sentimento de culpa por alguns anos após a separação. “Passei muitos anos me culpando, muitos anos mesmo, eu me questionava sempre ‘como eu larguei tudo pra viver isso? Como eu deixei ele me tratar assim?’” (Entrevista Maria, 2023, p. 9). Ela evidencia que o impacto psicológico do relacionamento abusivo continuou a afetá-la mesmo após a separação.

Depois de quase 15 anos, Maria se vê como uma pessoa “bloqueada emocionalmente” (Entrevista Maria, 2023 p. 9) para novas relações. Ela diz que nunca mais quer se sentir “tão vulnerável” (Entrevista Maria, 2023 p. 9). E entende, que até hoje as lembranças a atrapalham de viver uma nova relação. “Eu vejo que atrapalha muito meus relacionamentos hoje em dia, eu me bloqueio com outras pessoas. Quando uma relação começa a ficar mais séria eu saio” (Entrevista Maria, 2023 p. 9).

5.2.3 A Relação de Ana e Maria com a Atenção Primária de Saúde

As duas entrevistadas utilizam os serviços da Atenção Primária de Saúde. Ana menciona que recorda ter começado a comparecer de forma mais regular à UBS mais próxima de sua residência quando estava grávida, descrevendo ter realizado todos os exames pré-natal e buscado acompanhamento psicológico.

Ana relata ter sido convidada a integrar um grupo destinado a mulheres grávidas, o qual ocorria semanalmente na própria UBS. No entanto, ela menciona ter participado apenas por algumas semanas, pois considerava os temas abordados no grupo pouco específicos e abrangentes. Nesse momento, ela não viu viabilidade em continuar participando. “Achei que os assuntos eram muito geral, para mim não estava fazendo sentido (...) não me identifiquei com nenhum assunto, nem com ninguém. Fui duas vezes e não voltei mais” (Entrevista Ana, 2023, p.7).

Os grupos para gestantes são realizados por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro da Atenção Primária à Saúde. Esses grupos têm como objetivo disseminar a educação em saúde, proporcionando a formação de vínculos e a troca de experiências entre os participantes, além de transmitir e disseminar conhecimentos, fortalecendo as potencialidades de cada pessoa envolvida (Brasil, 2010).

Os profissionais de saúde acreditam que durante o período gestacional, a mulher passa por profundas e intensas transformações físicas e emocionais, estando essas duas dimensões intimamente relacionadas. Essas mudanças podem gerar ansiedade e medo, tanto para a gestante como para seu parceiro e familiares, pois estão se adaptando a um novo papel na sociedade. Portanto, o desenvolvimento de grupos de gestantes é um recurso importante para promover uma assistência pré-natal de qualidade, pois esses grupos oferecem um atendimento individualizado e integral às necessidades da gestante, do parceiro e dos familiares (Brasil, 2010).

Autores como Munari e Rodrigues (1997) destacam que um grupo pode ajudar as pessoas durante o período de ajustamento às mudanças, no tratamento de crises e na adaptação a novas situações. Agrupar as pessoas levando em consideração seu pertencimento contribui para que elas se sintam acolhidas. Sartori e Sand (2004) afirmam que a participação em grupos, especialmente grupos de gestantes, tem se mostrado valiosa, trazendo aspectos terapêuticos e oferecendo suporte. É uma oportunidade de construção de conhecimento e troca de experiências, permitindo que a gestante se torne uma multiplicadora de saúde em seu meio social.

Porém, uma pesquisa realizada no ano de 2012, Machado et al. observaram uma baixa adesão a esses grupos, entre as razões encontradas neste estudo, destaco a falta de interesse e déficit no vínculo unidade/paciente.

A fala de Ana sugere uma possível falta de interesse, que pode estar relacionada à percepção sobre a relevância ou benefícios do grupo de gestantes. É possível que ela ainda não tenha compreendido completamente a importância de participar do grupo ou que não o considere uma prioridade diante de outras demandas e preocupações pessoais.

Além disso, Ana relata um déficit no vínculo entre a unidade de saúde. “Todas as vezes que tive crise de ansiedade e pânico, fui medicada e voltei pra casa (...) por muito tempo eu achei que a solução para os meus problemas seria o remédio mesmo. Acho que foi aí que eu entendi que se precisasse de ajuda teria que pagar particular” (Entrevista Ana, 2023 p.8). Apesar de Ana ter ido procurar ajuda em hospital, que está no nível de Atenção Secundário, ela acredita que o sistema de saúde público não foi capaz de atendê-la em sua totalidade.

O vínculo é um aspecto fundamental na relação entre profissionais de saúde e pacientes, contribuindo para a confiança, a comunicação efetiva e o envolvimento do paciente em seu próprio cuidado. Se as gestantes não se sentem acolhidas, compreendidas ou apoiadas pela equipe de saúde, é mais provável que não se envolvam ativamente nos grupos oferecidos.

Anos mais tarde, Ana decidiu voltar à UBS para buscar tratamento para enxaqueca. Ela relata que a experiência foi positiva e eficaz. O tratamento incluiu uma bateria de exames e a prescrição de medicamentos adequados para seu caso.

Ana menciona que não tinha conhecimento sobre a existência de nenhum programa de assistência específico para vítimas de violência na Atenção Primária de Saúde. Ela destaca que essa informação não lhe foi fornecida durante sua experiência na UBS. No entanto, ela compreende que nunca mencionou seus episódios de violência a nenhum profissional de

saúde durante seu período lá, o que pode ter contribuído para a falta de identificação e encaminhamento para os serviços adequados.

Maria, por sua vez, relata ter começado a frequentar a UBS muito tempo após ter vivenciado os episódios de violência. Sua motivação inicial foi a necessidade de tratamento para a tireoide. Ela conta que, logo em sua primeira visita com a médica, o assunto da violência já foi abordado. “A médica me perguntou se eu sou casada, aí eu disse que já fui. E então ela me perguntou se eu já sofri violência doméstica, eu respondi que sim” (Entrevista Maria, 2023 p. 8). Foi nesse momento que a médica recomendou a Maria o grupo de apoio para vítimas de violência, que ocorre semanalmente em um hospital em Brasília.

Maria relata que a atitude sensível da médica em levantar a possibilidade de violência doméstica a deixou extremamente feliz, pois sentiu-se verdadeiramente compreendida e reconhecida em sua totalidade. Ela ressalta a importância desse momento em que se sentiu "vista por completo" (Entrevista Maria, 2023, p.8).

Com isso, destaco a importância dos profissionais de saúde da Atenção Básica incluírem diretamente nas consultas e rotinas questões e preocupações relacionadas à violência doméstica, pois podem ajudar na identificação precoce, em um possível encaminhamento adequado, além de promover saúde prevenindo e conscientizando as usuárias de Atenção Primária.

Maria expressa estar bastante animada e curiosa em relação ao grupo, porém, relata que ainda não participou devido ao medo de ter que reviver lembranças do passado. Ela reconhece que essa hesitação tem sido um obstáculo para sua participação, mas demonstra um interesse genuíno em superar esse receio e buscar o apoio oferecido pelo grupo.

Os grupos de apoio às vítimas de violência desempenham um papel de fornecer suporte e assistência especializada às pessoas que sofreram violência. O objetivo principal é fornecer suporte e assistência especializada às pessoas que sofreram violência. Esses grupos visam criar um ambiente seguro e acolhedor onde as vítimas possam compartilhar suas experiências, expressar suas emoções e receber apoio mútuo. Além disso, esses encontros permitem a delimitação compartilhada de caminhos possíveis para cada mulher, promovendo a compreensão mútua e a busca de soluções para cada situação específica (Brasil, 2016).

5.2.4 A dificuldade em pedir ajuda

Tanto Ana quanto Maria, em meio às vivências de violência, não procuraram qualquer forma de assistência. Além das marcas físicas e emocionais que carregam, essas mulheres compartilham a difícil realidade de se deparar com um desafio adicional, a falta de apoio adequado. Para ambas os recursos e proteção disponíveis se resumiam, quando muito, a uma rede de serviços fragmentada, desarticulada e insuficiente para atender às suas necessidades. Essa ausência de assistência não apenas perpetua o ciclo de violência, mas também marginaliza e silencia as mulheres, privando-as da oportunidade de reconstruir suas vidas em ambientes seguros e saudáveis.

Em seu relato Ana diz “eu nunca fui porque achava que não valia a pena, não achava que ninguém ia conseguir me proteger não” (Entrevista Ana, 2023 p.19). Ela acredita que qualquer serviço disponível era insuficiente para ajudá-la. “Até porque se ele fosse preso, era capaz dele sair de lá e ir atrás de mim, me matar” (Entrevista Ana, 2023 p.19).

Grossi (1995) ressalta que o medo da possível impunidade do agressor está associado à crença de que a violência pode piorar. Essa preocupação está relacionada à sensação de vulnerabilidade e à falta de confiança no sistema de justiça. Inclusive, pode levar a uma percepção de que a situação pode se agravar, pois a ausência de consequências para o

agressor pode transmitir uma mensagem de que ele pode continuar cometendo atos violentos impunemente. Walker (1979) destaca que esses medos e vivências de violência possam levar uma mulher a um estado de desesperança tão profundo que ela não consiga enxergar uma saída.

Compreendo que a certeza de encontrar empecilhos pode dificultar a denúncia de casos de violência. Essa percepção de obstáculos pode levar as vítimas a hesitar ou até mesmo desistir de denunciar a violência que estão sofrendo e pedir ajuda.

Maria relata que a vergonha e a culpa foram os fatores que a impediram de procurar ajuda. Maria compartilha que desde o início de seu relacionamento, não recebeu apoio de sua família, o que a fez sentir como se tivesse fracassado em suas escolhas. Ela acrescenta que, por esse motivo, não procurou ajuda de ninguém. “Eu não pedi ajuda pra ninguém, porque a princípio meus pais não queriam nem que eu começasse esse namoro (...) Se eu sáísse daquela relação era como se eu tivesse fracassado, todo mundo me avisou” (Entrevista Maria, 2023 p.2).

Maria relata que sentia esperança em relação à possibilidade de mudança de comportamento de seu ex-companheiro. Durante o relacionamento, ela relata ter começado a vigiar seus próprios comportamentos, para evitar a ocorrência de situações que pudessem desencadear as reações agressivas de seu ex-parceiro. Maria percebeu que certos comportamentos seus poderiam ser "gatilhos" (Entrevista Maria, 2023, p.2) para a violência, e por isso procurava evitar tais situações na esperança de ter um relacionamento saudável.

Maria relata que tinha conhecimento sobre a existência de grupos de apoio na Atenção Primária de Saúde enquanto estava em um relacionamento abusivo, porém, acreditava que seus problemas não eram considerados graves o bastante para buscar ajuda. Ela minimizava sua situação e não se sentia justificada em procurar por apoio ou assistência.

Diniz e Angelim (2003) relatam uma alta incidência de mulheres vítimas de violência terem medo de pedir ajuda. As autoras entendem que o silêncio relacionado à violência pode ser influenciado pelo mito de que é fácil falar ou lidar com a violência, baseados em comportamentos da mídia, que tendem a destacar a impessoalidade e a distância dos fatos, ignorando a dimensão afetiva que afeta o comportamento das pessoas que vivenciam a violência. Isso ocorre porque a mídia muitas vezes trata a violência de forma distante e impessoal, não levando em consideração o impacto emocional profundo que ela causa nas vítimas, como se reconhecer e denunciar violências fosse um ato de fácil identificação.

Além disso, há o medo de não ser compreendida e de não receber apoio, o medo de ser culpabilizada e responsabilizada pelo ocorrido, e o medo de ser desvalorizada e estigmatizada tanto pelo círculo familiar mais próximo quanto pela sociedade em geral (Diniz e Angelim, 2003).

Esses medos podem levar as vítimas a manterem o silêncio, ocultando a violência que estão sofrendo. O apoio emocional, a compreensão, a sensibilidade e a disponibilidade de recursos adequados são essenciais para encorajar as vítimas a romperem o ciclo de silêncio e segredo, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para que elas possam buscar ajuda e romper com a violência que estão vivenciando.

Guimarães (2009) ressalta sobre a tendência das mulheres de minimizarem a responsabilidade dos agressores e atribuírem causas externas para a violência, como alcoolismo, estresse ou sofrimento familiar, muitas vezes está relacionada ao desejo de permanecerem juntas e à preocupação genuína com seus parceiros. Isso pode levar as vítimas a subestimarem os danos causados pela violência.

Essa tendência pode estar ligada à dificuldade em enxergar os malefícios decorrentes da violência, principalmente devido à perpetuação de mitos e estigmas relacionados às

mulheres. A autodesvalorização, consequência desses mitos e estigmas, pode fazer com que as vítimas se sintam presas aos seus parceiros, acreditando que não merecem um tratamento melhor ou que não conseguirão encontrar uma saída da situação abusiva (Guimarães, 2009).

É importante ressaltar que essa minimização da violência não significa que as vítimas não reconheçam o sofrimento que estão vivenciando, mas sim que elas podem encontrar dificuldades em atribuir a responsabilidade diretamente ao agressor e em compreender plenamente os danos emocionais, físicos e psicológicos causados pela violência.

5.2.5 A importância da nomeação da violência

No contexto da violência, é comum que as pessoas envolvidas tenham dificuldade em nomear e reconhecer os atos violentos como realmente são. Isso pode ocorrer devido a diversos fatores, como o medo, a manipulação psicológica e a minimização dos abusos. O silêncio é frequentemente observado nessas situações, criando um ambiente propício para que os abusos e agressões se perpetuem. Portanto, compreender como ocorre o silenciamento das mulheres e quais são os significados desse silêncio nas relações violentas é de extrema importância para enfrentar e combater a violência.

Tanto Ana quanto Maria, em seus relatos, afirmam que tiveram dificuldade para reconhecer que suas experiências se tratavam de violência no momento em que estavam vivenciando. Ambas não reconheciam plenamente os atos abusivos ou não os identificavam como violência.

Diniz e Pondaag (2006) revelaram em sua pesquisa que mulheres vítimas de violência costumam ter dificuldade em nomear atos violentos como violência, mesmo percebendo que algo lhes causava sofrimento. As autoras revelam que as palavras mais usadas para descrever as ações violentas eram: agressividade, grosseria, nervosismo e falta de paciência. Maria, no

entanto, descreveu que acreditava que algumas das situações de violência eram ciúmes: "Eu pensava 'é só ciúmes'" (Entrevista Maria, 2023, p. 4).

Apesar de, na época, não categorizar explicitamente os abusos como violência, tanto Ana quanto Maria tinham consciência de que o relacionamento com seus parceiros causava dificuldades, estresse e sofrimento. Embora elas possam não ter reconhecido completamente a gravidade dos abusos e sua natureza violenta, elas tinham clareza de que o vínculo com seus parceiros era fonte de problemas e impactos negativos em suas vidas. "Eu sabia que tinha algo errado" (Entrevista Ana, 2023, p.3).

Diniz e Pondaag (2006) observaram que mulheres vítimas de violência optaram por manter o silêncio como uma forma de evitar a continuidade dos conflitos conjugais, melhorar o relacionamento e reduzir a violência perpetrada pelo parceiro. Portanto, o silêncio não era uma escolha, muitas vezes era o único recurso disponível.

Nos momentos em que o silêncio não era eficaz, as mulheres tendiam a internalizar a culpa pelo fracasso de suas tentativas de acalmar o parceiro. "Eu pensava 'eu também provoquei pra merecer isso'" (Entrevista Ana, 2023 p. 4), "Eu achei que eu era louca, doente" (Entrevista Ana, 2023 p.5), "Passei muitos anos me culpando, muitos anos mesmo" (Entrevista Maria, 2023 p. 9.)

Essa dinâmica complexa contribui para perpetuar o ciclo da violência e dificulta o acesso a apoio e intervenções adequadas. É essencial romper com essa cultura de culpa e silenciamento, proporcionando espaços seguros para as vítimas compartilharem suas experiências e receberem o apoio necessário para romper com o ciclo de violência.

Nomear a violência que está sofrendo é muito importante. Muitas vezes, as vítimas podem minimizar ou não reconhecer a gravidade do que estão passando, o que pode colocar em risco sua saúde e até mesmo sua vida. Alertar a mulher sobre os riscos da violência para sua saúde é crucial para que ela compreenda a seriedade da situação e busque ajuda.

Pondaag (2003) entende que uma das intervenções mais eficazes é a nomeação da violência. Segundo a autora, uma das intervenções mais eficazes para lidar com a violência é nomeá-la, ou seja, reconhecer e identificar explicitamente o que está acontecendo como um comportamento violento.

Ao nomear a violência, as mulheres são capacitadas a fazer uma escolha consciente sobre como reagir à situação. Isso as ajuda a se libertarem da culpa e do sentimento de responsabilidade pelo fracasso da relação ou pela violência que estão sofrendo. Assumir a condição de vítima pode ser um passo importante, pois permite que as mulheres reflitam sobre as agressões que estão enfrentando e reconheçam que não são culpadas por elas (Pondaag, 2003).

Esse processo de nomeação e reconhecimento da condição de vítima auxilia no rompimento do silêncio. Ao identificar e verbalizar a violência, as mulheres podem buscar apoio, denunciar o agressor e tomar medidas para sair dessa situação prejudicial. A nomeação da violência é um ponto crucial para empoderar as mulheres e iniciar um caminho de recuperação e superação.

5.3 Reinterpretação

Essa etapa desempenha um papel importante na análise qualitativa da Hermenêutica de Profundidade (Demo, 2001), proporcionando uma compreensão aprofundada e reflexiva das narrativas coletadas. A interpretação requer uma leitura cuidadosa e sensível dessas narrativas, a fim de, no presente trabalho, refletir sobre novos pressupostos que permeiam a violência de gênero e as complexidades enfrentadas na atenção primária de saúde diante desse desafio. Além disso, por meio de uma contínua reinterpretação, somos desafiados a

questionar nossas primeiras interpretações, o que nos possibilita uma análise mais aprofundada e uma compreensão mais abrangente dos *insights* que emergem.

Os diálogos com Ana e Maria revelaram um aspecto preocupante: apesar de serem usuárias da Atenção Primária de Saúde, ambas não consideraram buscar ajuda nesse contexto. Essa falta de compreensão sobre a Rede de Atenção Primária como uma opção para lidar com a violência de gênero é um desafio a ser enfrentado. Portanto, como é possível tornar a Atenção Básica acessível a esta temática?

5.3.1 A potencialidade da atenção primária no atendimento à vítima de violência

Os serviços de Atenção Primária já assistem casos de violência cometida contra mulheres. Porém, ainda é um desafio o reconhecimento desses serviços, gerando pouca demanda e baixa resolutividade (D'Oliveira et al, 2009).

Para a violência doméstica, não há uma norma técnica, como a da violência sexual, já descrita anteriormente, que orienta as ações a serem realizadas. Portanto, D'Oliveira et al (2009) afirmam que na maior parte dos casos assistidos nos serviços de saúde, os profissionais não têm uma especificação para pautar suas ações sobre a situação de violência que pode estar envolvida em várias das queixas e sintomas relatados.

A abordagem integral da atenção primária às mulheres vítimas de violência é fundamental para lidar com esse problema complexo. A atenção primária desempenha um papel fundamental na identificação precoce de casos de violência e na oferta de suporte adequado, pois esse nível de atenção coloca grande ênfase em ações de promoção e prevenção da saúde.

Além disso, a atenção primária tem uma cobertura ampla, especialmente com a implementação crescente da Estratégia de Saúde da Família. Esse modelo de cuidado valoriza a visita domiciliar, o que permite um contato mais próximo com as mulheres ao longo de suas

vidas. Essa proximidade facilita a identificação de situações de violência, pois os profissionais de saúde têm a oportunidade de observar possíveis sinais e sintomas e estabelecer um relacionamento de confiança com as mulheres (Brasil, 2018).

A atenção primária também aborda problemas de saúde comuns que estão frequentemente associados à violência doméstica e sexual contra a mulher. Por exemplo, questões de saúde mental, lesões físicas, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada são problemas que podem estar presentes em casos de violência. Ao abordar essas questões de forma integrada, os profissionais de saúde da atenção primária podem identificar indícios de violência e fornecer o suporte necessário às mulheres.

O episódio vivido por Maria, em que uma médica teve a sensibilidade de abordar a questão da violência durante uma consulta sobre a tireoide, destaca-se como um exemplo de conduta exemplar na Unidade Básica de Saúde (UBS) para enfrentar o silenciamento e a invisibilidade cultural relacionados à violência doméstica. Essa abordagem demonstra o reconhecimento da importância de romper com o tabu e o medo que cercam o tema, permitindo que as mulheres se sintam seguras e encorajadas a falar sobre sua realidade. Ao adotar uma postura sensível e proativa, essa médica contribuiu para criar um ambiente de confiança, onde as pacientes puderam expressar suas experiências de violência e receber apoio adequado. Esse tipo de conduta é fundamental para quebrar o ciclo de silêncio e promover a conscientização sobre a violência doméstica, bem como oferecer o suporte necessário para as mulheres afetadas.

De acordo com as orientações do portal do Ministério da Saúde, é fundamental que os profissionais da Atenção Básica estejam atentos aos sinais de violência e sensíveis às dificuldades das pessoas em se expressarem verbalmente. Eles devem acolher e observar as

expressões do indivíduo, respeitando seu tempo e desejo para relatar as vivências de violência, garantindo o sigilo e a ética profissional (Brasil, 2014).

Além disso, o portal destaca o papel importante dos agentes comunitários de saúde na prevenção da violência e promoção da cultura da paz por meio do acompanhamento domiciliar, estabelecendo vínculos e reduzindo danos (Brasil, 2014).

Além disso, é essencial que os profissionais conheçam a rede intersetorial do município para encaminhar adequadamente as pessoas para outros serviços e unidades da rede. Ações de prevenção da violência e promoção da cultura da paz podem proporcionar ambientes favoráveis, auxiliando as mulheres em situações de risco. Essas ações propiciam às pessoas a compreender o processo de violência em que vivem, analisar possíveis caminhos de enfrentamento e resolver a situação de violência de acordo com suas necessidades (Brasil, 2014).

5.3.2 Potencialidades e desafios da intervenção grupal

Ana teve a oportunidade de participar de uma intervenção grupal focada em compartilhar experiências sobre a gravidez. Embora esse grupo não tivesse como objetivo central abordar a violência, temas como esse poderiam ter sido discutidos e surgido naturalmente durante as conversas. Essa abordagem permite que Ana e outras participantes tenham um espaço seguro para expressar suas vivências e buscar apoio, mesmo que a discussão não seja o foco principal do grupo. Enquanto, Maria foi convidada a participar de um grupo específico para mulheres vítimas de violência. Essa iniciativa reconhece a necessidade de oferecer um espaço exclusivo para mulheres que enfrentam essa realidade, com o intuito de fornecer suporte especializado, compreensão mútua e ferramentas para lidar com a violência. Portanto, discutir intervenção grupal se torna necessário.

Sendo assim, as intervenções grupais são propostas pelas APS que, segundo Japur (2001), trata-se de um espaço em que os participantes compartilham objetivos específicos, apresentando uma relativa semelhança em termos de diagnósticos clínicos ou situações interpessoais.

Esses grupos são coordenados por um líder que adota uma postura ativa, oferecendo conselhos, sugestões e apoio aos participantes. Têm como função auxiliar as pessoas no enfrentamento de situações emocionais ou crises, proporcionando um ambiente de suporte mútuo. Neles, os participantes podem encontrar compreensão, encorajamento e orientação para lidar com estresses e desafios (Rasera e Japur, 2001).

A abordagem grupal tem como objetivo promover o sentimento de pertencimento e ajuda os indivíduos a se sentirem menos isolados em suas dificuldades. A troca de experiências e vivências semelhantes entre os participantes contribui para a construção de estratégias de enfrentamento eficazes e para o desenvolvimento de um maior entendimento de si mesmos e de suas situações.

Como no caso de Ana, que foi convidada a participar do grupo de mulheres grávidas na UBS, onde geralmente possui objetivos específicos relacionados à gestação, assim como informações sobre cuidados pré-natais, estágios da gravidez, compartilhar experiências e preparar-se para o parto e cuidados com o bebê. As participantes compartilham a vivência da gestação, o que cria uma relativa homogeneidade entre elas em relação à situação interpessoal.

Klein e Guedes (2008) reforçam a importância do grupo de gestantes ao mencionar que a participação nesse tipo de grupo favorece a reflexão sobre as experiências emocionais, ideias e sentimentos das mulheres grávidas. O grupo proporciona um espaço seguro onde as gestantes podem expressar suas dúvidas, ambivalências, medos, angústias, receios, dificuldades e preocupações relacionadas à gestação.

A participação no grupo de gestantes pode fortalecer o vínculo entre as gestantes e os profissionais da ESF, contribuindo para diminuir inseguranças, medos e ansiedades durante a gravidez. Essa abordagem de cuidado em grupo pode propiciar que as gestantes se sintam apoiadas, compreendidas e integradas a uma rede de suporte, tanto entre as participantes do grupo quanto com a equipe de saúde.

Porém diversos estudos relatam uma baixa adesão de mulheres grávidas em grupos de gestantes, como no caso de Ana, que não aderiu ao grupo. Almeida et al. (2019) mencionam que a falta de interesse, a falta de tempo devido a outros compromissos, a falta de conhecimento sobre a existência dos grupos e o receio de compartilhar experiências pessoais podem ser fatores que influenciam a baixa adesão.

Segundo Faisal-Cury et al. (2012), dificuldades no transporte, horários inadequados das reuniões e falta de acompanhamento adequado por parte da equipe de saúde podem dificultar a participação das gestantes nos grupos.

Um estudo realizado por Santos et al. (2013) apontou que a falta de apoio familiar e a falta de incentivo dos parceiros ou familiares podem ser fatores que dificultam a participação das gestantes nos grupos.

Já nos grupos de mulheres vítimas de violência, os objetivos são proporcionar um espaço seguro e acolhedor onde as mulheres possam compartilhar suas experiências, emoções, dúvidas e preocupações relacionadas à violência vivenciada, oferecendo suporte emocional e encorajamento mútuo entre as participantes (Vieira et al, 2015). Essa troca de vivências pode promover a compreensão mútua, reduzir o isolamento e fortalecer a rede de apoio.

Schraiber (2012) aponta que a adesão aos grupos de mulheres vítimas de violência pode ser influenciada por fatores relacionados ao estigma associado à violência, ao medo de retaliação por parte do agressor e à falta de apoio familiar. Enquanto Santos (2013) entende

que a adesão pode ser influenciada positivamente quando as mulheres se sentem acolhidas, compreendidas e respeitadas pela equipe de saúde, quando percebem benefícios em participar do grupo e quando encontram um ambiente seguro para compartilhar suas experiências.

Maria entende o grupo como uma ferramenta para sua experiência de vida e para compreender melhor os padrões e vivências relacionadas a relações abusivas. Ela acredita que ao participar do grupo, ela terá a oportunidade de compartilhar suas experiências, ouvir as experiências de outras mulheres e aprender com elas, e que isso pode ajudá-la a identificar os padrões prejudiciais presentes em relacionamentos abusivos e a desenvolver habilidades e estratégias para romper com esses padrões. “Eu vejo que isso atrapalha muito meus relacionamentos hoje em dia, eu me bloqueio com outras pessoas. Mas acho que posso aprender melhor sobre relações abusivas e de repente com isso ter uma relação saudável” (Entrevista, Maria, p. 3).

Ambas as intervenções grupais, embora proponham temas de debater diferentes, visam oferecer suporte e promover a conscientização sobre a violência, cada uma com sua ênfase particular. Tanto a participação em um grupo que permite a discussão indireta da violência, como a adesão a um grupo específico para vítimas, são importantes formas de buscar apoio, compartilhar experiências e romper com o isolamento, muitas vezes imposto pela violência de gênero.

Considerações Finais

A presente monografia teve como objetivo discutir os desafios da violência contra a mulher na perspectiva da saúde pública, com ênfase na Atenção Primária, portanto, foram abordadas as camadas da violência de gênero e a importância desse tema na saúde pública. Busquei alcançar o objetivo ao proporcionar uma visão das experiências de duas mulheres vítimas de violência que não buscaram ajuda na Atenção Primária.

A pesquisa revelou os desafios enfrentados por essas mulheres em buscar auxílio, nomear a violência e reconhecer a Atenção Primária como um recurso útil nesse processo. Foi possível entender alguns processos que corroboram com a invisibilidade dessa violência, e com isso a naturalização do silenciamento.

Diante das narrativas, foi possível perceber que os valores culturais desempenham um papel significativo no sofrimento vivenciado pelas mulheres, uma vez que questões relacionadas à violência estão enraizadas nos estereótipos de gênero. O silêncio e a resignação são impostos como padrões de existência feminina, limitando a expressão e a busca por ajuda diante das situações de violência.

Portanto, ficou claro a importância que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para lidar com essa realidade de forma sensível e eficaz. Além de tratar as consequências da violência, é fundamental priorizar a prevenção primária, buscando interromper o ciclo da violência e promover relações equitativas de gênero.

Sugere-se que futuras pesquisas abordem especificamente as experiências de mulheres que buscaram atendimento na Atenção Primária. Isso permitiria aprofundar o conhecimento sobre a eficácia e outros desafios desse serviço no enfrentamento da violência contra a mulher, assim como as barreiras e facilitadores enfrentados por essas mulheres ao

buscar ajuda nesse contexto.

Essas novas pesquisas podem fornecer informações valiosas para melhorar a abordagem da Atenção Primária em relação à violência de gênero e auxiliar no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para a prevenção, identificação e atendimento das mulheres vítimas de violência.

Referências Bibliográficas

Adesse, L., Monteiro, M. F. G., & Levin, J. (2008). *Grave problema de saúde pública e de justiça social*. Radis Comunicação em Saúde, 66, 10–5. Recuperado de

<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis%2066.pdf>

Andrade Coelho (Eds.), *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação* (pp. 19-37). Curitiba: Appris.

Ávila, T. P. D. (2017). *Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher*. In *Mulheres e violências: interseccionalidades* (pp. 523-545).

Brasília: Technopolitik.

Azambuja, M. P. R. D., & Nogueira, C. (2008). *Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública*. *Saúde e Sociedade*, 17(3),

101-112.

Barreto, MB Roseira, P Escarameia, VL Raposo, V Ferreira & V Moreira. *Direitos humanos das mulheres* (Corpus Iuris 562 Gentium Conimbrigae, 4. Faculdade de Direito de Coimbra, pp. 157-170). Coimbra: Coimbra Editora.

Borges, V.R., & Gebrim, L.H. (2014). *O feminicídio como um fenômeno social contemporâneo*. *Revista Integração*, 1(2), 41-55.

Brasil. (1996). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Recuperado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. (2010). Relatório de Pequim: *Conferência Mundial sobre a Mulher*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Brasil. (2018). Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Brehmer, L. C., & Ramos, D. D. (2016). *A construção histórica do sistema de saúde no Brasil: avanços e desafios*. Revista de Saúde e Pesquisa, 9(3), 531-538.

Brehmer, L. C. de F., & Ramos, F. R. S. (2016). *O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções*. Interface Comunicação Saúde e Educação, 20(56), 135-145. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150218>

Carneiro, A. C. L. L., Souza, V. D., Godinho, L. K., Faria, I. C. M. D., Silva, K. L., & Gazzinelli, M. F. (2012). *Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária*. Revista Panamericana de Salud Pública, 31(2), 115-120.

Carvalho, I. S., & Coelho, V. L. D. (2005). *Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva*. Estudos de Psicologia (Natal), 10, 231-238.

Costa, H. S. (2018). *Poder e violência no pensamento de Michel Foucault*. Sapere aude, 9(17), 153-170.

Cúnico, S. D., Faraj, S. P., Quintana, A. M., & Beck, C. L. C. (2014). *Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil*. Mudanças – Psicologia da Saúde, 22(1), 41-47.

Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas, SP: Papyrus.

- Diniz, G. R. S., & Angelim, F. P. (2003). *Violência doméstica*. Revista de Psicologia da UNESP, 2(1), 16-16.
- Diniz, G. R. S., & Pondaag, M. C. M. (2006). *A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência*. Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano: Estudos em Representações Sociais, 233-259.
- de Lucena, K. D. T., Deininger, L. D. S. C., Coelho, H. F. C., Monteiro, A. C. C., de Toledo Vianna, R. P., & do Nascimento, J. A. (2016). *Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher*. Journal of Human Growth and Development, 26(2), 139-146.
- d'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., Hanada, H., & Durand, J. (2009). *Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 14, 1037-1050.
- da Silva Gonçalves, M. C. (2007). *O uso da metodologia qualitativa na construção do conhecimento científico*.
- Ferrante, D., Garbelini, F., Santos, M. A. D., & Vieira, E. M. (2009). *Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo*. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 13, 287-299.
- Garcia, C. C. (1994). *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Gebrim, L. M., & Borges, P. C. C. (2014). *Violência de gênero: tipificar ou não o femicídio/feminicídio?*. Revista de informação legislativa, 51(202), 59-75.
- Guimarães, F. (2009). *"Mas ele diz que me ama-": impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres*.

Klein, M. M. D. S., & Guedes, C. R. (2008). *Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde*. *Psicologia: ciência e profissão*, 28, 862-871.

Kind, L., Orsini, M. D. L. P., Nepomuceno, V., Gonçalves, L., Souza, G. A. D., & Ferreira, M. F. F. (2013). *Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1805-1815.

Koss, M. V. (2000). *Feminino + masculino: uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades*. São Paulo: Escrituras.

Lino, V. T. S., Portela, M. C., Camacho, L. A. B., Rodrigues, N. C. P., Andrade, M. K. D. N., & O'Dwyer, G. (2016). *Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional*. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.

Lopes, C. B. (2005). *Direitos humanos das mulheres: dois passos à frente, um passo atrás*. In AM Rodrigues, CB Lopes, IC

Minayo, M. C. (1994). *A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública*. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl. 1), 07-18.

Minayo, M. C. D. S. (2006). *Violência e saúde*. Editora Fiocruz.

Minayo, M. C., & Gualhano, L. (2016). *Pesquisa qualitativa para pensar e atuar no campo da saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(8).

Oliveira, A. C., Gondim de A., Costa, M. J. S., & Souza, E. S. S. (2015). *Feminicídio e Violência de Gênero: Aspectos Sociojurídicos*. *Revista Online do CESED—Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento*, 16(24/25).

Organização Mundial da Saúde, & Krug, E. G. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 380-380). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Passos, M. M. (2019). *A epidemia de morte de mulheres no Brasil: um olhar crítico sobre o feminicídio*.

Pimenta, J. C. (2011). *Violência Contra mulher: Um desafio para a atenção básica à saúde*.

Pondaag, M. C. M. (2003). *O dito pelo não dito: desafio no trabalho com mulheres vítimas de violência* (Doctoral dissertation, Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília).

Porto, M., & Bucher-Maluschke, J. S. (2012). *Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal*. *Psicologia em Estudo*, 17, 297-306.

Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF (Portaria SES-DF N° 1274 de 22 de Novembro de 2018, publicada no DODF N° 238 de 17.12.2018).

Ramírez-Gálvez, M. C. (2005). *Preeminências femininas e ausências masculinas no aborto voluntário*. In M. B. Ávila, A. P. Portella, & V. Ferreira (Eds.), *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). *Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14, 201-209.

Rodrigues, C. (2005). *Butler e a desconstrução do gênero*.

Rubin, B. (2012). *O papel das conferências mundiais sobre as mulheres frente ao paradigma do empoderamento feminino*. *Leopoldianum*, 38(104-6), 61-84.

Saffioti, H. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Ministério Público do Estado da Bahia.

Santos, A. M. C. C. (2009). *Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.

Santos, V. C., Anjos, K. F. D., Souza, R., & Eugênio, B. G. (2013). *Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública*. *Revista Bioética*, 21, 494-508

- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P., França-Junior, I., & Pinho, A. A. (2002). *Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde*. Revista de Saúde Pública, 36, 470-477.
- Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F. P., França-Junior, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludermir, A. B., ... & Couto, M. T. (2007). *Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil*. Revista de Saúde Pública, 41(5), 797-807.
- Schraiber, L. B., D'oliveira, A. F. P., & França Junior, I. (2008). *Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005*. Revista de Saúde Pública, 42, 127-137.
- Scott, J. W., Louro, G. L., & Silva, T. T. D. (1995). *Gênero: uma categoria útil de análise histórica de Joan Scott*. Educação & realidade. Porto Alegre. Vol. 20, n. 2 (jul./dez. 1995), p. 71-99.
- Soares, G. S. (2003). *Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados*. Cadernos de Saúde Pública, 19(suppl 2), S399-S406.
- Souto, L. R. F., & Oliveira, M. H. B. D. (2016). *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal*. Saúde em Debate, 40, 204-218.
- Vasconcelos, E. M. (2006). *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Vicente, I. P. (2017). *A convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW) e as medidas adotadas pelo Brasil para garantir sua efetivação*.
- Viza, B., Sartori, M. C., & Zanello, V. (2017). *Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Tribunal de Justiça do

Distrito Federal e Territórios. <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/cidadania/centro-judiciario-mulher/documentos-e-links/e-book-maria-da-penha-vai-a-escola>

World Health Organization & Krug, E. G. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde (pp. 380-380). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). *Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico*. Fractal: Revista de Psicologia, 27, 238-246.

Zanello, V. (2018). *Dispositivo da Eficácia*. In A. V. de A. Coelho, M. Caetano, & S. C. de Andrade Coelho (Eds.), *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação* (pp. 219-267). Curitiba: Appris.

Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, cultura e processos de subjetivação*. In A. V. de A. Coelho, M. Caetano, & S. C.