UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA BAQUIÃO

Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde

RIBEIRÃO PRETO
2022

LARISSA BAQUIÃO

Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Zeyne Alves Pires Scherer

RIBEIRÃO PRETO

2022

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

Baquião, Larissa
Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde. Ribeirão Preto, 2022.
138p.:il.;30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Orientador: Zeyne Alves Pires Scherer

1. Violência contra a mulher. 2. Enfermagem. 3. Gênero e Saúde.

BAQUIÃO, Larissa

Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em 09/12/2022

Presidente

Prof. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Comissão Julgadora

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - FFCLRP/USP

Prof. Dra. Angelina Lettiere-Viana

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Prof. Dr. Ana Carolina Ferreira Castanho

Instituição: Universidade Paulista - UNIP

DEDICATÓRIA

À minha filha, Açussena, por ser uma mulher forte e determinada.

Às mulheres que participaram deste estudo e a todas as mulheres que conseguiram romper com a violência.

AGRADECIMENTOS

A professora Zeyne Alves Pires Scherer por me acolher, me orientar, compartilhar conhecimentos e contribuir com a realização de um sonho.

Ao meu esposo, Cláudio, pelo carinho e apoio sempre.

A minha família, por estar sempre presente em todos os momentos desta jornada.

Aos colegas de pós-graduação pela convivência agradável e troca de conhecimentos.

A gestora de saúde de Muzambinho, à coordenadora e equipes das ESFs e equipe da vigilância epidemiológica pelo acolhimento, confiança e pelo interesse em melhorias nas condições de vida e saúde da população, gestão 2019/2022.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas campus Muzambinho por me possibilitar a realização do doutorado.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001".

RESUMO

BAQUIÃO, Larissa Sales Martins. Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

A violência afeta mulheres mundialmente e envolve causas sociais, políticas e econômicas. O objetivo do estudo foi compreender as representações sociais que mulheres usuárias da atenção básica têm sobre violência doméstica. Pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa desenvolvida em um município mineiro com a participação de 12 mulheres notificadas, como casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, com 18 anos ou acima dessa idade e que foram atendidas em unidades de saúde, no período de 2016 a 2020. Utilizou-se o critério de progressão aritmética de razão 15 a partir da primeira mulher citada na lista das notificações e as mulheres foram contatadas via telefônica e convidadas a participar da pesquisa. As entrevistas individuais ocorreram nas dependências de sete unidades de saúde, em 2021, e foram interrompidas quando os dados se mostraram repetitivos. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As participantes consideraram como violência as agressões físicas, verbais e sexuais e manifestaram seus conhecimentos acerca da violência ancorados nas representações sociais do senso comum, traduzidos por atitudes concretas de violência praticadas pelo agressor como tapa, enforcamento, estupro e xingamento. Quase metade das participantes vivenciaram violência durante a gestação e sobre a percepção da violência entre casais, suas falas são representadas pela opressão do homem e a submissão da mulher. Os depoimentos refletem sentimentos de raiva, indignação, revolta, tristeza, humilhação, impotência e medo ao falar sobre a violência vivenciada, que ocorre de forma rotineira, tendo como principal perpetrador o homem e atribuem a prática da violência ao uso do álcool e ciúmes. Sobre os motivos que as levaram a não denunciar o vivido, os sentimentos mais expressados foram o medo e a dependência financeira. Todas as participantes declararam não conhecer nenhum tipo de apoio à mulher em situação de violência no município e procuraram a polícia ou a família quando precisaram de ajuda, mas revelaram não ter tido suas necessidades atendidas. Demonstraram pouco conhecimento acerca das medidas preventivas e punitivas para a prática da violência contra a mulher. Durante a pandemia, algumas das participantes relataram intensificação da violência, sempre com agressores homens, sendo que a maioria não procurou nenhum tipo de ajuda. Consideramos que intervenções para prevenção, redução da incidência e prevalência da violência contra a mulher irão contribuir de forma significativa para esta e outras gerações. Faz-se necessário buscar equidade social para a

população feminina e agir sob fatores determinantes e condicionantes que envolvem a violência contra a mulher.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Enfermagem. Gênero e Saúde.

ABSTRACT

BAQUIÃO, Larissa Sales Martins. Social representations of domestic violence against women assisted in the health sector. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Violence affects women worldwide and it involves social, political and economic causes. The objective of the study was to comprehend the social representations that women who are patients of primary health care services have about domestic violence. Exploratory descriptive research with a qualitative approach carried on a municipality in the Brazilian state of Minas Gerais with the participation of 12 notified women, such as suspicious or confirmed cases of domestic violence, at 18 years old or older and who received services in health care units, from 2016 to 2020. The criterion of arithmetic progression of ratio 15 was used starting from the first woman mentioned in the list of notifications and the women were contacted through the phone and invited to participate in the research. The individual interviews were conducted in the facilities of seven health care units, in 2021, and they were interrupted when the data started being repetitive. The content analysis technique was used to analyze the data. The project was approved by the Municipal Health Department and the Committee for Ethics in Research. The participants considered the physical, verbal and sexual aggressions as violence and showed their knowledge regarding violence based on the social representations of the common sense, being that knowledge translated into concrete acts of violence committed by the aggressor such as slapping, suffocation, raping and cursing. Almost half of the participants suffered violence during gestation and about their understanding of violence between couples, their speeches are represented by the oppression of the man and the submission of the woman. The declarations reflect feelings of anger, indignation, rebellion, sadness, humiliation, impotence and fear when speaking about the violence experienced, which occurs on a daily basis, and having the man as its main perpetrator and the women attribute the practice of violence to alcohol consumption and jealousy. Regarding the reasons that led them not report what they suffer, the feelings that are mostly expressed were fear and financial dependence. All participants declared not knowing any kind of support for women in situations of violence in the municipality and they looked for the police or their families when they needed help, but revealed not having their needs met. They demonstrated little knowledge of the preventative and punitive measures for the practice of violence against women. During the pandemic, some of the participants reported an increase of the violence, always with male aggressors, considering that most didn’t search for any type

of help. We believe that interventions for prevention, reduction of the incidence and prevalence of violence against women will contribute to this and other generations in a significant way. It's necessary to seek social equity for the female population and act on determining and conditioning factors which involve violence against women.

Key words: Violence against women. Nursing. Gender and Health.

RESUMEN

BAQUIÃO, Larissa Sales Martins. Representaciones sociales de la violencia intrafamiliar contra las mujeres atendidas en el sector salud. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

La violencia afecta mundialmente a las mujeres e implica causas sociales, políticas y económicas. El objetivo del estudio era comprender las representaciones sociales que las mujeres que se utilizan de la atención básica tienen sobre la violencia doméstica. Una encuesta e investigación exploratoria-descriptiva con enfoque cualitativo elaborada en un municipio de Minas Gerais, en la cual participaron 12 mujeres que habían sido notificadas como casos sospechosos o confirmados de violencia doméstica. Estas mujeres tenían 18 años o más y habían recibido atención de salud durante el período de tiempo que abarca los años de 2016 hasta el año 2020. Se utilizó el criterio de progresión aritmética de razón 15, a partir de la primera mujer mencionada en la lista de notificaciones y las mujeres fueron contactadas por teléfono e invitadas a participar de la investigación. Las entrevistas individuales se realizaron en las instalaciones de siete unidades de salud en el año 2021, y fueron interrumpidos cuando los datos resultaron ser repetitivos. Para el análisis de datos se utilizó la técnica de análisis de contenido. El proyecto fue aprobado por la Secretaría Municipal de Salud y el Comité de Ética en Investigación. Las participantes consideraron violencia las agresiones físicas, verbales y sexuales y expresaron sus conocimientos sobre la violencia anclados en las representaciones sociales del sentido común, traducidas en actitudes concretas de violencia practicadas por el agresor, como bofetadas, ahorcamientos, violaciones y maldiciones. Casi la mitad de las participantes sufrieron violencia durante el embarazo, y sobre la percepción de la violencia entre parejas, sus discursos están representados por la opresión de los hombres y la sumisión de las mujeres. Las declaraciones reflejan sentimientos de ira, indignación, revuelta, tristeza, humillación, impotencia y miedo al hablar de la violencia vivida, la cual ocurre de manera rutinaria, siendo el principal perpetrador el hombre, y atribuyen la práctica de la violencia al consumo del alcohol y los celos. Sobre los motivos que los llevaron a no relatar lo vivido, los sentimientos más expresados fueron el miedo y la dependencia económica. Todas las participantes declararon no conocer ningún tipo de apoyo a las mujeres en situación de violencia en el municipio y buscaron a la policía o a la familia cuando necesitaban ayuda, pero revelaron que sus necesidades no habían sido atendidas. Mostraron poco conocimiento sobre las medidas preventivas y punitivas para la práctica de la violencia contra la mujer. Durante la pandemia

algunas de las participantes reportaron una intensificación de la violencia, siempre con agresores masculinos y la maioria no buscó ningún tipo de ayuda. Creemos que las intervenciones para prevenir, reducir la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres, contribuirán significativamente a esta y a otras generaciones. Es necesario buscar la equidad social para la población femenina y actuar sobre los condicionantes y determinantes que involucran la violencia contra las mujeres.

Palabras Clave: La violencia contra las mujeres. Enfermería. Género y Salud.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia da violência.....23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dias e Horários autorizados pelas UBSs para realização das entrevistas.....63

Quadro 2 - Descrição das participantes.....70

LISTA DE SIGLAS

ACS Agentes Comunitários de Saúde

APS Atenção Primária em Saúde

CISLAGOS Consórcio Intermunicipal de Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DDM Delegacias de Defesa da Mulher

ESF Estratégias de Saúde da Família

FBSP Fórum Brasileiro de Segurança Pública

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OEA Organização dos Estados Americanos

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres

PNUD Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

PSF Programa Saúde da Família

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISREG Sistema Nacional de Regulação

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

USP Universidade de São Paulo

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....18
2 INTRODUÇÃO 20
3 MARCO TEÓRICO.....22
3.1 Contextualização da violência.....22
3.2 Dimensão epidemiológica da violência doméstica contra a mulher 27
3.3 (In)visibilidade da Violência 30
3.4 Questões sócio culturais e seu impacto na violência contra a mulher 31
3.5 Políticas públicas de atenção à mulher em situação de violência 34
3.6 Os serviços de saúde e a atenção à mulher em situação de violência 40
3.7 A articulação/desarticulação intersetorial do cuidado 44
3.8 Fatores de risco associados à violência 45
3.9 Prevenção da Violência 46
3.10 A violência contra a mulher e a pandemia da COVID-19.....47
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INTERPRETAÇÃO 51
4.1 Representações Sociais 51
5 JUSTIFICATIVA 56
6 OBJETIVOS.....59
6.1 Objetivo Geral.....59
6. 2 Objetivos Específicos.....59
7 PERCURSO METODOLÓGICO 60
7.1 Natureza da Pesquisa 60
7.2 Dificuldades encontradas no percurso metodológico.....60
7.3 Cenário do Estudo 61
7.4 Sujeitos do Estudo 62
7.5 Critérios de inclusão e exclusão 62
7.6 Procedimento de coleta de dados 63
7.7 Instrumentos para Coleta dos Dados 65
7.8 Tratamento dos dados 67
7.9 Considerações Éticas 67

7.10 Riscos e Benefícios 68
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....70
8.1 Perfil sociodemográfico das participantes 70
8.2 Categorias Identificadas 72
8.2.1 Categoria 1: Representações da violência doméstica para as mulheres que a vivenciaram.....72
8.2.2. Categoria 2: Representações da violência doméstica e a rede de proteção à mulher: *"Se tem eu desconheço"* 88
8.2.3. Categoria 3: Representações da violência doméstica para as mulheres durante a pandemia do COVID-19.....104
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....109
REFERÊNCIAS 112
APÊNDICES 130
ANEXO.....139

1. APRESENTAÇÃO

O interesse pela pesquisa na temática da violência contra a mulher se deu a partir de um atendimento de enfermagem realizado a uma mulher na sala de curativo de um ambulatório de especialidades. A técnica de enfermagem realizava o curativo e ao passar pela sala para acompanhamento dos casos, na condição de enfermeira da unidade, me deparei com uma mulher na faixa etária de 30 a 40 anos que apresentava hematomas pelo corpo, lesões em membros inferiores e ausência de alguns dentes incisivos. Vinha acompanhada de três filhos com idades entre dois e seis anos e revelou que possuía um companheiro bom e trabalhador, mas que ele bebia aos finais de semana e ao chegar em casa embriagado a espancava. Aquela situação me incomodou, pois simplesmente realizar os curativos não bastava.

Numa trajetória de 10 anos de formação e atuação na área de enfermagem me deparei com algumas situações inéditas. A primeira, por uma mulher revelar a violência vivenciada, e a segunda por não saber como prestar uma assistência integral para estes casos. Naquele momento percebi que durante minha graduação em Enfermagem, 1997 a 2000, e três pós-graduações na área, não havia estudado sobre a temática e o manejo dos casos de violência contra a mulher e que durante dez anos de atuação como enfermeira, nunca fui capacitada para tal.

Daí o assunto se tornou uma inquietação e percebi a necessidade de buscar informações. A partir de algumas buscas consegui perceber que haviam lacunas na formação e atuação de profissionais de saúde, pois não somente de minha parte, mas de toda a equipe que comigo atuava: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, enfim, o serviço de saúde do município de forma geral não estava preparado para o acolhimento e acompanhamento dos casos, nem tampouco os notificava. E passei a refletir quantos casos de violência já não teriam passado pelo serviço e ficado na invisibilidade.

Neste período também atuava como docente em um curso Técnico em Enfermagem e analisando o conteúdo programático das disciplinas, nenhum deles abordava sobre o manejo da violência contra a mulher. Apesar do assunto vir ganhando destaque desde as reivindicações do movimento feminista, em torno de 1970, dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) prezarem por uma assistência integral, ainda assim pouco se falava sobre a violência contra a mulher com profissionais de saúde em nossa região.

Na tentativa de melhor compreender acerca da temática, em 2016 iniciei o mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e em conjunto com a orientadora, Professora.

Ana Maria de Almeida, realizamos uma pesquisa intitulada “Conhecimento e percepção de estudantes de um curso Técnico em Enfermagem acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo”.

O objetivo do estudo foi identificar a percepção e o conhecimento destes estudantes acerca da violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. Tratou-se de um estudo quantitativo, contou com a participação de 84 estudantes e ocorreu em 2017. Os achados demonstraram que os estudantes possuíam um conhecimento parcial acerca do manejo dos casos de violência doméstica e lacunas em sua formação necessitavam ser preenchidas, recomendando-se a inclusão do tema no conteúdo programático do curso e possibilitar experiências práticas aos mesmos, o que foi executado, e atualmente o curso aborda o assunto com os estudantes na disciplina de Saúde Coletiva. O trabalho foi publicado em eventos científicos.

Na oportunidade cursei uma disciplina específica sobre violência denominada “Violência Interpessoal: Ações Integradas de Cuidado à Mulher em Situação de Violência”, e tive o primeiro contato com a ministrante, Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer.

O desejo de dar continuidade à pesquisa sobre violência contra a mulher persistiu e me ingressei no programa de doutoramento, em 2019, permanecendo na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, e as representações sociais da violência contra a mulher constituiu um segundo tema de estudo, sob orientação da Profa. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer. O objetivo do estudo foi compreender as representações sociais que mulheres em situação de violência tinham sobre tal ocorrência.

Em todo este período só reafirmei o apreço que tenho pelos estudos. Atuar como docente e como discente me faz bem.

2. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno histórico e social bastante prevalente na sociedade e se materializa nas representações individuais e coletivas sendo definida por situações em que a pessoa é desapoderada na condição de sujeito e caracterizada na condição de objeto, a partir de relações de poder utilizando de força física, intimidação psicológica, formas de imposição ou opressão (MINAYO, 2013).

A construção da violência doméstica está historicamente relacionada à posição que homens e mulheres ocupam perante à sociedade, em que os homens, detentores do poder, ocupam a posição de autoridade máxima nas relações familiares, tanto na condição de pai como de esposo (DUARTE et al., 2015). A violência afeta mulheres mundialmente e envolve causas sociais, políticas, econômicas e os fatores biológicos. É um fenômeno com maior ocorrência no âmbito doméstico e tem como principal agressor o parceiro (SILVA, OLIVEIRA; 2015). A luta pela igualdade de gênero compõe a história social brasileira, pois a necessidade de implantação de leis específicas para proteção da mulher reafirma as desigualdades existentes (BRASIL, 2014a).

Estimativas globais divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, em torno de 35% das mulheres, mundialmente já vivenciaram violência física ou sexual durante a vida e 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento vivenciaram experiências de violência física ou sexual perpetrada pelo parceiro e consequentemente 38% dos assassinatos femininos são praticados por um parceiro masculino. Estima-se que, em todo o mundo, 42% das mulheres que sofreram abusos físicos e/ou sexuais perpetrados por um parceiro, tiveram ferimentos decorrentes da violência (OPAS, 2017).

Embora não se saiba exatamente os custos econômicos gerados pela violência, é possível elencar alguns deles, como: a necessidade de tratamento, uso de serviços de saúde mental, atendimentos emergenciais e respostas da justiça criminal. Há também os custos indiretos, como possibilidade de absenteísmo e desemprego, afetar o desempenho no trabalho; capacidade limitada de se auto cuidar e cuidar de seus filhos (WHO, 2008; OPAS, 2017).

Muito do que se sabe acerca da violência perpetrada contra mulheres é proveniente de pesquisas de base populacional, sendo que estas pesquisas apontam que abusos físicos, sexuais e psicológicos são comuns e deletérios a saúde e o bem-estar das mulheres atingidas mundialmente. Portanto, depender exclusivamente de dados coletados de forma rotineira, a partir da demanda espontânea nos serviços policiais e de saúde não seria suficiente para formular e monitorar planos de prevenção abrangentes (OMS, 2014). Ademais a subnotificação

limita o diagnóstico do problema e ações que atenuem a violência (CERQUEIRA; MOURA; PASINATO, 2019).

Pesquisas apresentam que apesar da violência ser um problema global e que apesar de ações intersetoriais serem preconizadas pelo SUS, ainda há um despreparo profissional para atender estas demandas. Esta falta de capacitação ou lacunas na formação profissional reforçam práticas discriminatórias e fragilizam um cuidado eficiente (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; TAVARES, 2015). O atendimento focado na queixa/conduta reforça a invisibilidade da violência, indo na contramão da assistência integral, tampouco intersetorial (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; SANTOS, 2015; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Compete às instituições de ensino a inclusão da temática violência nas estruturas curriculares dos cursos (AZEVEDO, DUTRA, 2019), pois uma formação insuficiente não só limita a assistência como também a prevenção de agravos e promoção da saúde.

Alguns dos motivos pelos quais levam as mulheres a não romper com a violência estão a vergonha de se expor, a expectativa de mudança de comportamento do parceiro, não conhecer redes de apoio, dependência econômica e afetiva do parceiro. De acordo com Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres (2016), que tem um capítulo específico para tratar da Atenção às mulheres em situação de violência, aponta a importância do acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento de plano de cuidados em que profissionais devam ter a capacidade de detectar os casos de violência e prestar assistência integral, humanizada, primando pela privacidade da mulher. Um atendimento acolhedor, respeitoso e livre de julgamentos pode estimular a mulher a assumir um posicionamento crítico da situação vivenciada (BRASIL, 2016).

A inserção da mulher no mercado de trabalho pode resultar em diminuição da violência doméstica, pois através do seu empoderamento econômico, aumenta o seu poder de barganha. Entretanto, apesar de importante sua participação no mercado de trabalho, ainda não supera a desigualdade de gênero que impulsiona a violência (CERQUEIRA; MOURA; PASINATO, 2019).

Em populações de situação econômica mais privilegiada, há evidências que a inclusão de ações de prevenção à violência na juventude, em programas escolares, é eficaz, porém em populações de baixa renda, ações para aumentar o empoderamento social e econômico das mulheres se mostraram mais adequados para diminuição da violência perpetrada por parceiro (OPAS, 2017).

3. MARCO TEÓRICO

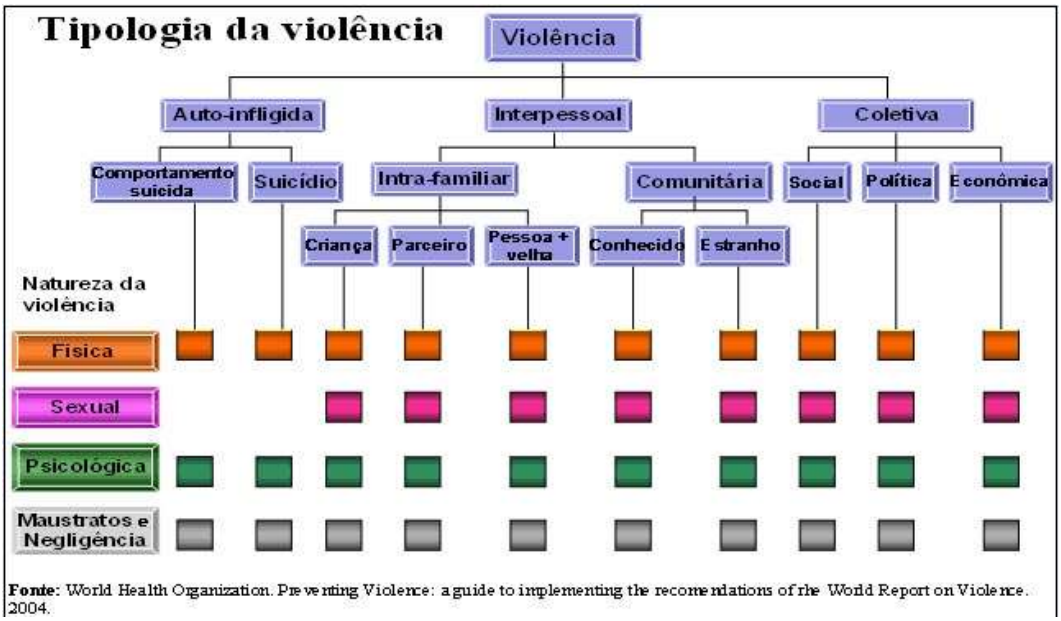
3.1. Contextualização da violência

A violência é considerada um problema de saúde pública e impacta na qualidade de vida de quem vivencia como também de quem presencia. Envolve relações de dominação e afeta indivíduos de qualquer faixa etária, classe social, raça, religião, estado civil ou escolaridade. Pode ocorrer no ambiente doméstico, escolar, de trabalho, espaços religiosos, comunitários, dentre outros.

A OMS (2014), define a violência como uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, podendo ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações. Segundo Krug et al. (2002) algumas formas de violência podem resultar em problemas físicos, psicológicos e sociais que não obrigatoriamente levam a lesões, invalidez ou morte. Esses impactos podem se manifestar a curto ou longo prazo e por este motivo suas definições não devem se dar exclusividade aos termos lesões ou mortes pois limitaria a compreensão da totalidade do impacto da violência sobre as pessoas.

A tipologia da violência proposta no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS (KRUG et al., 2002), é dividida em três categorias, baseado em quem a pratica, sendo elas: violência auto-infligida, violência interpessoal e violência coletiva. A auto-infligida se refere a comportamento suicida ou de auto-abuso. A violência interpessoal (da família e de parceiro(a) íntimo(a); comunitária) pode ocorrer entre pessoas com ou sem laços de parentesco em ambiente público ou privado. E a violência coletiva é relativa a formas de violência social (crimes de ódio, atos terroristas), política (guerras e conflitos políticos) e econômica (motivadas pela lucratividade). E cada uma destas categorias pode ser subdividida de acordo com a natureza dos atos violentos em física, sexual, psicológica, maus tratos e negligência (Figura 1).

Figura 1 - Tipologia da violência



Fonte: WHO (2004).

A violência física é definida como atitudes violentas com o uso da força física de modo intencional, com intuito de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou até mesmo destruir a pessoa, podendo, ou não, resultar em lesões aparentes. São exemplos de violência física, tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras (KRUG et al., 2002; HASSE, 2016). Vítimas de violência estão suscetíveis a maior risco de desenvolver transtornos psíquicos como ansiedade, pânico, fobia, depressão, distúrbios do sono, surtos psicóticos, transtornos de estresse pós-traumático e comportamento suicida (NORMAN et al., 2012). Além de lesões físicas, a violência contra a mulher pode gerar incapacitação, depressão, interferências na saúde reprodutiva, gravidez indesejada, aborto inseguro, impulsionar o uso de álcool, tabaco e drogas, gerar comportamento sexual de alto risco, câncer, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids e outras doenças crônicas e infecciosas, bem como morte prematura (OMS, 2014).

A violência sexual é qualquer ação na qual uma pessoa obriga a outra a ter, presenciar, ou participar de alguma forma de interações sexuais ou a utilizar a sua sexualidade com fins lucrativos. Caracterizam violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada, masturbação e uso de linguagem erótica. Também se caracterizam como violência

sexual atitudes que interfiram na autonomia da pessoa sobre seus direitos sexuais e reprodutivos (KRUG, et al. 2002).

Violência Sexual é representada por atitudes violentas utilizadas pelos agressores no intuito de dominar as mulheres, causando prejuízos, muitas das vezes irreparáveis, à saúde física e mental das vítimas (OSHIKATA et al., 2011). Para Hasse (2016), a violência sexual pode ser entendida como atitudes que obrigam a pessoa a ter relação sexual através do uso da força, intimidação, chantagem, coerção, manipulação, suborno ou ameaça que interfira em sua vontade pessoal, inclusive forçar a prática de relações sexuais com terceiros ou atos que depreciem a vítima.

Assédio sexual é o uso de poder de uma pessoa que ocupa posição superior em uma instituição, através de insinuações ou propostas sexuais, intimidando a outra de alguma forma de prejuízo caso não seja correspondido (TELES; MELO, 2012). E o estupro é definido como qualquer conduta que, permeada por violência ou ameaça, atente contra a liberdade sexual do outro (a) e tem como característica importante para classificar o crime, a ausência de consentimento da vítima. Vale ressaltar que não é necessário haver penetração para sua caracterização. Para pessoas com idade inferior a 14 anos a questão do consentimento é ignorada, pois entende-se que o adolescente ou a criança não teria capacidade para consentir a prática sexual, automaticamente caracterizando estupro (BRASIL, 2018).

De forma geral, a violência sexual configura-se então, como relações sexuais não consentidas ou sua tentativa, comentários ou insinuações relativas a sexo, exercidos contra a vontade do outro, por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer situação, em ambiente público ou privado. Mulheres que vivenciam violência sexual devem receber cuidados integrais, incluindo a contracepção de emergência, profilaxia para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, realização de exames necessários, avaliação situação vacinal, além dos cuidados com as lesões físicas e apoio psicológico através de equipes capacitadas (OMS, 2014).

Para o perpetrador, o sexo forçado pode gerar gratificação sexual, manifestado pela expressão de poder e dominação sobre a vítima. Habitualmente, homens que praticam relações sexuais contra a vontade de suas esposas, acreditam que suas atitudes são legítimas, pelo fato de serem casados. Dentre os fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres para a violência sexual está ser casada ou viver com um parceiro, tendo em vista os índices de violência sexual praticada pelo parceiro, ser jovem, consumir álcool ou drogas, ter sofrido violência sexual anteriormente, ter múltiplos parceiros ou ser profissional do sexo e viver na pobreza (KRUG et al. 2002).

Violência psicológica é qualquer forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, controle de ações e punições humilhantes usando a intimidação, manipulação ou ameaça, podendo resultar em dano à autoestima ou identidade da pessoa (KRUG et al., 2002; TELES; MELO, 2012). O assédio moral inclui-se nesta forma de violência. A Negligência é definida como a omissão em prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa, desatenção, descuido, como por exemplo a privação de alimentos, o abandono e o isolamento (KRUG et al., 2002). A violência psicológica, apesar de tão nociva quanto às demais formas, ainda é pouco considerada pelos profissionais de saúde, autoridades públicas e meios de comunicação social.

A violência patrimonial trata-se de roubo, retenção ou danos aos bens materiais como destruição de objetos de uso pessoal, documentação, destruição ou deterioração de bens móveis ou imóveis afetando a própria identidade das mulheres atingidas, englobando a transferência de bens para o agressor através da coação ou indução ao erro (SAFFIOTI, 2015). E a violência moral está relacionada à dominação cultural, ofensa à dignidade e desrespeito aos direitos da pessoa, ações como calúnia, difamação ou injúria à honra ou reputação da pessoa, podendo inclusive ocorrer por meio virtual (MINAYO, 2006). As variadas formas de violência causam impactos multidimensionais, pois podem ocorrer em diferentes intensidades, tais como leve, grave ou gravíssima e também diferentes formas de violência costumam ocorrer mutuamente (BRASIL, 2020).

A violência contra a mulher vem ganhando visibilidade desde a década de 1970 em decorrência ao movimento feminista que luta, dentre outras questões, pela desnaturalização desta forma de violência. É definida como uma ação inespecífica ocorrida em cenário público ou privado, que provoca danos ou sofrimento físico, psicológico, moral, sexual, patrimonial, social ou político. Comportamentos como agredir a parceira, podem ser tidos como práticas culturais aceitáveis em algumas sociedades, mas na realidade são atitudes violentas, com importantes repercussões na saúde da pessoa (KRUG et al, 2002; OMS, 2014; OPAS, 2017). A partir desta definição de violência contra a mulher, condizente com a definição realizada na Convenção de Belém do Pará, 1994, reconhece-se que a violação dos direitos humanos não ocorre somente no contexto público, mas inclui o âmbito privado, o que não exclui intervenções do poder público e sociedade na prevenção e enfrentamento do problema (SOUZA et al., 2014; BRASIL, 2016).

A violência praticada por parceiro íntimo configura-se como comportamento de parceiros ou ex-parceiros íntimos que provoca danos físicos, sexual ou psicológico à mulher, incluindo comportamento controlador (OMS, 2014; OPAS, 2017). É a principal forma de

violência que acomete a população feminina, indica que as mulheres estão vivendo situações domésticas de caráter violento e ainda se relacionando com aqueles de quem se espera exatamente a interação oposta, neste caso, uma relação de confiança e prazer (SCHRAIBER, 2001). Esta forma de violência acontece mundialmente, independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural e normalmente as agressões físicas vem acompanhada de violência psicológica (KRUG et al., 2002).

A violência conjugal afeta pessoas de todas as classes sociais, raças, idades, etnias e orientação sexual e, está fundamentada no poder patriarcal, que promove a desigualdade entre homens e mulheres (LAMOGLIA; MINAYO, 2009). Se apresenta de variadas formas, como a psicológica, moral e sexual, e não necessariamente se limita a forma física, o que requer uma percepção mais apurada por parte dos profissionais em detectá-las (DUARTE et al., 2015).

É considerada violência doméstica/intrafamiliar a que acontece entre pessoas da mesma família, independente de laços consanguíneos, que dividem o mesmo espaço de moradia, ou entre os parceiros íntimos, ocorrida principalmente no ambiente doméstico, mas não exclusivamente neste. Ação ou omissão que possa afetar o bem-estar do outro membro da família e não se limita apenas ao espaço físico onde é perpetrada, mas também às relações em que se constrói e efetua (BRASIL, 2013b; MINAYO, 2006; ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA), 1994). De acordo com a Lei 11.340/2006, a violência doméstica e familiar é aquela baseada no gênero, praticada no domicílio, no contexto da família, com ou sem relação consanguínea entre os envolvidos, ou relação íntima de afetividade, que possa resultar em sofrimento, lesões ou morte à mulher se constituindo em violação dos direitos humanos (BRASIL, 2006).

Na década de 70, a categoria gênero estava circunscrita à perspectiva biologicista, conceituada apenas na diferenciação entre os sexos e posteriormente apontou para novas definições, considerando significados culturais, históricos e sociais. Neste sentido, gênero não se traduz em diferenças fixas e naturais relacionadas ao sexo, mas como símbolo para o estabelecimento de regras e ocupação do lugar social que indivíduo ocupa no sistema produtivo vigente. As pesquisas acerca das questões de gênero têm buscado aprimorar o conhecimento no que tange às dinâmicas das relações entre homens e mulheres e fatores que resultam em desigualdades de poder colocando a mulher em situação de inferioridade, predispondo-as a situações violentas no âmbito doméstico, sobretudo a partir de relações afetivas. Compreender esta dinâmica permite buscar alternativas para desconstrução das desigualdades (DUARTE et al., 2015).

A violência de gênero é representada pelo homem que possui atitudes para dominar a mulher, fazer da mesma sua propriedade, determinar suas ações e condutas e mantê-la sob seu controle (TELES; MELO, 2012). O termo violência de gênero pode ser compreendido como as relações desiguais entre homens e mulheres na sociedade, incidindo desproporcionalmente sobre a mulheres (HASSE, 2016).Várias características impactam de maneira desproporcional as mulheres, tais como: pobreza, acesso ao mercado de trabalho (mesmo com formação superior à dos homens), salário, número de horas trabalhadas com e sem remuneração, participação política, podendo limitá-la a oportunidades e cuidados com sua saúde (OPAS, 2016).

Assim sendo, a violência interpessoal, ou seja, a violência doméstica, intrafamiliar, de gênero e contra a mulher, abrange todo e qualquer ato que possa provocar danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher e ocorre entre parceiros íntimos e membros da família, geralmente no âmbito doméstico, mas não unicamente neste (KROBAUER; MENEGHEL, 2005; MINAYO, 2005).

3.2. Dimensão epidemiológica da violência doméstica contra a mulher

Diversos fatores podem interferir na qualidade dos dados sobre a violência contra a mulher e podem ser incluídos: o número de mulheres que procuram pelos serviços por motivos de violência, a capacitação e sensibilização de profissionais para detectar e notificar casos de violência e o próprio conceito que a população tem das formas de violência, o que dificulta apresentar dados reais da incidência e prevalência da violência contra a mulher.

A violência contra a mulher perpetrada por parceiro se constitui uma das maiores violações dos direitos humanos e dados levantados a partir de 24 países da região das Américas mostra que a prevalência da violência física e/ou sexual varia de acordo com os países desta região, afetando de 14 a 60% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos. O estudo também mostra que em sete países houve redução da violência praticada por parceiros, sendo Canadá, Colômbia, Guatemala, Haiti, México, Nicarágua e Peru, não estando o Brasil entre eles. No entanto, a prevalência da violência perpetrada por parceiro ainda é muito discrepante nos países das Américas. A exemplo, podemos mencionar dados do ano de 2017, em que o Canadá apresentava 1,1% das mulheres vivenciando esta forma de violência contra 27,1% delas na Bolívia (OPAS, 2018).

Análise apresentada no Mapa da Violência contra a Mulher, 2018, mostra que a cada 17 minutos uma mulher sofre violência física no Brasil, oito casos de violência sexual por dia e 33 mulheres são assassinadas por seus (ex) parceiros semanalmente. Essa violência praticada

contra a mulher que é mãe, “respinga” em seus filhos, que presenciam ou também sofrem agressões (BRASIL, 2018).

Dados deste mesmo Mapa, de 2018, apresenta que cerca de 43% das vítimas de estupro possuem idade inferior a 14 anos, 18% são jovens de 15 a 18 anos, em torno de 35% são de mulheres com idade entre 18 e 59 anos e 4% são de mulheres idosas. O maior número de abusadores sexuais possui relações próximas com a vítima, sendo que companheiros e parentes representam a parcela de 50% contra 31% que são desconhecidos. Nesta pesquisa, o estado de São Paulo possui o maior número de casos de estupro (5285) e o Amapá, o menor deles (64). No ano de 2018 a imprensa noticiou 14.796 casos de violência doméstica, incluindo todos os estados brasileiros e os (ex) companheiros representam 58% dos agressores (BRASIL, 2018).

Uma pesquisa realizada no Brasil pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2019 encontrou que 16,7% de mulheres entre 15 e 49 anos estiveram expostas a violência por parceiro íntimo, seja de ordem física e/ou sexual (BOTT et al., 2019). No balanço anual do ligue 180 com dados referentes ao ano de 2019 foram registradas 85.412 denúncias e o Brasil tem como a forma mais prevalente, a violência doméstica e familiar que representa 79% dos registros nesta central. Em relação ao perfil das vítimas, sobressaem mulheres pardas (43%) na faixa etária de 25 a 35 anos (30%). Quanto aos principais agressores, 33% são seus companheiros, 18% ex-companheiros e 12% cônjuges. O estado do Rio de Janeiro lidera o *ranking* das denúncias com 78/100 mil habitantes e com menor número entre os estados está o Acre com 14/100 mil habitantes. Em Minas Gerais, estado em que foi realizado este estudo, apresenta 33/100 mil habitantes (BRASIL, 2020).

Com base em dados do DATASUS e considerando o período de investigação deste estudo, temos que no estado de Minas Gerais, no ano de 2016, foram realizadas 38.798 notificações de violência interpessoal/autoprovocada com 26% das vítimas representando o sexo masculino e 74% o sexo feminino. Se comparado ao ano de 2019 as notificações aumentaram consideravelmente, com 51.201 casos, destes 27% homens e 73% mulheres. Em Muzambinho, local do nosso estudo, em 2016 foram registrados 91 casos de violência, sendo 18% homens e 82% mulheres. E como na capital, no ano de 2019 o município de Muzambinho apresentou aumento no número de notificações e registrou 106 casos de violência, sendo 25% do sexo masculino e 75% sexo feminino. Reafirmando o maior número de notificações de violência interpessoal contra mulheres (DATASUS, 2021).

Dados apresentados pela OPAS, reforçam que a violência pode impactar na saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, podendo aumentar sua exposição ao HIV e infecções

sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, mortalidade materna, distúrbios mentais e suicídio (OPAS, 2017, 2018).

Algumas particularidades chamam a atenção com relação à violência sexual, baseado em dados do balanço anual do ligue 180. O percentual mais elevado de denúncias para esta violação estão mulheres declaradas brancas (42%) com idade entre 15 a 24 anos (35%), em que 35% dos agressores são desconhecidos e 35% não informou o grau de relação (BRASIL, 2020).

O Brasil tem apresentado uma escala ascendente nos casos de feminicídios. Em 2016 foram registrados 929 casos contra 1.326 em 2019, o que corresponde a um aumento de 43% no período. A maior concentração, por faixa etária, é de mulheres entre 20 e 39 anos, representando 56% dos casos. No ano de 2019, 66,6% das vítimas no país eram negras, indicando uma maior suscetibilidade das mulheres negras a este tipo de crime (FBSP, 2020). Enquanto a taxa de homicídio de mulheres não negras diminuiu 11,7% no período, entre as mulheres negras aumentou 12,4% (CERQUEIRA et al., 2020). Em torno de 59% dos feminicídios ocorreram no domicílio, 89% dos casos o companheiro ou ex-companheiro foi o autor do crime (FBSP, 2019). Portanto, em 2019 os casos de femicídios foram mais acentuados na população negra, em idade reprodutiva, tendo como principal cenário o âmbito doméstico e perpetrador o companheiro ou ex-companheiro.

As taxas crescentes de violência em nosso país podem estar associadas com os fatores socioeconômicos, baixa escolaridade, infraestrutura precária e altas taxas de desemprego (SEBALDELI; IGNOTTI; HARTWIG, 2021). O Atlas da Violência de 2019 nos mostra que ocorreu um aumento expressivo de 30,7% nas taxas de homicídios femininos no Brasil no período de 2007 a 2017.Vale destacar que no ano de 2017 o estado de São Paulo apresentou a menor taxa de homicídios femininos do país, 2,2 por 100 mil mulheres e Roraima a maior taxa, em torno de 10,6 por 100 mil mulheres. O local com maior proporção de incidentes que geram mortes aos homens é em via pública (68,2%) contra 44,7% para mulheres. Chama atenção o alto índice de eventos violentos letais intencionais contra as mulheres dentro da residência, que correspondem a 39,2% (CERQUEIRA et al., 2019).

A força corporal era o meio mais utilizado pelos agressores no quadro de violência contra a mulher, entretanto pesquisas recentes apontam um crescimento acentuado na última década nas taxas de homicídios femininos dentro das residências (17,1%) com o uso da arma de fogo, que aumentou em 29,8% (CERQUEIRA et al., 2019). No ano de 2019, 53,6% dos casos de feminicídio ocorreram com a utilização de arma branca, 26,9% com armas de fogo e 19,5% por outros meios (violência física e asfixia mecânica) o que reforça a importância de políticas de controle de armas (FBSP, 2020). Sabendo da ênfase que a violência contra a mulher

vem assumindo no debate público da nossa sociedade e os mecanismos utilizados para implementar políticas públicas efetivas, ressaltamos que a flexibilização da posse e porte de armas de fogo no Brasil pode vulnerabilizar ainda mais as mulheres (CERQUEIRA et al., 2019; FBSP, 2020).

Estatísticas confiáveis, populações mais expostas, suas causas e consequências são informações fundamentais para desenvolvimento de políticas, programas e serviços de prevenção e enfrentamento à violência (OMS, 2014), pois independente das múltiplas formas de manifestação da violência, ela é um problema social persistente e recorrente em nossa sociedade (PORTO, 2015).

3.3. (In)visibilidade da Violência

O agravo violência está inserido na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID–10), o que permite um monitoramento epidemiológico dos casos, facilitando a visualização do panorama nacional e internacional desse delito. Para tanto, é considerado o intervalo das categorias X85 a Y09, compreendendo as agressões autoprovocadas e interpessoais, quando há a intencionalidade de ferir ou de matar uma pessoa (DATASUS, 2018).

A ficha de notificação individual da Violência Interpessoal e Autoprovocada, do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), deve ser preenchida pelo profissional de saúde que atende a vítima e é obrigatória em nosso país. Entretanto, estudos apontam que ela ainda não é devidamente realizada pelos profissionais, dentre outras causas, por não se sentirem seguros para notificar os casos (BRASIL, 2003a; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KIND et al., 2013). A notificação permite identificar os casos, os fatores de risco e proteção, realizar intervenção necessária, acompanhamento e propor medidas de prevenção (BRASIL, 2014c).

A violência contra a mulher é suscetível à subnotificação nas estatísticas oficiais, nos registros policiais e nos serviços de saúde. Em se tratando de mortes violentas, estima-se que haja níveis significativos de classificação errônea dos casos decorrentes de violência praticada por parceiro íntimo, sendo as mortes, geralmente, associadas a acidentes domésticos. Uma parcela significativa dos casos de violência contra mulheres não chega ao conhecimento dos serviços públicos de saúde ou serviço policial, o que faz das pesquisas com a população feminina algo essencial para obtenção de dados, visualização da incidência e prevalência do problema e consequência da violência na vida de mulheres e meninas (OMS, 2014).

Estudo realizado com profissionais de saúde da atenção básica apresenta que apenas 30% deles relatam notificar casos de violência (OSIS; DUARTE; FAÚNDES; 2012) ao passo que profissionais do serviço especializado, 70% afirmam notificar (SOUZA et al., 2015), o que reforça a subnotificação da violência. Muitos profissionais de saúde ainda têm o receio de notificar casos de violência, o que torna útil a discussão do tema e implementação de ações mais efetivas (GARCÍA-MORENO et al., 2015). Parte dos profissionais alegam encontrar dificuldades para notificação quando as mulheres não fornecem as informações necessárias para o preenchimento da ficha, no entanto revelam estar cientes da relevância da notificação (NASCIMENTO et al., 2019). A subnotificação acarreta prejuízos na divulgação dos dados epidemiológicos de episódios violentos e/ou feminicídio (WAISELFISZ, 2015).

Alguns profissionais relatam decepção com o desfecho de muitos casos, relacionados à resolutividade do sistema ou da postura assumida pela mulher (VIEIRA; HASSE, 2017). Parcela significativa de profissionais da atenção básica manifestam o receio em se envolver com demandas ligadas à violência, por se sentirem desprotegidos e temerosos em relação à atitude do agressor (CRUZ et al., 2017), o que mostra que perpetradores de violência não só intimidam suas parceiras, bem como profissionais de saúde que venham acolhê-las.

Um estudo realizado em Santa Catarina a partir de dados secundários, por meio da análise de prontuários, mostrou que de 29 casos de violência contra a mulher somente 2 foram notificados (BORBUREMA et al., 2017), ou seja, menos de 10% de notificação, prevalecendo a subnotificação do problema. Pesquisa apontou que os profissionais admitem conhecer a obrigatoriedade da notificação da violência, reconhecer seus sinais e a existência dos serviços de referência, mas não privilegiam ações em suas equipes e nem são motivados pelos gestores, o que impacta negativamente no planejamento e intervenção dos casos (VELOSO et al., 2017). Ao mesmo tempo, os profissionais que se propõe em notificar os casos nem sempre obtém sucesso, pois parte das mulheres se recusam em fornecer os dados necessários por temer o desenrolar dos fatos (NASCIMENTO et al., 2019).

3.4. Questões sócio culturais e seu impacto na violência contra a mulher

A violência contra a mulher persiste em várias culturas, ligada à questão de gênero, isto é, a dominação do homem nas relações íntimas. Culturalmente, a mulher aprende que deve ser submissa ao seu companheiro, determinando os papéis de gênero e sustentando práticas violentas do homem sobre a mulher (SOUSA et al., 2018).

Desde a Grécia antiga as desigualdades entre homens e mulheres eram evidentes, sendo algumas delas persistentes atualmente, sobretudo em alguns países, de forma bastante acentuada. A exemplo disto, podemos citar a poligamia praticada pelos homens, gozo de direitos civis e políticos, acesso à educação, liberdade de circulação e controle sobre suas mulheres, ficando a cargo das mulheres os afazeres domésticos e cuidados com os filhos (FUNARI, 2002). A violência é impulsionada pela desigualdade de gênero, fenômeno ainda naturalizado por parcela da população, o que facilita a ascensão do número de casos e impactos negativos na saúde da mulher (MOREIRA et al., 2015).

As origens da violência social no Brasil têm relação com a chegada dos portugueses e a violência sexual contra as índias. Situação semelhante ocorreu com mulheres escravas que eram abusadas pelos senhores e seus descendentes gerando filhos sem reconhecimento de paternidade. Em seguida, a ditadura militar reforçou a cultura autoritária e a desigualdade entre homens e mulheres (DIAS; GAMBINI, 1999). Até a promulgação da Lei 4.121/1962, conhecida como estatuto da mulher casada, a mulher só poderia realizar atividades remuneradas fora do ambiente doméstico se houvesse autorização do marido (SAFFIOTI, 2015).

A organização familiar, em que há uma hierarquia, onde o homem é o chefe da família e detém o poder sobre todos outros membros que constituem o núcleo familiar, refere-se ao que é denominado de patriarcado (TARDIN, 2012). Nesta organização, os homens são destinados aos espaços públicos, de produção, política e poder, enquanto as mulheres são destinadas aos espaços privados, como reprodução de herdeiros, de força de trabalho e objetos de satisfação sexual e submissão dos homens, situações estas compreendidas como formas de opressão do homem sobre a mulher (MATOS; PARADIS, 2014; SAFFIOTI, 2015). Em algumas localidades a cultura patriarcal é mais persistente, implicando em maior incidência de violência de gênero (CERQUEIRA et al. 2015).

Contudo, vale ressaltar que a mulher não se manteve inerte diante do cenário e a partir do século XIX, com a Revolução Industrial, começou a ingressar no mercado de trabalho e buscar por espaços de igualdade de gênero perante a sociedade. A mulher passou então a contribuir com a renda familiar, acumulava as responsabilidades domésticas e cuidados com os filhos, mas ainda ocupando uma posição de inferioridade na relação com o parceiro. No entanto, a mulher idealizada ainda era aquela com habilidades domésticas e dedicada à família, não necessitando estudar nem trabalhar. Esta cultura, para muitas famílias, é ainda preservada atualmente (AZEVEDO; DUTRA, 2019).

Casos de homicídios de mulheres no Brasil, nos anos 80, traziam como justificativa o fato de que a mulher que realizava trabalho fora do lar, negligenciava suas atividades

domésticas e deveres conjugais (PASINATO, 2012). Esta formação cultural naturalizou e legitimou a desigualdade de poder, em uma relação de dominação do homem sobre a mulher, o que colaborou com a forma mais frequente de violência contra a mulher, a praticada por parceiro íntimo, independente de raça, religião, classe econômica e social (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013).

Na perspectiva de que a mulher, tradicionalmente, mantém a coesão familiar, romper a relação em função de problemas conjugais adquire uma dimensão de fracasso pessoal. Frequentemente as mulheres se culpabilizam por problemas na relação com o parceiro. A obrigação dos cuidados com a família e afazeres domésticos produz um gradativo isolamento das mulheres, ainda que ocupar o lugar da domesticidade na dinâmica conjugal confirme suas concepções sobre amor e relação com o parceiro. As mulheres não percebem que a exigência, por parte dos parceiros, da sua dedicação exclusiva à família representa um ato de violência e opressão (DUTRA et al., 2013).

A mulher ainda é mantida em uma posição de inferioridade em relação ao homem que faz uso da violência como forma de dominação no âmbito doméstico (FERREIRA et al., 2014). Na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, popularmente conhecida como "Convenção de Belém do Pará", ocorrida em 1994, foram reconhecidas como principal causa da violência contra a mulher as relações desiguais de poder entre homens e mulheres, provenientes de questões histórico-sociais que legitimam a violação dos direitos humanos das mulheres (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Uma parcela das mulheres mantém a relação com seus parceiros violentos por longo período, às vezes, aguardando o crescimento dos filhos. Pesquisas apontam que há um conjunto de fatores que levam as mulheres a se separarem definitivamente de parceiros violentos e dentre eles podemos destacar o despertar da consciência de que o parceiro não mudará o comportamento agressivo, ou quando conseguem perceber que a violência está impactando nos filhos (KRUG et al., 2002).

A perpetuação da violência contra a mulher tem se sustentado baseada em crenças da sociedade, que naturalizam a condição de submissão da mulher e a tolerância à violência de gênero (HASSE, 2016). De acordo com Vieira et al. (2012) questões culturais pautadas em modelos autoritários, repassadas por gerações, reproduzem hábitos e costumes de opressão, submissão e hierarquia. Em pleno século XXI ainda prevalecem determinantes culturais ancorados na construção de papéis masculinos e femininos que reforçam a dominação do homem sobre a mulher. Relações sociais mais democráticas e respeitosas configuram-se como um avanço nas transformações sociais e culturais.

3.5. Políticas públicas de atenção à mulher em situação de violência

A violência contra a mulher é um tema relevante para as políticas públicas no Brasil dada sua alta incidência e prevalência ocasionando impactos severos a quem vivencia, e estas políticas estão relacionadas às decisões políticas e a atuação em consonância com estas decisões, direcionadas ao controle ou combate de problemas públicos, visando elaborar regras, protocolos ou procedimentos para o enfrentamento de determinados problemas (SECCHI, 2010; BRASIL, 2012a).

Até a década de 1970, no Brasil, a saúde da mulher era tida como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão reprodutiva. Estas políticas de saúde eram criticadas pelo movimento feminista por sua visão reducionista relacionada à saúde da mulher, pois recebia assistência de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, ficando carente de assistência nos outros ciclos de sua vida. As mulheres passaram então a reivindicar sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que vão além da gestação e parto, demandando ações que contemplassem ações de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004).

Neste mesmo período, no Brasil, grupos feministas trazem à tona questões como patriarcado, acesso ao mercado de trabalho, liberdade sexual, direito de expressão, representação política e a violência contra a mulher, questões que, dentre outras, ainda persistem. A partir deste movimento surge a criação de serviços específicos no atendimento à mulher como as delegacias da mulher, as casas-abrigo, programa de assistência integral à saúde da mulher e os centros de referência para atendimento, além de alterações na legislação nacional (BRASIL, 2014b; SCHRAIBER, 2001). Em 1975, foi realizada no México a I Conferência Internacional da Mulher, que deixou visível as desigualdades entre homens e mulheres em virtude de questões de gênero. Em 1979, a Organização das Nações Unidas (ONU) adota a Convenção para a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, em busca pela igualdade de gênero (ONU, 1979; UN, 1976). Ao final da década de 80 muitos países já contavam com movimentos feministas articulados e políticas públicas direcionadas à violência contra a mulher, contudo muitas críticas à qualidade do sistema (D'OLIVEIRA, 2000).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, dava destaque para ações educativas, qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, câncer de mama e colo de útero e abordava sobre os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, sendo um aspecto relevante destacado pelas feministas, a inclusão da contracepção nas políticas públicas

de saúde, contemplando seus direitos reprodutivos e rompendo com o enfoque exclusivo da mulher como mãe, mas considerando as necessidades das mulheres em todas as fases da vida (GRIFFIN, 2002). Com acesso aos métodos contraceptivos, que permitia a separação da vida reprodutiva e sexual, as mulheres começaram a superar a submissão e lutar por igualdade, tendo como consequência as mudanças nas relações de gênero (VIEIRA et al., 2011). A partir de 1990 o movimento de mulheres aborda a discussão da violência nas áreas da saúde e do desenvolvimento social e a temática passa a ganhar espaço público e ser tratado como um problema de saúde pública (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A criação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) ocorreu em 1985 e o Brasil foi o primeiro país no mundo a propor este tipo de atendimento, realizado exclusivamente por mulheres. As decisões eram centralizadas nas delegadas, que tinham como rotina colher informações, classificar os relatos e dar sequência aos procedimentos jurídicos cabíveis em cada caso, onde habitualmente não ocorria um atendimento multiprofissional (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007). A ideia original de criação das DDMs era de proporcionar um atendimento diferenciado às mulheres em situação de violência e para que isto efetivamente ocorresse seriam necessários profissionais com conhecimento acerca das questões de gênero, entretanto esta capacitação nem sempre ocorria. Estudos mostram que várias categorias profissionais ainda necessitam de qualificação para este tipo de atendimento, levando-se em consideração as relações de gênero, dentre elas profissionais da área da saúde, educação, magistratura e ministério público (SAFFIOTI, 2015).

Em 1985 também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, direcionado à formulação de políticas específicas para as mulheres, sobretudo na área da saúde e de combate à violência (BRASIL, 2010).

A Constituição Federal de 1988, veio para institucionalizar os direitos humanos em nosso país, prevendo a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres, proibição de diferenciação salarial entre os mesmos, sempre que ocuparem os mesmos cargos e o compromisso de erradicar a violência contra a mulher (BRASIL, 1988).

Durante os anos 90 ocorreram diversas conferências e fóruns para discussões que envolviam o assunto violência. Dentre eles estão a Segunda Conferência Mundial dos Direitos Humanos, Viena, 1993; Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994; Conferência Mundial da Mulher, Beijing, 1995; Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, Convenção de Belém do Pará, 1994, reconhecendo os direitos humanos das mulheres como integrante dos direitos universais da

humanidade, como direito à igualdade política, direitos reprodutivos e viver livre de violência. Neste período iniciaram-se parcerias entre universidades, institutos de pesquisa e serviços que passaram a discutir estratégias para prevenção e assistência aos casos de violência (D'OLIVEIRA, 2000).

A Convenção de Belém do Pará (1994) foi o primeiro tratado específico para combater a violência contra a mulher no continente sul-americano e teve repercussão em muitos países (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015). Em 1995, ocorreu em Beijing, a Conferência Mundial sobre a Mulher, que tratou a violência com uma proposta de criação de programas que atendessem mulheres em situação de violência doméstica e sexual, incluindo atenção jurídica, psicológica e médica de forma interprofissional. Na conferência também foi proposta a criação de abrigos concebidos como locais de recuperação, reinserção social e resgate da auto-estima da mulher (FARAH, 2002). Em 1999 o Ministério da Saúde lançou uma norma técnica para nortear as ações de prevenção e tratamento de agravos provenientes de violência sexual, tendo sua última versão atualizada em 2012 (BRASIL, 2012b).

Em 2003, a partir da lei 10.714, foi disponibilizado o Ligue 180, que é um serviço de utilidade pública, gratuito e confidencial que funciona 24 horas por dia para atendimento à mulher, inclusive brasileiras que residem fora do país. Além de registrar casos de violência contra a mulher, as encaminha aos órgãos competentes, realiza seu monitoramento e divulga informações sobre direitos da mulher e é composto por uma equipe qualificada formada exclusivamente por mulheres. Até meados de 2018 era realizado serviço de escuta e acolhimento, e a partir do segundo semestre deste mesmo ano, todos os relatos também passaram a ser encaminhados aos órgãos da rede de proteção (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2020).

Reforçando a importância das ações de combate à violência, o Ministério da Saúde regulamentou a Lei nº 10.778/2003, instituindo a notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde, sendo os profissionais de saúde os responsáveis pela notificação dos casos. Em 2011, através Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, a notificação dos casos de violência doméstica por parte dos profissionais de saúde passou a ser obrigatória, independente do consentimento da vítima (BRASIL, 2011). No ano de 2014, essa portaria foi substituída pela de nº 1.271, que determinou também a notificação imediata de violência sexual a nível municipal (BRASIL, 2016). Este instrumento possibilita a sistematização das informações, avaliação dos casos e proposição de medidas para prevenção e enfrentamento da violência.

De acordo com a Lei 13.931/2019 (FBSP, 2019) é obrigatório aos serviços de saúde comunicar os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher às autoridades policiais no prazo de 24 horas. A notificação é um instrumento valioso que possibilita nortear a construção de políticas públicas de prevenção e enfrentamento à violência contra mulheres, considerada um marco no enfrentamento à violência e de fato precisa ser reconhecida como uma atribuição do profissional de saúde, incluindo seus desdobramentos, como a comunicação ao serviço policial.

Dentre os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, é previsto a promoção da atenção integral às mulheres em situação de violência doméstica e sexual com a organização de redes integradas para este atendimento (BRASIL, 2004).

Em 2004 aconteceu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que gerou um documento prevendo objetivos e metas, priorizando quatro eixos de ação: Autonomia e Igualdade no Mundo do Trabalho, Educação Inclusiva e Não-Sexista, Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Reprodutivos e Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2006, foi sancionada a Lei de nº 11.340, popularmente conhecida como Maria da Penha, no intuito de combater a violência doméstica, tipificada como violação dos direitos humanos e considerada uma das melhores legislações do mundo. A lei também prevê ações preventivas, como atividades de reeducação com os perpetradores de violência para reconstrução das masculinidades (BRASIL, 2006). As medidas protetivas são destaque na Lei Maria da Penha tendo em vista sua eficácia em prover a segurança e liberdade das mulheres e seus filhos (LAVIGNE; PERLINGEIRO, 2011). Em 2018 a lei passou por alteração e obriga o agressor a ressarcir o Sistema Único de Saúde pelas despesas empregadas no atendimento à vítima e nos dispositivos de segurança utilizados no monitoramento das mesmas (BRASIL, 2018).

Realizou-se em 2007 o Fórum Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Campo e da Floresta, dando visibilidade à violência de gênero no meio rural. (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, de 2008, estabeleceu ações baseadas no enfrentamento à violência e de rede intersetorial de atendimento, com o aumento do número de hospitais preparados para acolher e assistir mulheres em situação de violência e capacitou profissionais de saúde para este tipo de atendimento. Houve aumento no número de defensorias, delegacias, juizados e postos policiais de atendimento especial à mulher (BRASIL, 2008, 2010). O Decreto nº. 8.086/2013 lançou o programa “Mulher, Viver

sem Violência" objetivando integrar e ampliar os serviços públicos existentes direcionados às mulheres em situação de violência, articulando saúde, justiça e segurança pública (BRASIL, 2013a). Também em 2013, foi promulgada a Lei nº 12.845 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (SÃO PAULO, 2016).

Em 2015, chefes de estado e governo definiram uma agenda de compromissos pactuada na ONU, a Agenda 2030, envolvendo 17 objetivos, denominados Objetivos de desenvolvimento do milênio, que indicam prioridades de atenção, dentre eles a eliminação de todas as formas de violência. Esta agenda objetiva a prosperidade do planeta. O Objetivo 5 prevê alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas, incluindo eliminar a discriminação e a violência contra a mulher em esferas públicas e privadas, combater práticas nocivas como casamentos prematuros e forçados, mutilações genitais femininas, reconhecer o trabalho doméstico não remunerado, promover a igualdade de oportunidades para as mulheres e acesso à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2015).

A lei de nº 13.104/2015, alterou o código penal para prever o feminicídio como um tipo de homicídio qualificado e enquadrado no rol dos crimes hediondos. O feminicídio é caracterizado quando a mulher é assassinada exatamente por ser mulher (BRASIL, 2015). Dentre os benefícios conquistados pela lei do feminicídio, além de punições mais severas, está aumentar a visibilidade da violência contra a mulher, pois esta tipificação possibilita a aproximação da realidade dos dados, oportunizando um diagnóstico da dimensão do fenômeno e implementação de ações para prevenir e coibir a violência (BRASIL, 2018).

Em 2016, diante do cenário de violência sexual contra as mulheres, o congresso nacional aprovou o projeto de lei 5452/16 que aumenta a pena para estupro coletivo, e configura como crime a importunação sexual, vingança pornográfica e o ato de tornar público cenas de estupro. No ano de 2018 passa a vigorar a lei 13.642, popularmente conhecida como Lei Lola, que atribui a polícia federal a responsabilidade por investigar crimes virtuais contra as mulheres e também a lei 13.718 que tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, torna pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelece causas de aumento de pena para esses crimes e define como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo (BRASIL, 2018).

Em 2021 é promulgada a lei 14.164 que prevê a inclusão de conteúdos sobre a prevenção da violência contra a mulher nos currículos da educação básica e a implementação da Semana Escolar de Combate à Violência contra a mulher (BRASIL, 2021). Acredita-se que a partir da sensibilização das crianças acerca dos impactos negativos que são produzidos através das

práticas de violência contra a mulher é possível formar pessoas que desnaturalizam esta forma de violência e atuem na promoção da igualdade de gênero. Além de políticas e programas nacionais, estados e municípios se articulam para o enfrentamento da violência contra a mulher, tamanha as consequências do fenômeno. (BRASIL, 2020).

A Política de Igualdade de Gênero da OPAS reflete sobre o compromisso com os princípios de equidade, respeito aos direitos humanos, exercício de cidadania e eliminação de qualquer forma de discriminação por questões de gênero. A igualdade de gênero na saúde significa que mulheres e homens tenham condições iguais para exercer seus direitos, colaborar para o desenvolvimento da saúde e se beneficiar dos resultados. Equidade de gênero corresponde a uma distribuição justa de benefícios, poder, recursos e responsabilidades entre mulheres e homens. Há diferenças entre homens e mulheres em termos de necessidades de saúde, acesso e controle de recursos, e para que se contemple a equidade, essas diferenças devem ser analisadas e buscar-se o equilíbrio. O empoderamento das mulheres é indispensável para a busca pela igualdade de gênero (OPAS, 2016).

O assassinato da vereadora do Rio de Janeiro, Mariele Franco, em 2018, teve repercussão nacional e internacional. Mulher, mãe, negra e moradora da favela foi morta com treze tiros. Seu nome passou a ser utilizado como símbolo de resistência e mostra que a violência contra a mulher está deixando de ser naturalizada. Se a legislação e as políticas públicas ainda não conseguem conter a violência contra a mulher, ao menos a sociedade já se mostra em estado de alerta. É primordial a manutenção e a ampliação das redes de apoio à mulher para o enfrentamento da violência. Além do acompanhamento das vítimas, ações de prevenção à violência também devem ser contempladas (CERQUEIRA, et al., 2018).

É preciso atitude, pois apesar da questão ganhar legitimidade e reconhecimento mundial, os casos de violência continuam em ascensão e as práticas profissionais permanecem aquém do recomendado pelas políticas e normatizações de atendimento (KISS; SCHRAIBER, 2011). Conhecer sobre as políticas públicas direcionadas ao atendimento de mulheres em situação de violência seria um caminho a seguir pelos profissionais, para que tenham condições de praticar uma assistência condizente com a preconizada (BEZERRA et al., 2012).

As medidas adotadas no Brasil para o enfrentamento da violência contra a mulher ainda são acanhadas e para avançar depende da articulação entre vários seguimentos da sociedade, governamentais ou não, que envolvam ações e estratégias buscando melhorias na qualidade de vida das mesmas (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014). Ações que abordem a discriminação contra mulheres, estimulem a promoção da igualdade de gênero e colabore para avançar nas

questões socioculturais podem promover mudanças mais concretas no apoio às mulheres (OPAS, 2017).

3.6. Os serviços de saúde e a atenção à mulher em situação de violência

A violência, por estar relacionada a questões sociais, até os anos de 1990 não era incorporada ao setor da saúde, mas devido aos seus impactos na saúde, a partir deste período passou a ganhar espaço no setor e o Brasil vem desenvolvendo capacitação de profissionais, entretanto as ações atualmente ainda estão aquém do ideal.

Mulheres que vivenciam violência podem procurar pelos serviços de saúde com maior frequência, porém os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento. Destaca-se que o registro mostra que a situação foi tratada como algo relevante e pode nortear outros atendimentos e a conduta de outros profissionais. Parcela considerável de pessoas que vivem situações de violência já tentou romper com a violência, porém não foram bem-sucedidas em relação às instituições nas quais recorreram. Os serviços de saúde precisam se constituir num local de acolhimento e apoio e não um obstáculo para estas mulheres, pois são espaços privilegiados para detecção dos casos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Pode ocorrer de as mulheres procurarem por atendimento em vários serviços de saúde pelo mesmo motivo, neste caso, a violência, o que demonstra que a assistência recebida não correspondeu às suas necessidades ou tampouco foram detectadas (GARCIA et al., 2016).

Estudos mostram que mulheres em situação de violência tendem a uma maior procura por atendimento médico, comparadas às que não estão. Contudo o aumento da procura não significa que elas necessariamente confiem no profissional de saúde. Profissionais preparados para o manejo dos casos podem identificar precocemente mulheres expostas à violência, realizar as condutas necessárias e permitir acesso à rede de apoio. A OPAS vem capacitando profissionais de saúde de vários países para melhoria na qualidade do atendimento e prevenção da violência contra a mulher (OPAS, 2018).

Os efeitos da violência não são episódicos, pelo contrário, podem se tornar problemas crônicos para aquelas que estão ou estiveram em situação de violência, aumentando a demanda aos serviços de saúde. Estas mulheres são identificadas como problemáticas e tendem a ter suas queixas desvalorizadas pelos profissionais de saúde, aumentando ainda mais a invisibilidade do problema (SCHRAIBER, 2001). Profissionais de saúde precisam estar atentos a mulheres

poliqueixosas ou com queixas que não se explicam, pois situações deste tipo podem sinalizar violência.

Pesquisa realizada em um município no interior de São Paulo identificou que a efetivação da transversalidade do trabalho em rede para o atendimento de mulheres em situação de violência é prejudicada por questões burocráticas das instituições, e os profissionais envolvidos não se assumem como integrantes da rede, mas conseguem visualizar as lacunas na integralidade do cuidado. O que tem se encontrado são equipes multidisciplinares atuando de forma fragmentada, com atendimento direcionado à sua especialidade, se esbarrando em ações desarticuladas (LETTIERE, 2014). No cotidiano, as instituições realizam o atendimento dos casos de violência, mas não conseguem contemplar efetivamente uma assistência integral e transversal, implicando na qualidade dos serviços prestados (LETTIERE; NAKANO, 2015). A atenção às mulheres expostas a violência requer atuação integral da equipe, incluindo local adequado para atendimento, primando pela privacidade e segurança da usuária, postura profissional ética e sigilo das informações compartilhadas (SILVA et al., 2015b).

A percepção dos profissionais de saúde em relação às mulheres que vivenciam violência compreende por mulheres com fragilidades, vulnerabilidades, deprimidas, angustiadas e desequilibradas (VIEIRA; HASSE, 2017). Pesquisa apresentou que a violência impacta na saúde e qualidade de vida de quem a vivencia, fazendo com que mulheres expostas à violência tenham uma maior demanda pelos serviços de saúde (GARCIA-MORENO et al., 2015).

Pesquisa apontou a ausência de aptidão dos profissionais de saúde em relação ao manejo dos casos de violência doméstica, que apresentam baixo conhecimento sobre os sinais que indicam exposição à violência (SCHEK et al., 2016). Na Malásia, pesquisa mostrou que médicos da atenção básica afirmam enfrentar dificuldades na detecção e intervenção dos casos, justamente pela falta de capacitação e conhecimento acerca da atenção recomendada às pessoas envolvidas (MYDIN; OTHMAN, 2017). Corrobora com estas, pesquisa desenvolvida na Espanha que apresentou fragilidades na assistência à saúde das mulheres expostas à violência perpetrada pelo parceiro, assim como apontou falta de capacitação profissional para a abordagem e acolhimento das mulheres com este tipo de demanda (GOICOLEA et al., 2019). Estas lacunas na formação do profissional e falta de capacitação dos profissionais nos serviços de saúde dificultam o diagnóstico precoce dos casos e da notificação, minimizando a dimensão do problema e impactando nas intervenções.

Estudo realizado na Espanha ressalta que o acolhimento às mulheres em situação de violência deve estar entre as prioridades da equipe de saúde, que, de imediato, precisa atuar com os recursos disponíveis e elaborar, em conjunto com a mulher, um plano de segurança

efetivo. Isto requer profissionais capacitados para a detecção precoce dos casos e execução de um trabalho articulado de modo interprofissional e intersetorial (RODRÍGUEZ-BLANES et al., 2017).

A qualidade do atendimento recebido, sigilo profissional e o envolvimento da mulher nas decisões podem encorajar a mesma ao acompanhamento e distanciamento da violência, ao passo que um atendimento burocratizado e desumanizado pode ser um obstáculo para superar o vivido (SCHRAIBER et al., 2005).

A atenção básica é o nível de atenção que se propõe ao acesso facilitado, descentralizado e contínuo à população. Possibilita criação de vínculos e é destinada, dentre outros, a atender problemas básicos de saúde, o que permite identificação precoce e acolhimento de casos de violência contra a mulher. O profissional de saúde deve ter sensibilidade para compreender e respeitar as dificuldades que a mulher possa apresentar em relatar acerca da violência vivenciada, o que requer capacidade de escuta e assistência humanizada. A construção do vínculo é indispensável para a relação terapêutica e para elaboração conjunta de um plano de cuidados (BRASIL, 2016).

Pesquisas evidenciam que experiências de violência estão relacionadas a problemas de saúde mental, entretanto estudo desenvolvido envolvendo 133 países, que abrigam 88% da população mundial, apenas 49% destes países relataram disponibilizar serviço de saúde mental para atender vítimas de violência. Destaque para a Região das Américas, em que 71% dos países relataram ofertar esses serviços e na Região Africana com apenas 15% dos países. Existe uma diferença crítica, sobretudo em países em que a necessidade por estes serviços poderia ser mais alta, considerando suas taxas de violência. Dentre os países participantes, 53% afirmaram ofertar serviços de identificação, encaminhamento e apoio para mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual (OMS, 2014).

Ademais, estudo desenvolvido no Canadá revelou que a atenção a saúde mental de pessoas que vivenciam violência é uma questão pouco explorada e/ou ignorada pelos profissionais de saúde (DELARA, 2016) e uma pesquisa realizada no Brasil mostrou que mulheres expostas à violência estão mais suscetíveis a apresentar problemas de saúde mental como ansiedade, depressão, desregulação emocional e sugere a avaliação e desenvolvimento de um plano de tratamento compatível com as necessidades de cada mulher (ZANCAN; HABIGZANG, 2018). O atendimento adequado pode reduzir as consequências da violência, mas a oferta reduzida dos serviços para o acolhimento dificulta o acesso, contribui com prevalência da violência, subnotificação e agravamento de casos.

É preciso compreender a violência em suas variadas formas de apresentação e desenvolver ações em busca de seu enfrentamento. Ter a capacidade de observar situações que transcendam as queixas no momento de um atendimento, mas que podem desencadear sofrimento (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014). Sendo assim, os profissionais de saúde, sobretudo os da área da enfermagem, são os que realizam, na maioria das vezes, o acolhimento das mulheres em situação de violência nos diversos níveis da rede de atenção à saúde, o que justifica a necessidade de qualificação acerca das necessidades multidimensionais e das demandas intersetoriais dessas mulheres (VIEIRA et al., 2014).

As questões de violência vêm exigindo novos conhecimentos dos profissionais. O tema violência doméstica ainda é um desafio para a humanização do atendimento de mulheres que procuram o apoio dos serviços de saúde (NETTO et al., 2015). Para atender às demandas assistenciais, atualmente, a responsabilidade no cuidar inclui conseguir operar com uma linguagem interdisciplinar, traduzida em qualidade do cuidado, protocolos assistenciais, gestão de risco e segurança do paciente (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015). A transversalidade da atenção deve incluir, além de assistência integral à mulher, a oferta de atendimento ao autor da violência contra a mulher (LETTIERE; NAKANO, 2015).

Os profissionais de saúde são elementos importantes no reconhecimento dos casos de violência, uma vez que as mulheres que a vivenciam, tendem a procurar os serviços, em virtude das consequências físicas e psicológicas ocasionadas. Entretanto, o despreparo dos profissionais pode colaborar com a reprodução da violência e por este motivo precisam estar capacitados tanto para identificar mulheres em situação de violência, quanto para sensibilizá-las a despeito de um posicionamento crítico reflexivo sobre as desigualdades de gênero. Os profissionais de enfermagem têm potencial para trazer à tona estas reflexões sobre gênero, e despertar a capacidade crítica sobre o problema da violência contra a mulher. Contar com a participação dos mesmos no processo investigativo também é importante, dada a possibilidade de um aprofundamento teórico-prático quanto às fragilidades e potencialidades para o manejo dos casos de violência (DUARTE et al., 2015).

As instituições de saúde envolvidas na atenção às pessoas expostas à violência devem garantir toda assistência necessária, de acordo com suas competências e nível de atenção, incluindo ações de prevenção, tratamento, acompanhamento, reabilitação e atendimento de emergência, além do abortamento legal, se requisitado, pautado pela legislação vigente (BRASIL, 2016).

Estudos científicos mostram que a violência é evitável e que apesar dos investimentos em programas de prevenção da violência, esses investimentos não estão à altura das dimensões

e da gravidade do problema. Recomenda-se que os serviços de saúde ampliem as ações de prevenção à violência e a assistência dispensada às vítimas; melhorem o sistema de coleta de dados sobre violência, possibilitando aumentar a visibilidade do problema e permitindo ações de enfrentamento a esta situação. A oferta de serviço de qualidade para pessoas que vivenciam violência é relevante para minimizar traumas, estimular a recuperação e prevenir recidivas e isto requer recursos humanos capacitados. Os programas de prevenção à violência devem abordar indivíduos, comunidades e sociedade e terem como parceiros diferentes setores da sociedade, tais como serviços de saúde, escolas, locais de trabalho, organizações não governamentais e sistemas de justiça criminal, inclusive para garantir que leis promulgadas sejam atribuídas aos perpetradores, e criem ambientes seguros às pessoas (OMS, 2014).

Os serviços de saúde possuem um papel importante no enfretamento à violência contra as mulheres, pois tem condições de capacitar equipes, realizar ações de prevenção, identificação precoce dos casos, acolhimento humanizado, tratamento, acompanhamento, encaminhar para setores que realizam serviços legais e sociais, reduzir danos e também contribuir para a notificação e coleta de dados (NASCIMENTO et al., 2019; OPAS, 2018; SEBALDELI; IGNOTTI; HARTWIG, 2021).

3.7. A articulação/desarticulação intersetorial do cuidado

Apesar da violência contra a mulher ser um problema antigo, tradicionalmente tratada como um problema de caráter íntimo e privado, só recentemente vem ganhando visibilidade mediante a implantação de políticas públicas que vêm para atender os anseios da sociedade. Cotidianamente a mídia vem relatando inúmeros casos de violência contra a mulher e sensibilizando a sociedade de que a violência não deve ser naturalizada, mas repudiada e denunciada. Dada as consequências da violência, faz-se necessário um atendimento integral, intersetorial e multiprofissional para suprir as demandas da mulher que a vivencia.

Partindo dos princípios do SUS, a integralidade do cuidado prevê o atendimento do indivíduo em todas as suas necessidades, levando em consideração fatores biopsicossociais, prevendo assistência em todos os níveis de atenção que o sistema oferece. Mas para uma assistência integral, faz-se necessário a atuação intersetorial, uma vez que, em virtude da complexidade do fenômeno da violência contra a mulher, um único serviço não contempla todas as necessidades de forma qualificada.

A enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e habilidades na direção de colaborar com a assistência integral, a qual vai muito além do cuidado de lesões físicas, devendo

também considerar as necessidades biopsicossociais do indivíduo, pensando no conceito amplo de saúde (SILVA, 2013). A habilidade desta categoria profissional no manejo dos casos de violência facilita a articulação de um trabalho multiprofissional e intersetorial (BARALDI et al., 2012).

A Longitudinalidade, prevista na atenção básica em saúde, é compreendida por uma forma continuada de atenção, com manutenção da relação entre a população e os serviços de saúde, privilegiando a relação interpessoal, traduzida pela confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, ou seja, a manutenção de vínculos (BRASIL, 2010). As ações intersetoriais surgiram da necessidade de oferecer à mulher atenção nas áreas policial, jurídica e social vinculadas ao setor saúde. Esta articulação potencializa o direito à saúde, segurança e qualidade de vida dos indivíduos. As próprias mulheres precisam reconhecer que são sujeitos de direito e reivindicar melhoria nos serviços oferecidos, mas para que isto ocorra elas precisam primeiramente tomar conhecimento das políticas de saúde e legislação vigente (MENEZES et al., 2014).

A definição e divulgação das principais portas de entrada e serviços especializados para acolhimento dos casos de violência se torna indispensável para detecção precoce e atendimento efetivo dos casos, mas o grande desafio é a realização do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, de modo a construir uma assistência integral de forma compartilhada (LETTIERE, 2014), pois serviços que atuam de forma aleatória colaboram para a fragmentação do cuidado.

3.8. Fatores de risco associados à violência

Alguns fatores são indicativos de violência, tais como: impulsividade, depressão, papéis de gênero rígidos, conflito marital, alteração na estrutura social, situação de recessão econômica e a presença de armas. A análise da violência, de acordo modelo ecológico, proposto pela OMS, ajuda a compreender o fenômeno da violência, resultante da interação de fatores individuais, relações sociais, culturais e ambientais. Atitudes violentas, de forma crescente, vêm sendo utilizadas para a resolução de conflitos, reduzindo espaços para o diálogo na solução dos problemas (KRUG, et al, 2002). Cenários de conflito, pós-conflito e deslocamento também podem potencializar a violência contra a mulher praticada por parceiros (OPAS, 2017).

Fatores como falta de acesso à educação, saúde e emprego, e a desigualdade econômica também estão associados à maior prevalência da violência perpetrada por parceiro íntimo e violência sexual contra a mulher (KRUG, et al, 2002; 2014; OPAS, 2017). Uma revisão

bibliográfica desenvolvida na Etiópia apresentou que mulheres com maior grau de escolaridade possuem menor probabilidade de vivenciar violência perpetrada pelo parceiro (SEMAHEGN; MENGISTIE, 2015). Estudo realizado em Minas Gerais corrobora também com as pesquisas anteriores e apresenta que baixo grau de escolaridade e baixa renda são fatores de risco para ocorrência de violência por parceiro (ROSA et al., 2018).

Ente os fatores de risco das vítimas relacionados ao aumento da incidência da violência praticada por parceiro e violência sexual são apontados mulheres com baixa escolaridade, exposição à violência entre os pais, abuso na infância e desigualdade de gênero (OPAS, 2017). Quando a mulher contribui com o aumento da renda do casal, aumenta também a sua utilidade, fazendo com que o homem pratique um menor nível de violência, caso contrário, a mulher poderia optar pelo rompimento do relacionamento (AIZER, 2010).

Todas as formas de violência estão diretamente associadas a determinantes sociais, como desemprego, desigualdade de renda e de gênero; bruscas mudanças sociais; acesso limitado à educação e governança fraca. Fatores como facilidade de acesso a armas de fogo e a outros tipos de arma, também estão significativamente associados à violência. Sendo assim, qualquer estratégia adotada como prevenção da violência deve identificar formas para minimizar esses riscos, ou preveni-los (OMS, 2014).

3.9. Prevenção da Violência

É crescente o número de estudos que demonstram que a violência é previsível. A prevenção da violência, no campo da saúde pública, deve ser iniciada pelo dimensionamento do problema. As ações de saúde pública são, tradicionalmente, caracterizadas em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Na prevenção primária deve-se realizar abordagens com intuito de evitar a violência, antes de sua ocorrência, como inserir o tema nos currículos escolares, realizar ampla divulgação por mídias e ações de educação em saúde na comunidade. No nível secundário, realizar abordagens com respostas rápidas aos casos violência, tais como assistência integral. E a prevenção terciária através de ações direcionadas à assistência em longo prazo, tais como reabilitação e reintegração das vítimas (KRUG, et al. 2002).

Recomenda-se, para o manejo da violência em diversos níveis: propor medidas para modificar os comportamentos individuais de risco; estimular ambientes familiares saudáveis e apoio às famílias que apresentam disfunções; monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para coibir a violência; combater a desigualdade de gênero; adotar medidas de mudanças para fatores culturais, sociais e econômicos que

contribuem para a violência, garantir um acesso igualitário a bens, serviços e oportunidades à população (KRUG et al., 2002)

Recomendações como, plano de prevenção da violência, aprimoramento de pesquisas acerca do tema, notificação e alimentação de banco de dados, fortalecimento dos serviços ofertados às vítimas de violência com equipes capacitadas, promover igualdade de gênero, proteção aos direitos humanos e apoio de líderes políticos podem gerar benefícios consistentes. Em se tratando da violência perpetrada por parceiro íntimo é recomendável capacitação de mulheres para o mercado de trabalho, fortalecimento de políticas públicas para a prevenção e contenção da violência e redes de atendimento (DDMs), aplicação da legislação vigente, atuação efetiva dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, campanhas de prevenção, intervenções comunitárias, intolerância a violência, inclusão da temática nos currículos escolares, empoderamento das mulheres e conscientização dos homens sobre os impactos da violência em todos os envolvidos (KRUG et al., 2002).

Adequações em ambientes físicos podem reduzir a incidência de violência sexual através de melhoria da segurança em transportes públicos, espaços exclusivos para uso de mulheres e meninas, como assentos ou compartimentos, iluminação adequada de ruas e estacionamentos e serviço de policiamento (OMS, 2014).

Fruto de um estudo desenvolvido por peritos brasileiros e europeus, o Frida é um formulário de avaliação de risco de violência doméstica e familiar contra a mulher com objetivo de prevenir e enfrentar esses crimes. O formulário apresenta perguntas que indicam o grau de risco que a mulher em situação de violência está exposta, suas condições físicas e emocionais, as condições para prevenção do agravamento, e chama atenção da vítima com relação à violência vivenciada. Este formulário é aplicado pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 e permite aprimorar a fundamentação dos pedidos de medidas protetivas, colaborar com encaminhamentos de mulheres para rede de apoio e fortalecer sua proteção (BRASIL, 2020).

O fortalecimento na coleta de dados possibilita visualizar a real extensão do problema e desenvolver planos de ação baseados em evidências, garantindo que tanto assistência quanto ações de prevenção sejam consistentes e abrangentes. A implementação de políticas públicas e aplicação da legislação vigente necessitam ser realizadas, analisadas com certa periodicidade e revisadas, em termos qualitativos, sempre que necessário. Promover capacitações profissionais de vários segmentos acerca da prevenção da violência e acompanhar os resultados são ações essenciais para prevenção da violência (OMS, 2014).

3.10. A violência contra a mulher e a pandemia da COVID-19

A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus e as medidas para conter a propagação da doença, tais como o isolamento social, tem ocasionado muitos impactos na sociedade, dentre eles o aumento da violência contra a mulher. Neste sentido, o convívio prolongado entre parceiros, permanência dos filhos em casa, aumento da carga de trabalho doméstico, redução do convívio social, poucas oportunidades no mercado de trabalho, enfrentamento de problemas financeiros, aumento do nível de estresse e consumo de álcool ou drogas podem servir de gatilhos para disparar ou intensificar conflitos entre os casais. A pandemia da COVID-19 impactou de modo negativo a saúde física e mental dos indivíduos, alterando seu comportamento (FBSP, 2020; IPEA, 2020; MELO et al., 2020; MORAES et al., 2020; PNUD, 2020; TANAKA; OKAMOTO, 2021).

Estudo realizado no primeiro semestre de 2020 com o intuito de analisar como os casos de violência doméstica contra a mulher foram divulgados pela mídia, durante a pandemia da COVID-19, mostrou que dos 33 casos analisados, 30 representaram violência praticada por parceiros ou ex-parceiros e 32 foram praticados no ambiente doméstico, com destaque para a violência física (MENEGATTI et al., 2020) entretanto esta forma de violência raramente ocorre de forma isolada, podendo vir acompanhada sobretudo da violência psicológica e/ou moral, mas nem sempre reconhecida pela vítima como violência. O âmbito doméstico, a que se atribui espaço de proteção, é o cenário mais ameaçador para estas mulheres. O estudo também mostrou que a mídia apontou o distanciamento social como uma das principais causas para a violência contra mulher e como resultado esperado, a punição do agressor, entretanto a violência é um fenômeno multicausal e requer atuação de um trabalho em rede.

Em virtude do aumento da demanda por serviços de proteção à violência de gênero, os países precisaram expandir os serviços públicos de atendimento à mulher, oferecer alternativas de renda para mulheres, intensificar campanhas de prevenção e formar parcerias com a sociedade (IPEA, 2020). A ONU realizou várias recomendações aos países no enfrentamento da violência contra a mulher durante a pandemia, como a oferta de serviços de atendimento online, serviços de suporte em farmácias e supermercados e criação de abrigos temporários para vítimas de violência, mas nem todos os países aderiram ou elegeram tais recomendações como prioridades (NAÇÕES UNIDAS, 2020).

Na China, as denúncias de violência doméstica dobraram durante o isolamento quando comparadas ao mesmo período de 2019. Na França, em uma semana, as denúncias aumentaram em 36% em Paris e 32% no restante do país. Na Espanha, em duas semanas do mês de abril/2020 o disque-denúncia teve um aumento de 47% nas chamadas, se comparados ao mesmo

período no ano anterior, e o número de mulheres que recorreu a outros serviços de apoio por e-mail ou mídia social teve aumento de 700%, ao passo que o número de mulheres que denunciaram violência à polícia diminuiu significativamente. Na Colômbia, o disque emergência para atendimento às mulheres expostas à violência aumentou 163% comparado com o mesmo período de 2019. Na África do Sul, o disque-denúncia teve o dobro de ligações no mês de março (IPEA, 2020).

No decorrer da pandemia da COVID-19 os serviços telefônicos que atendiam as denúncias de pessoas expostas à violência doméstica no Reino Unido, China, Espanha e França foram comparados às denúncias de violência doméstica realizadas na África Ocidental durante as epidemias de Ebola, Zika Vírus e Cólera (Chandan et al., 2020). No Chile, o relatório emitido pelo Millennium Institute for the Study of Life Course and Vulnerability, Chile, mostrou uma alta de 149% no disque denúncia para a violência contra a mulher em 2020, se comparado a 2019, porém o número de denúncias em órgãos oficiais reduziu (MIPP, 2022), podendo ter relação com a permanência do agressor em casa associado a restrição de circulação, dificultando o acesso das mulheres aos serviços policiais, por exemplo (CANTOR; SALAS; TORRES, 2022).

Na Espanha foi criada uma página na internet que fornece orientações às mulheres expostas à violência no período de confinamento, inclusive uma opção para que ele navegue de forma privada e não fique registrado em seu histórico de navegação e também a opção de “sair rápido” caso se sinta ameaçada. Em Portugal, além da manutenção dos serviços prestados, aumentou o número de vagas em abrigos, semelhante ao Canadá. Países como a França, Chile, Argentina, Uruguai e Colômbia ampliaram o serviço de atendimento eletrônico para assessorar as mulheres em tempo integral. Nos Estados Unidos investiu-se em prevenção e a Argentina promoveu programas de transferência de renda para mulheres nesta situação (IPEA, 2020).

A Ilha das Canárias formou parceria com farmácias e criou códigos para que mulheres pedissem ajuda e os atendentes realizassem a denúncia. Posteriormente vários países adotaram esta medida, como a Argentina e França, além de alojar mulheres em hotéis, aumentando a capacidade de abrigo. O Reino Unido capacitou carteiros e entregadores para detectar sinais de violência na mulher (IPEA, 2020).

Após o registro de casos de COVID -19 no Brasil e as recomendações de isolamento social no país, não diferente dos demais, também passou a registrar aumento no número de casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2020; IPEA, 2020). Estudos realizados por meio de bases de dados nacionais e estaduais revelaram que não houve aumento expressivo das notificações quando comparado aos anos anteriores (BORDONI et al., 2021; CAUS et al.,

2021), contudo, há investigações que identificaram maiores registros de feminicídios durante a pandemia (CHAGAS et al., 2022; FBSP, 2020; 2021; IPEA, 2020).

Na tentativa de amenizar a situação foi recomendada a manutenção de serviços de atendimento à mulher, criação de comitês de enfrentamento à violência contra as mulheres no contexto da pandemia, campanhas para incentivar a denúncia e novos canais de atendimento. Realizadas também parcerias com instituições privadas para o incentivo à denúncia dos casos através da divulgação do disque 180 nas etiquetas de produtos e com a rede hoteleira, em caso de esgotadas as vagas em abrigos (IPEA, 2020).

Foi permitido o registro eletrônico de ocorrências policiais de violência contra a mulher e a concessão de medidas protetivas ou sua prorrogação durante a pandemia também por meio eletrônico. Concessão do auxílio emergencial com valor diferenciado às mulheres chefes de família, elaboração de cartilhas sobre os diferentes tipos de violência contra a mulher e os serviços de enfrentamento, ações de conscientização para os homens acerca de sua co participação nas atividades domésticas e cuidados com os filhos, ações de estímulo à vigilância solidária como a campanha “Alô Vizinho” que estimula a sociedade na denúncia de casos, campanhas de doação de alimentos e equipamentos de proteção individual para mulheres em situação de violência e vulnerabilidade e a disponibilização de material educativo para profissionais de rede (IPEA, 2020).

A Ronda Maria da Penha é um trabalho realizado pela Polícia Militar que se constitui em acompanhar as mulheres que têm medidas protetivas em vigor, através de visitas domiciliares para certificação do cumprimento das medidas e orientações. Este serviço foi mantido durante a pandemia, porém com algumas alterações como visitas pela calçada da casa, telefonemas e mensagens, atendimento on-line respeitando as recomendações de distanciamento social (IPEA, 2020).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INTERPRETAÇÃO

4.1 Representações sociais:

Neste estudo utilizaremos como referencial teórico metodológico a Teoria das Representações Sociais. As representações consideram tanto o aspecto subjetivo (sentido atribuído) quanto a dimensão objetiva (contexto) como componentes básicos da forma de relação social. Deste modo, o estudo das representações sociais, permitirá assimilar tanto aspectos subjetivos (sentido atribuído à violência) quanto objetivos (contexto da violência) acerca da violência vivenciada por mulheres. Sendo assim, investigar os aspectos que envolvem a violência contra a mulher se torna indispensável para melhor compreensão acerca do fenômeno.

Com o intuito de problematizar as mulheres em situação de violência interpessoal, especialmente em relação às consequências percebidas em suas vidas, partimos de uma contextualização que mostra como elas estão expostas a uma série de fatores que tanto as vitimizam como as fazem se sentirem partícipes ou cúmplices de atos violentos, numa relação afetiva de codependência. Assim, ao considerarmos a dimensão complexa e multifatorial da violência, o que inclui seus determinantes sociais, culturais e históricos, lançamos mão da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012). O propósito é retomar a construção do pensamento de mulheres em situação de violência, suas percepções, crenças, valores e conhecimentos acerca do fenômeno.

A Teoria das Representações Sociais tem como referência teórica o psicólogo social Moscovici, que define representações sociais como “uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos” (MOSCOVICI, 2012, p. 27). O autor aponta que a heterogeneidade dentro das sociedades modernas ocasiona desigualdades de poder e de diferentes representações sociais ou pensamento social. O indivíduo quando manifesta sua opinião sobre algo, pressupõe-se que o mesmo já possui uma representação acerca do que está sendo abordado (MOSCOVICI, 2012).

A definição das representações sociais realizada por Jodelet (2001), autora responsável por manter a proposição original de Moscovici, é acatada por muitos teóricos e se traduz como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, colaborando para a construção de uma realidade comum a uma sociedade/comunidade. Estudiosos das representações sociais afirmam que as representações se referem a alguém (sujeito) e alguma coisa (objeto) relacionadas a condições de tempo e espaço, devendo ser estudadas envolvendo elementos afetivos, mentais e sociais e incluindo a cognição, a linguagem, a comunicação e as

relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm. É o estudo dos processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam seu mundo e sua vida, realizando a interlocução das dimensões sociais e culturais com a história (JODELET, 1989; 2002; MOSCOVICI, 2012). Assim, estudar o sujeito (mulher) e o objeto (violência) a partir das representações sociais possibilita buscar interpretações da realidade, tentando compreender de que forma as mulheres, e suas relações, podem moldar seus comportamentos e condutas.

Reconhecendo que as representações sociais são produto da construção do homem, dois processos estão envolvidos na elaboração das representações sociais: a ancoragem e a objetivação. Ancorar, de acordo com Moscovici (2012), é classificar, nomear, categorizar alguma coisa, transformar algo estranho em familiar, enquanto a objetivação significa materializar as significações, tornar físico e visível o impalpável, o complicado em simples, possibilitando que noções abstratas se tornam concretas. Sendo assim, ao entrevistar mulheres expostas à violência, espera-se trazer a representação do que é familiar, comum, livre de conflito, baseado em suas crenças e tradições e o não familiar, algo incomum e desencadeador de conflito. Ter aproximação com as histórias vivenciadas de violência, transformações ocorridas ao longo do tempo, do saber socialmente construído para o entendimento da realidade de vida.

Estudo desenvolvido em uma penitenciária feminina de Ribeirão Preto abordando as representações sociais acerca da violência traz que ouvir as participantes facilitou familiarizar com aquilo que não era familiar, permitindo acesso às suas histórias envolvendo violência sofrida ou praticada, dentro e fora da esfera prisional, possibilitando aproximação do saber do senso comum, socialmente construído, para explicar a realidade de vida, possibilitando a compreensão dos problemas vivenciados e o apontamento das necessidades para seu enfrentamento (SCHERER et al., 2020).

De acordo com Durkheim (1999), as representações sociais manifestam a forma como determinado grupo se pensa em suas relações e os objetos que interferem. Baseado em Doise (2002), de modo generalizado, as representações sociais podem ser compreendidas como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos. Portanto, estar em um meio violento pode favorecer a naturalização da violência, bem como a perpetuação de atitudes semelhantes.

A teoria das representações sociais como suporte teórico-metodológico deste estudo, facilita a compreensão acerca da forma como se constitui um objeto (a violência), e as formas de agir de um grupo ou indivíduo (as mulheres). Para Moscovici (2005), estamos envolvidos

por imagens, linguagem ou cultura que nos são impostas por representações do grupo ao qual pertencemos. Portanto, as representações sociais não são criadas por um indivíduo isoladamente. A Teoria das representações sociais permite revelar o conhecimento cotidiano, as atividades e as relações sociais dadas num contexto social, através de sua história, cultura, valores, enfrentamentos e práxis. (NOVIKOFF, 2006).

Para Minayo (2008) as representações são traduzidas como categorias de pensamento, ação e sentimento que expressam a realidade constituindo modos de fazer, pensar e sentir que se reproduzem e podem se modificar baseado nas relações sociais. Neste sentido, as representações sociais estabelecem formas de conhecimento que são construídas e compartilhadas socialmente e permitem ao indivíduo ter ciência de suas ideias, pensamentos e atitudes buscando uma forma de tornar comum algo que até então era tido como incomum (REIS; BELLINI, 2011; SILVA; SALES, 2000).

Pesquisa fundamentada na Teoria da Representações Sociais envolvendo 100 mulheres na região metropolitana de Belo Horizonte evidenciou que as representações sociais acerca da violência para estas mulheres têm como elementos centrais agressão e desrespeito, complementadas ao despreparo do agressor para a vida, discriminação, poder e sofrimento. A violência verbal não se destaca na fala das participantes e as relações domésticas de dominação pelo parceiro não são entendidas como atitudes violentas. O termo mais representativo no estudo, “agressão”, também é a forma de violência mais reconhecida atualmente, porém as demais formas de violência contra a mulher também são produtoras de sofrimento (PALHONI; AMARAL; PENNA, 2014).

Corrobora com a pesquisa anterior um estudo realizado com mulheres privadas de liberdade num município no interior de São Paulo que revelou que as representações sociais da violência construídas pelas participantes estão relacionadas à violência física, relação de força e poder entre parceiros, a figura masculina como agressor e dominador e a mulher na condição de vítima. Ao mesmo tempo, para este grupo, há uma naturalização da violência psicológica, pois acreditam que atitudes como gritar, xingar ou ameaçar sejam consideradas falta de educação, uma vez que não houve agressão física. Com relação à definição de negligência, estas mulheres não entendem como forma de violência, mas como falta de capacidade ou responsabilidade proveniente das desigualdades sociais e em seus discursos fica revelado a relação de submissão da mulher ao homem (SCHERER, 2015).

Outro estudo, porém realizado com profissionais de saúde do município do Rio Grande do Sul, identificou que a representação social acerca da violência doméstica contra a mulher traçado por Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde é traduzida pelos

termos abuso, agressão física, covardia e falta de respeito, elementos que não destoam do estudos citados anteriormente, sobre a representação social da violência. A assistência direcionada à mulher que vivencia violência pode ser balizada pela representação que os profissionais possuem da violência contra a mulher (SILVA et al., 2015b).

Baseado em referências como Vigotsky e Lévy-Bruhl, Moscovici interpreta que a origem das funções mentais mais elevadas deve ser resgatada na história social, e que o desenvolvimento histórico do conhecimento e das representações é resultante de transformações qualitativas. O autor declara que é uma forma do indivíduo pensar, interpretar e expressar o cotidiano, de modo a organizar suas imagens, valores, símbolos, emoções e informações que possibilitam se comunicar e dar sentido à vida. Outro fator que motivou a adoção da teoria das representações sociais é sua relação com a psicologia social, que também estuda como as pessoas, ao compartilharem as ideias, que são de senso comum, transformam as mesmas em atividades práticas (FERREIRA FILHO, 2016). Neste caso, compreender como as mulheres interpretam e expressam a violência vivenciada e organizam suas emoções. Para Bertoni e Galinkin (2017) é possível afirmar que o estudo de uma representação pressupõe investigar o que pensam, por que pensam e como pensam os indivíduos.

Em uma sociedade cada vez mais cosmopolita e informatizada, somos conduzidos a experimentar uma variedade de sons, cheiros, imagens, gostos e comportamentos. Convivemos socialmente e profissionalmente com grupos de pessoas que apresentam suas heterogeneidades étnicas, culturais e econômicas, que constroem e reconstroem homogeneidade, fazendo com que os indivíduos, a partir destas interações e transformações, construam suas representações sociais (VIANA, 2008; REIGOTA, 2010). Não difere disso as mulheres em suas relações conjugais, que podem ter interpretações da realidade, comportamentos e atitudes variadas baseadas em sua formação cultural, social e no contexto em que estão inseridas.

As representações sociais possibilitam compreender os sentidos que as vítimas ou perpetradores de violência atribuem às suas representações e suas práticas, inclusive o contexto das violências, favorecendo a compreensão de sua prática, aspectos objetivos (contexto) e subjetivos (sentido atribuído) que envolvem a violência (PORTO, 2006). É preciso compreender o sentido da comunicação, mas também estar atento para outras significações, mensagens que possam estar implícitas nas falas dos participantes, buscando outras realidades a partir das mensagens (BARDIN, 2016).

Sendo assim, esta abordagem teórico-metodológica permitiu compreender o significado atribuído pelas mulheres em relação à violência, partindo do pensamento consensual e, a partir dele, construiu-se o pensamento científico acerca das representações sociais que envolve a

violência contra a mulher, contribuindo para o entendimento da história, considerando suas particularidades e seu universo social. Sabendo que a teoria das representações sociais nos possibilita compreender o pensamento social, ou seja, as representações sociais de um determinado grupo social, acredita-se que esta investigação permitiu a identificação das formas como as participantes compreendem a violência contra a mulher no intuito de propor estratégias de enfrentamento do fenômeno.

5. JUSTIFICATIVA

A violência doméstica contra a mulher é caracterizada como um problema de saúde pública e envolve relações de poder entre homens e mulheres, em que esta última está exposta à violência em todas as etapas de sua vida, seja a praticada pelos pais, pelo parceiro, com o avançar da idade, pelos filhos, enfim, a violência permeia o cotidiano de grande parcela da população feminina. Sustentada por questões socioculturais, as mulheres costumeiramente, ocupavam, e muitas ainda ocupam, uma condição de submissão ao homem, inclusive em manter em sigilo atitudes violentas praticadas por seus parceiros.

A eliminação de todas as formas de violência é apontada como uma das prioridades de atenção e compõe a Agenda 2030, que elenca objetivos de desenvolvimento sustentável, pensando no bem-estar do planeta (BRASIL, 2015), mas para que objetivos como este sejam atingidos exige um grande envolvimento de todos os segmentos da sociedade. Avançar nas questões socioculturais, capacitar profissionais para o enfrentamento dos casos, empoderar mulheres e dar visibilidade ao problema seriam passos largos a serem dados.

Não há dúvida de que a elaboração de estratégias mais efetivas de prevenção e redução da violência contra a mulher no Brasil vai depender da disponibilidade de dados confiáveis e válidos, das condições e circunstâncias das agressões. Esses dados reforçam a necessidade de fornecer uma maior visibilidade ao problema, a fim de serem criadas políticas públicas que sejam capazes de prevenir e coibir tal agravo, principalmente, porque no Brasil, ainda há uma grande tolerância à violência contra a mulher, devido à cultura machista que ainda permeia o meio social, cultivando e propagando a ideia de que “a culpa sempre é da vítima” (CERQUEIRA et al., 2018; WAISELFISZ, 2015;).

O número de casos de violência contra a mulher é alto, porém na realidade esses números são ainda maiores, haja vista a subnotificação existente, tanto pelo despreparo dos profissionais quanto pela omissão das mulheres, com receio de julgamento da sociedade, insegurança frente à conduta tomada pelos profissionais, dependência emocional e/ou financeira do agressor ou de potencializar as agressões do parceiro mediante a revelação da violência, fazendo com que as mesmas procurem ajuda somente quando a situação se torna insustentável (GOMES et al., 2015; SILVA et al., 2015c). Mesmo com os avanços que vêm ocorrendo em relação às políticas e programas de combate à violência contra a mulher, os estudos apresentam alta incidência e prevalência de casos, apesar da subnotificação existente, baixa resolutividade dos serviços, atendimento pouco efetivo e fragmentado, implicando em consequências negativas para a saúde física, psicológica e social da mulher.

Sabendo que as Unidades Básicas de Saúde são eleitas como porta de entrada do SUS, que trazem como proposta acesso facilitado e descentralizado e que as mulheres que vivenciam violência tendem a procurar mais pelos serviços de saúde em virtude das consequências ocasionadas pela violência, mesmo que muitas delas não revelem o motivo real do agravo, optou-se pela realização do estudo com mulheres expostas à violência usuárias destas unidades, que se configuram como instituições disponíveis à comunidade, que permitem a criação de vínculos e acompanhamento dos casos.

Entretanto, os serviços de saúde apresentam fragilidades na atenção à mulher exposta à violência e contam com profissionais que relatam dificuldades para detecção e intervenção, incluindo o receio no envolvimento dos casos por temer o agressor. Torna-se imprescindível um atendimento acolhedor, humanizado, respeitoso e sigiloso e para isto é preciso que os profissionais de saúde estejam capacitados para o manejo de casos suspeitos ou confirmados de violência cometidos contra a mulher e que privilegiem uma assistência integral e interdisciplinar, inclusive capacidade de despertar nas mulheres um posicionamento crítico acerca da desigualdade de gênero, contribuindo com melhorias na atenção.

Percebe-se a necessidade de debater questões de violência contra mulher com profissionais, gestores de saúde, comunidade, inclusive com as mulheres, no intuito de formar parcerias e formular prioridades. As necessidades de mulheres expostas à violência são múltiplas e requer uma visão holística acerca de suas demandas. Portanto o reconhecimento dessas necessidades é primordial para melhoria da sua qualidade de vida.

Apreender novos saberes pode se constituir numa ferramenta para aprimorar a prática. Ampliar a compreensão sobre os problemas que estas mulheres enfrentam, na perspectiva de prover estratégias de cuidado integral, torna-se necessário. O uso das representações sociais para compreender a violência no cotidiano das mulheres que a vivenciam se justifica por tentar entender a experiência vivenciada e o sentido da mesma em seu contexto social (MUNIZ; LEUGI; ALVES, 2017).

O estudo, ora apresentado, encontra relevância ao trazer dados referentes aos casos de violência doméstica contra a mulher no município de Muzambinho e reflexões que visam entender melhor as circunstâncias relacionadas à violência e podem subsidiar a proposição de estratégias condizentes com as necessidades das mulheres e que estejam ao alcance dos profissionais e serviços de saúde, programas de cooperação entre setores da sociedade como serviços de saúde, escolas, locais de trabalho, organizações não governamentais e sistemas de justiça criminal.

Parte-se do entendimento que a violência contra a mulher é um problema complexo que afeta a saúde física, mental e social das envolvidas, e necessita ser desnaturalizada. O pressuposto deste trabalho é que, baseadas em questões socioculturais, as mulheres não reconhecem todas as formas de violência a que estão expostas. Sendo assim, a violência contra a mulher tende a ficar invisibilizada, a mulher não se percebe na condição de submissão, naturalizando a dominação masculina e se expondo a situações de vulnerabilidade à violência.

Diante deste contexto e considerando a relevância da temática da violência doméstica contra mulheres é possível elencarmos a seguinte questão: Quais as representações sociais que mulheres atendidas nos serviços da atenção básica em saúde têm sobre violência doméstica?

6. OBJETIVO

6.1. Objetivo Geral

Compreender as representações sociais que mulheres usuárias dos serviços da atenção básica em saúde de uma cidade do interior de Minas Gerais têm sobre violência doméstica.

6.2. Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres atendidas em serviços da atenção básica em saúde por situações suspeitas ou confirmadas de violência doméstica.

Identificar as formas de violência vivenciadas por mulheres atendidas e notificadas em serviços da atenção básica em saúde por situações suspeitas ou confirmadas de violência doméstica.

Descrever os principais pontos de apoio identificados pelas mulheres que vivenciaram violência doméstica.

Descrever os significados atribuídos por estas mulheres acerca dos motivos que levam uma pessoa a vivenciar violência doméstica.

Descrever as representações sociais destas mulheres sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas para coibir ou prevenir a violência doméstica.

7. PERCURSO METODOLÓGICO

7.1. Natureza da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva (LAKATOS; MARCONI, 2003) de abordagem qualitativa de coleta e análise de dados. Na pesquisa qualitativa objetiva-se conhecer e interpretar a realidade, por meio da análise das narrativas, ao tentar explicar e produzir opiniões, atitudes e crenças dos participantes e consiste em compreendê-los em seu contexto. (GIL, 1999; BECK; HUNGLER; POLIT, 2011). Estudos acerca da violência usando abordagem qualitativa podem se justificar, tendo em vista que, exigem uma profundidade de conhecimento e maior proximidade com o sujeito (DUARTE et al., 2015).

De acordo com Netto (2006) a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta. Cervo, Bervian e Silva (2007) descrevem a pesquisa exploratória como um estudo que não necessita da elaboração de hipóteses para serem testadas, podendo restringir-se à definição dos objetivos e busca de informações sobre determinado assunto.

A pesquisa descritiva é a mais imediata sobre um dado evento relacionado à saúde-doença em nível coletivo. Consiste em distribuir a ocorrência do problema segundo as suas diversas características representadas por uma ou mais de uma variável circunstancial (ALMEIDA Filho; ROUQUAYROL, 2003).

7.2. Dificuldades encontradas no percurso metodológico

No processo de coleta de dados, nos esbarramos com algumas dificuldades que prorrogaram o início do trabalho de campo. As entrevistas estavam previstas para começar no primeiro semestre de 2020. Em fevereiro de 2020 encaminhamos um *e-mail* ao setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto a fim de que nos fornecessem endereço e telefone atualizados das mulheres, para agendamento da entrevista.

Após 15 dias sem retorno do *e-mail*, março de 2020, o setor de informática foi contatado via telefone e fomos informadas que o responsável pelo setor, profissional que se disponibilizou em nos fornecer os dados, encontrava-se de licença médica. Na semana seguinte, novamente fizemos contato com o setor para ver a possibilidade de um outro profissional nos fornecer estes dados e recomendou-se que o *e-mail* de solicitação de dados fosse reencaminhado para o setor, e isto foi feito no mesmo dia. No período de aguardo destes dados, março de 2020, em virtude

da pandemia da COVID-19 e recomendação de isolamento social, as atividades foram suspensas o que nos impossibilitou realizar a coleta de dados.

Com o retorno progressivo das atividades de pesquisa, em fevereiro de 2021, novamente enviamos *e-mail* ao responsável pelo setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e aguardamos até abril sem retorno, fazendo com que novamente entrássemos em contato. Chegamos a solicitar ajuda da coordenadora da vigilância epidemiológica do município, que nos orientou a fazer contato via telefone, e assim o fizemos. Ao ser atendida pelo profissional responsável, ele informou que iria consultar o setor jurídico da prefeitura para certificar sobre a legalidade do fornecimento de dados de endereço e telefone dessas pacientes e que a chefia do setor de informática estava passando por um processo de transição, sendo que outro profissional passaria a assumir o cargo por aqueles dias.

Enfim, após reuniões, muitos *e-mails* e ligações entre os anos de 2019 e 2021 obtivemos a resposta final que, baseado na Lei Geral de Proteção de Dados não seria possível conceder os dados de endereço e telefone das mulheres, mesmo o projeto estando aprovado pelo CEP e pelo CAPP. É sabido que a Lei Geral de Proteção de Dados não se aplica a pesquisas científicas, porém optamos por não insistir, pois as recusas sempre ocorreram de formas sutis, fundamentadas em alegações superficiais. Sendo assim, os pesquisadores entendendo a negativa do setor em colaborar com a pesquisa científica e anular a oportunidade de trazer benefícios para o município, optou-se por alterar o local de estudo.

7.3. Cenário do Estudo

A cidade de Muzambinho está localizada em Minas Gerais, estado com 586.528 Km² e dividido em 853 municípios, sendo caracterizado pela regionalização e diversidade de sua economia e recursos naturais. O município de Muzambinho apresentou, em 2016, uma população estimada segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 21.012 habitantes e área territorial de 409.948 km². O índice de desenvolvimento humano – IDH 3 (avalia a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população, e é baseado na educação, saúde e renda) – está classificado como médio, com valor de 0.75, PIB de R$ 190.849,00 e PIB per capita de R$ 8.450,00. A economia é baseada na agricultura, na pecuária e no artesanato, tendo o café como a principal cultura (IBGE, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde do município possui oito Estratégias de Saúde da Família (ESF), atingindo 100% de cobertura da população, de acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), dois Ambulatórios, um Centro

Odontológico, serviço de Vigilância em Saúde (Epidemiológica e Sanitária), Serviço Social e Farmácia Municipal objetivando oferecer à população atendimento básico e de especialidades, contemplando um processo descentralizado em saúde. Na área hospitalar conta com a Santa Casa/Pronto Socorro que dispõe de leitos credenciados no SUS, convênios e particular. Para serviços de maior complexidade há o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISLAGOS) que realiza consultas, exames especializados e procedimentos (MUZAMBINHO, 2019). No Brasil, a Vigilância Epidemiológica é o setor que coleta e consolida os dados provenientes de notificações de agravos à saúde, dentre eles a violência, e a partir da análise dos dados planeja suas ações.

O município de Muzambinho não possui DDMs, Núcleo de Atendimento Especializado à Mulher, Casa de Apoio ou Serviço de Reeducação do Autor da Violência de Gênero, ficando a cargo da Unidades de Atenção Básica e Hospital Municipal o atendimento dos casos de violência.

Muzambinho foi eleito como cenário do estudo por possuir 100% de área coberta pelas ESFs permitindo acesso facilitado e descentralizado à população. As ESFs e ambulatórios do município foram os locais selecionados para realização da pesquisa, uma vez que possibilita o acesso da população residente, primando por uma amostra composta por usuários procedentes de todas as regiões, com características geográficas, sociais, econômicas e culturais de todo município.

A maioria das unidades de saúde que sediaram este estudo, quando foram registradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) denominavam PSF (Programa Saúde da Família), porém atualmente o termo vem sendo substituído por ESF (Estratégia Saúde da Família). Como as entrevistas ocorreram nas ESFs e ambulatório, optamos por nos referir à UBSs (Unidades Básicas de Saúde) que incluem tanto as ESFs como o ambulatório.

7.4. Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo mulheres notificadas, como casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra a mulher na Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Muzambinho/MG.

7.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres atendidas e notificadas em serviços de saúde por situações suspeitas ou confirmadas de violência doméstica, com 18 anos ou acima dessa idade e que foram atendidas em unidades de saúde, no período de 2016 a 2020. Foram excluídas mulheres com idade inferior a esta até o momento da coleta de dados e que não foram notificadas por violência. A escolha do período se deu pelo interesse em dados atuais.

7.6. Procedimento de coleta de dados

No período de 2016 a 2020, 205 mulheres tiveram notificações de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de acordo com os dados fornecidos pelo serviço de vigilância epidemiológica do município, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Apêndice C).

As participantes foram selecionadas utilizando-se o critério de progressão aritmética de razão 15 a partir da primeira mulher citada na lista das 205 notificações. Quando alguma das selecionadas não aceitou participar do estudo, foram selecionadas as mulheres em posição imediatamente posterior ou anterior na referida lista, respectivamente, até ocorrer a saturação dos dados, ou seja, quando não havia mais elementos novos para a teorização.

O processo de amostragem por saturação teórica ocorre quando se interrompe a coleta de dados ao se constatar que novos elementos não mais emergem a partir do campo de observação, não sendo mais possível aprofundar a teorização (FONTANELLA et al., 2011). Desta forma, a coleta de dados foi suspensa, quando os dados obtidos se mostraram redundantes e repetitivos, e não havia mais elementos novos para a teorização (MINAYO, 2017).

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2021. As mulheres foram contatadas via telefone e convidadas a participar da pesquisa. Os contatos das participantes foram obtidos através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que é um sistema de informações online utilizado pelos serviços do SUS para o gerenciamento e operação das centrais de regulação (BRASIL, 2017) ou fornecidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESFs). Foi utilizada a entrevista semiestruturada.

As entrevistas ocorreram nas dependências de sete UBSs, de acordo com o critério de seleção das participantes e sua área de residência, em espaço e horário previamente acordado com a instituição, evitando interferência na rotina dos serviços realizados pelas equipes (Quadro 1).

Quadro 1 - Dias e Horários autorizados pelas UBSs para realização das entrevistas

UBS/ Dias e horários	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
PSF Cohab	-	-	8 às 11h	-	13 às 16h
PSF Jardim Anápolis	10 às 16h	10 às 16h	10 às 16h	-	10 às 16h
PSF Barra Funda	8 às 16h	-	8 às 16h	-	8 às 16h
PSF Bela Vista	8 às 16h	8 às 16h	-	8 às 16h	8 às 16h
PSF Vila Socialista	15 às 16:30h	-	15 às 16:30h	15 às 16:30h	-
PSF Vila Lima	8 às 16h	8 às 16h	8 às 16h	8 às 16h	8 às 16h
Ambulatório Amadeu de Almeida Lima	-	13 às 17h	13 às 17h	13 às 17h	-

Fonte: autores (2021).

As entrevistas foram realizadas em sala privativa da unidade, envolvendo apenas a entrevistada e a entrevistadora, assegurando sua privacidade. O tempo de aplicação de cada entrevista variou de 40 a 80 minutos e após cada entrevista era descrito em um diário de campo pela pesquisadora, relatando sua percepção em relação às participantes (expressões verbais e não verbais).

Percebeu-se certo incômodo, como medo e vergonha, por parte de algumas mulheres quando foi dito que as entrevistas seriam gravadas, ainda que mencionado sobre o sigilo ético da pesquisa. As respostas coletadas nas entrevistas foram registradas manualmente pela pesquisadora, e anotações necessárias foram realizadas. Para assegurar o anonimato das participantes, as entrevistas foram codificadas.

Ao final de cada entrevista foi oferecido as participantes um Guia de Serviços (Apêndice B) composto da rede intersetorial, constando de serviços de apoio de saúde, jurídico, policial e assistência psicossocial para uso da participante.

Durante o processo de coleta de dados, nos deparamos com situações que estenderam o período do trabalho de campo, tais como o não comparecimento de mulheres para as entrevistas agendadas, alegando dificuldades como horário de trabalho, dificuldade de deslocamento, mau tempo, tarefas domésticas e cuidados com os filhos, requerendo o reagendamento das mesmas.

Considerando a pandemia da COVID-19 e a importância de evitar a propagação da doença, as entrevistas foram realizadas respeitando o distanciamento de um metro e meio entre participantes e pesquisadores, uso obrigatório de máscara de proteção facial, utilização e disponibilização de álcool em gel 70% para higienização das mãos. As participantes também foram comunicadas que, caso na data agendada para entrevista, apresentassem sintomas gripais, sua presença deveria ser reagendada.

Estava previsto a realização do grupo focal neste estudo, contudo nos esbarramos com algumas situações que não nos possibilitou a realização do mesmo. Quando consultadas sobre a possibilidade de participar do grupo focal, somente uma se mostrou disponível, sete alegaram dificuldade de comparecer por motivo de trabalho, duas mulheres são idosas e uma é moradora de zona rural e apresentam dificuldade de deslocamento, e uma estava com bebê de 4 meses e relatou dificuldade para sair com a criança e participar do grupo com a mesma. Ao mesmo tempo percebeu-se, durante as entrevistas, o medo e o receio de falar sobre a violência vivenciada e em se tratando de dialogar sobre suas vivências em grupo, acredita-se que a dificuldade seria ainda maior, além das recomendações de isolamento social impostas pela pandemia e a não realização de atividades coletivas nas ESFs.

7.7. Instrumentos para Coleta dos Dados

Foi utilizada a entrevista semiestruturada ((MINAYO; COSTA, 2018). O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A), elaborado pela pesquisadora, contempla duas partes: Parte I: Informações gerais das participantes, baseadas em características sociais e demográficas, com perguntas fechadas que traçam o perfil das participantes. Parte II: Questões abertas baseadas em informações relacionadas à percepção, conhecimento e sentimento das participantes acerca do tema violência contra a mulher. As questões previamente elaboradas foram submetidas à avaliação de três profissionais da área em estudo. Realizou-se um pré-teste do instrumento para, caso fosse necessário, ajustar o roteiro, de modo a responder o objeto de

estudo. A aplicação-piloto envolveu duas entrevistas com mulheres que atendiam aos critérios de seleção e não compuseram a amostra final.

A entrevista permite uma investigação em profundidade das condições de vida dos participantes e é considerada como um instrumento privilegiado para apontar preconceitos sociais, atitudes discriminatórias ou exclusivas e iniquidades, retratando não apenas o que as pessoas vivenciam, mas também lhes dando a possibilidade de se manifestar, obtendo melhor colaboração do participante. Esta colaboração não se dá apenas pelo consentimento em participar da pesquisa, mas manifestar o que realmente pensa, na tentativa de produzir um resultado mais verdadeiro possível. Para que o participante se manifeste de forma significativa é preciso que se sinta à vontade no momento da entrevista, devendo ser proporcionado um ambiente favorável, tempo suficiente para se expressar, evitando interrupções e contestações (POUPART, 2010).

Geralmente, o ambiente que se estabelece durante a coleta de dados poderá influenciar diretamente no equilíbrio emocional dos participantes e, consequentemente, na qualidade dos dados obtidos (RAFAEL; MOURA, 2013). A entrevista em profundidade que foi utilizada no estudo corresponde a uma técnica adequada para compreender as experiências vivenciadas pelas mulheres expostas à violência, suas percepções e atitudes.

Estudo acerca de considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência aponta que as entrevistas, em pesquisas com esta abordagem, sejam realizadas por mulheres, podendo evitar o constrangimento ou algum tipo de desvio nas respostas das participantes, uma vez que a temática envolve relações de poder entre os sexos (RAFAEL; MOURA, 2013).

As variadas formas de entrevistas (estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas) se mostram como instrumentos de coleta adequados para a investigação das representações sociais em diferentes cenários. As entrevistas facilitam a expressão dos participantes e permite a exposição de seus pensamentos e sentimentos sobre os assuntos abordados. A partir da análise dos resultados obtidos com essa técnica, é possível, aos pesquisadores, apreender formas de pensamentos, argumentações e justificativas de comportamentos, e compreender se está havendo mudanças nas representações em função do convívio com outros grupos (BERTONI E GALINKIN, 2017). Jodelet (2001) traz a importância de se realizar perguntas bem elaboradas aos sujeitos, quando se privilegia a técnica da entrevista em profundidade, sugerindo que se inicie com perguntas de caráter mais concreto e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos para, posteriormente avançar para perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos.

7.8. Tratamento dos dados

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática Bardin (2016). Essa técnica transforma os dados brutos do texto ou discurso, por recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. A modalidade temática visa identificar unidades de significação sobre determinado assunto relacionados ao objeto de estudo e suas relações.

A análise do conteúdo, referente às diversas formas de interpretação das falas dos participantes (BARDIN, 2016), é uma técnica bastante utilizada por pesquisadores com diferentes abordagens teóricas, dentre eles, os que se utilizam da Teoria das Representações Sociais. As fases da análise de conteúdo são cronologicamente organizadas em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferências e interpretações).

Na pré-análise os dados são organizados com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais através da leitura de todo o material coletado. Na segunda fase ocorre a exploração, codificação e enumeração do material de acordo com as regras previamente estabelecidas. Na codificação o conteúdo é organizado por recortes, enumerado e agregado por categorias. As falas são organizadas por semelhanças e agrupadas por categorias identificadas. Por último acontece o tratamento dos dados obtidos e sua interpretação (BARDIN, 2016).

Foi realizada leitura e releituras atentas das falas a fim de selecionar e agrupar as unidades de significação, definindo-as em categorias conceituais. Para isso, realizou-se uma primeira leitura flutuante do material transcrito no intuito de se aproximar do conteúdo coletado, como os conhecimentos e sentimentos das participantes. As releituras permitiram aprofundar a análise dos relatos e conduzir a interpretação. A análise ocorreu de acordo com os temas utilizados no roteiro de entrevista através da classificação dos relatos para assim reconhecer as ideias principais das falas das entrevistadas.

A partir da transcrição dos dados e leitura exaustiva do material, realizou-se recortes das informações obtidas e agrupou-se categorias baseadas na relação das ideias que emergiram dos depoimentos das participantes. A análise do conteúdo permitiu identificar 03 categorias que foram descritas e exemplificadas de acordo com trechos extraídos das entrevistas.

Todas as etapas de análise foram conduzidas de forma encadeada, o que foi relevante para o entendimento dos discursos.

7.9. Considerações Éticas

O projeto foi avaliado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Muzambinho (Apêndice C) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estando registrado sob o ofício nº 0248/2021, protocolo número 47712921.6.0000.5393 (Anexo A), considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 466/12).

Foi garantido a todas as participantes os esclarecimentos, a qualquer momento, sobre os objetivos e procedimentos realizados antes, durante e após a pesquisa. Observados os aspectos descritos na resolução CNS 466/2012, foram fornecidos os esclarecimentos relativos à natureza da pesquisa, objetivos, procedimentos, garantias éticas, utilizando-se de linguagem clara e acessível. Todos os direitos quanto ao sigilo, confidencialidade, previsão de desconfortos, riscos e benefícios, livre arbítrio e segurança foram garantidos aos participantes da pesquisa, que foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E).

A pesquisadora, que não atua como profissional vinculada às unidades básicas de saúde do município, firmou o acordo de respeitar e preservar o anonimato das participantes, não utilizar as iniciais ou quaisquer outras indicações que pudessem identificar vítimas, suspeitas ou confirmadas, de violência doméstica contra a mulher, e divulgar os resultados em conjunto, apenas em meios científicos. Para garantir o sigilo e anonimato em relação à identidade das participantes, as entrevistas foram codificadas e atribuído, pela pesquisadora, um nome de flor a cada uma delas.

Uma das participantes foi reembolsada por gasto com combustível em virtude do deslocamento em carro próprio para a entrevista e as demais foram a pé ou em transporte público, circular, que é gratuito no município. O valor de reembolso foi calculado baseado na distância percorrida, através do *Google Maps*, e repassado o valor atual de 1 litro de combustível para cada 5 km percorrido para participação no estudo. Todas as participantes receberam um kit individual com lanche.

7.10. Riscos e Benefícios

Os riscos que eventualmente poderiam ocorrer participando desta pesquisa seria lembrar-se de fatos desagradáveis, experiências ruins que poderiam ter ocorrido na vida da mulher, podendo apresentar desconforto emocional como sentir-se triste, angustiada.

Para o manejo de eventuais desconfortos, foi esclarecido as participantes que as mesmas poderiam interromper a entrevista a qualquer momento e conversar sobre este sentimento com

um dos pesquisadores, que também se colocaram disponíveis para auxiliá-la a buscar no serviço público atendimento e suporte adequado, caso fosse necessário.

Os benefícios estão relacionados com a atualização de dados sobre a violência doméstica contra a mulher no município de Muzambinho e podem servir como base para criar programas em serviços de saúde, escolas e locais de trabalho. A mulher também poderá se beneficiar ao participar deste momento de debate, reflexão e troca de informações acerca da violência doméstica.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1. Perfil sociodemográfico das participantes

Fizeram parte do estudo 12 mulheres notificadas como casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e que foram atendidas em sete unidades de saúde de Muzambinho/MG.

O Quadro 2 apresenta características individuais das participantes.

Quadro 2 - Descrição das participantes

Participante	Descrição
01 Amarílis	Amarílis é uma mulher branca, de 40 anos de idade, heterossexual, solteira, com ensino médio completo, referiu estar sem ocupação no momento.
02 Azaleia	Azaleia **é** uma mulher branca, de 65 anos de idade, heterossexual, está em uma união consensual, possui ensino superior completo, e atua como professora.
03 Begônia	Begônia é uma mulher parda, com 68 anos de idade, heterossexual, casada, com ensino fundamental incompleto, referiu ser dona de casa.
04 Camélia	Camélia **é** uma mulher parda, de 28 anos de idade, heterossexual, está separada, tem ensino superior incompleto e relatou ser empresária.
05 Gérbera	Gérbera **é** uma mulher parda, de 41 anos de idade, heterossexual, casada, com ensino médio incompleto e referiu ser cozinheira.
06 Gardênia	Gardênia é uma mulher parda, de 44 anos de idade, heterossexual, se declarou solteira, com ensino fundamental incompleto e relatou ser faxineira.
07 Íris	Íris **é** uma mulher preta, com 86 anos de idade, heterossexual, viúva, com ensino fundamental incompleto e é aposentada.

08 Magnólia	Magnólia é uma mulher branca, de 29 anos de idade, heterossexual, está em uma união consensual, com ensino fundamental completo e referiu ser revendedora.
09 Lavanda	Lavanda é uma mulher parda, de 39 anos de idade, heterossexual, está em uma união consensual, com ensino fundamental incompleto e relatou ser dona de casa.
10 Margarida	Margarida é uma mulher amarela, com 50 anos de idade, heterossexual, está separada, com ensino fundamental incompleto e referiu ser dona de casa.
11 Perpétua	Perpétua é uma mulher parda, tem 46 anos de idade, heterossexual, está solteira, com ensino médio completo e relatou ser secretária.
12 Violeta	Violeta é uma mulher branca, tem 23 anos de idade, heterossexual, está em uma união consensual, com ensino médio incompleto e referiu ser dona de casa.

Fonte: autores (2021).

A faixa etária das participantes deste estudo variou de 23 a 86 anos, com média de 47 anos; seis (50%) se declararam pardas, quatro (34%) brancas, uma (8%) preta e uma (8%) amarela. Todas se autodeclararam heterossexual. Quanto à naturalidade, 10 (83%) eram do estado de Minas Gerais e duas (17%)de São Paulo. Em relação ao estado civil seis (50%) estavam solteiras, separadas ou viúva e seis (50%) estavam casadas ou em união consensual; somente uma (8%) com ensino superior completo e uma (8%) com superior incompleto, duas (17%) com ensino médio completo e duas (17%) incompleto, uma (8%) com ensino fundamental completo e cinco (42%) com ensino fundamental incompleto. Grande parcela das participantes 10 (83%) não exerciam atividades remuneradas ou desempenhavam atividades laborais de baixa remuneração (afazeres domésticos, cozinheira, faxineira, revendedora e secretária). Esses achados confirmam que a violência está fortemente relacionada com as iniquidades sociais, como mulheres com baixa escolaridade e remuneração.

Profissionais que participaram de um estudo desenvolvido em São Paulo relataram que a maioria das mulheres que vivenciam violência e procuram por atendimento nos serviços são casadas, possuem filhos, são economicamente dependentes do companheiro e, preponderantemente pertencentes às classes C, D ou E (VIEIRA; HASSE, 2017).

Resultado de uma revisão sistemática mostrou que mulheres que não haviam concluído o ensino médio tinham 40% maior possibilidade de vivenciar a violência por parceiro (YAKUBOVICH et al., 2018). No que se refere à renda familiar e escolaridade, uma pesquisa constatou um aumento da violência física em 41% entre mulheres com menor renda quando comparadas com as de maior renda, e 33% de aumento entre aquelas com menor escolaridade (SANTOS et al., 2020). Estudo nacional apontou que quanto maior o nível de escolaridade e renda da mulher menor a prevalência deste tipo de violência, mostrando a relação da violência a fatores macrossociais (VASCONCELOS et al, 2021).

O perfil das participantes deste estudo as colocam em situação de vulnerabilidade, pois das 12 mulheres, oito (67%) possuía baixa escolaridade, ou seja, não concluíram o segundo grau, e 10 (83%) ou não desempenhavam atividade remunerada ou ocupavam funções com baixa remuneração. Quanto maior o grau de instrução da mulher, maiores são suas oportunidades no mercado de trabalho e obtenção de renda, o que favorece a autonomia financeira da mulher e menor tolerância à violência, no entanto a violência pode incidir em mulheres de todas as classes.

8.2. Categorias Identificadas

Foram identificadas três categorias: Representações da violência doméstica para as mulheres que a vivenciaram, Representações da violência doméstica e a rede de proteção à mulher: *"Se tem eu desconheço"* e Representações da violência doméstica para as mulheres durante a pandemia da COVID-19, que se configuraram como os temas centrais da análise. Essas categorias foram descritas e demonstradas a partir de trechos extraídos dos discursos das participantes.

8.2.1. Categoria 1: Representações da violência doméstica para as mulheres que a vivenciaram

As participantes deste estudo consideraram como violência as agressões físicas, verbais e sexuais e se perceberam na condição de vítima durante os conflitos. Manifestaram seus

conhecimentos acerca da violência ancorados nas representações sociais do senso comum, tais como crença, ideia e comportamento, traduzidos por atitudes concretas de violência praticadas pelo agressor como tapa, enforcamento, estupro e xingamento.

As formas de violência física e psicológica perpetradas pelo parceiro se apresentaram de modo claro nas falas das participantes. A violência verbal, às vezes, representada como falta de educação do parceiro, foi muito enfatizada pelas mulheres como uma forma que "machuca mais que a física" e mostra como a violência psicológica, apesar de ser pouco denunciada, pouco reconhecida pelos profissionais e pouco divulgada pela mídia, é tão nociva quanto às demais formas de violência.

"Acho que é violência física e verbal. Acho que a violência verbal machuca mais que a física". (Azaleia)

"[...] Às vezes eu falo as coisas pra ele e ele responde com falta de educação. Ele já me enforcou". (Begônia)

"Violência pra mim é agressão física, verbal. Às vezes uma palavra dói mais que um tapa". (Margarida)

"Eu acho que a violência psicológica é pior que a física. A física não chega nem perto da psicológica. Tortura psicológica". (Perpétua)

A violência contra a mulher pode provocar prejuízo físico, psicológico, sexual e moral e é permeada por relação de subordinação, despertando temor, isolamento e intimidação para a mulher. Pode ser compreendida como uma ação que envolve a utilização de força real ou simbólica, pelo agressor, no intuito de dominar a mulher (BANDEIRA, 2014).

O presente estudo aponta que, em relação à estudos anteriores, como o de Palhoni, Amaral e Penna (2014), em que a violência verbal era pouco reconhecida pelas mulheres e o de Scherer (2015), em que as mulheres tendiam a naturalizar a violência psicológica, que as participantes desta pesquisa já reconhecem, além da violência física, também a psicológica, representada nas falas, pela violência verbal.

Nos discursos das participantes é ressaltado o sofrimento causado pela violência verbal e vai ao encontro dos estudos de Saffioti (2004), que demonstra que a violência psicológica fere a alma, sendo mais delicada de cuidar do que lesões físicas, e de forma rotineira ocorre

concomitantemente com outras formas de violências. De acordo com a mesma autora, mulheres em situação de violência têm maior facilidade de superar a violência física do que humilhações, pois, violências verbais que as desqualificam provocam dores mais intensas (SAFFIOTI, 2015).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto com profissionais médicos sobre a percepção acerca da violência contra a mulher mostrou que, em sua maioria, eles acreditam que a violência psicológica é a mais grave, pois estes profissionais referem que esta forma de violência pode causar dependência emocional da mulher em relação ao parceiro, ficando mais exposta para violência física e sexual (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

As formas de violência vivenciadas pelas participantes variaram entre exclusivamente psicológica, exclusivamente física, as duas formas, tanto física quanto psicológica, seja de forma concomitante ou isolada, física e sexual, psicológica e sexual, embora se saiba que a violência física e a psicológica costumam estar sobrepostas, sendo mais comum a psicológica ocorrer de forma isolada. Neste estudo, a violência psicológica é a que aparece em maior proporção nos depoimentos, se somadas as formas exclusivas e combinadas.

"[…] *O meu marido é revoltado. Ele grita, xinga de nome pesado. Tem umas qualidades boas também".* (Begônia)

"[…] *Tomei um tapa no rosto de um ex e eu sumi. Depois tomei as providências".* (Perpétua)

"Ah, muitas vezes a violência acontece por palavras e até mesmo física". (Lavanda)

Resultado de pesquisa desenvolvida na Índia indicou que a forma mais frequente de violência doméstica contra a mulher foi a de ordem física. Entretanto, os profissionais alegam que a violência física ocorre sempre em conjunto com a psicológica (SHARMA, 2015). Corroborando com este resultado, estudo realizado na Turquia constatou que a violência física foi a forma mais predominante de violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo (SEN; BOLSOY, 2017). Também no Brasil, resultado de pesquisa divulgou que a violência física (61%), se apresenta no topo das denúncias, seguida por violência moral (20%) e tentativa de feminicídio (6%) (BRASIL, 2020).

Em contrapartida, um estudo conduzido a partir de dados de uma delegacia da mulher de Florianópolis, relacionado a violência por parceiro íntimo, revelou maior prevalência da violência psicológica em relação à física (BÜCHELE; PHILIPPI, 2015). Outro estudo realizado com 470 mulheres usuárias da Atenção Primária à Saúde, em um município mineiro, apresentou a prevalência da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo para as dimensões

psicológica (42,8%), física (26%) e sexual (12%) com destaque para violência psicológica (ROSA et al., 2018).

Pesquisa realizada no Espírito Santo com 938 participantes encontrou a prevalência da violência psicológica de 24,8%, física 9,28% e sexual 5,33%, entre as entrevistadas (LEITE et al., 2019a), em consonância com este e no mesmo estado, um estudo com 991 mulheres usuárias da atenção básica, trouxe um predomínio da violência psicológica de 57,6%, física com 39,3% e a sexual, com 18,0% (SANTOS et al., 2020) corroborando com nosso estudo, sendo a violência psicológica a forma mais prevalente entre as mulheres expostas. Vale ressaltar que a violência psicológica pode anteceder outras formas de violência que vão se acumulando, se sobrepondo e se intensificando com o tempo.

Revisão integrativa discute que a maior incidência da violência conjugal de ordem física pode estar associada ao maior reconhecimento desta forma de violência pelas mulheres que a vivenciam, bem como para os profissionais que as atendem (DUARTE et al., 2015). Percebe-se a importância de mulheres reconhecerem todas as formas de violência e assim denunciá-las. Tão importante quanto a ação dos profissionais de saúde e poder público na divulgação de todas as formas de violência no intuito de empoderar as mulheres e estimulá-las a não tolerar nenhuma delas. Neste estudo duas participantes referiram ter vivenciado a violência sexual:

"Tem que acabar, né? Estupro, muito estupro, quase mata a pessoa, enforca a pessoa. Já me pegaram embriagada...Meu ex... ele me pegava à força". (Gardênia).

"Ai, eu, quando eu era pequena... Comecei a trabalhar com oito anos em casa de família. Quem dizia que era meu patrão mostrava seus órgãos sexuais pra mim. Ele dizia que se eu contasse matava eu e meus pais. Hoje tenho 50 anos e tenho isso na cabeça ainda". (Margarida)

Mesmo que a violência sexual tenha se apresentado com menor frequência que as outras formas, neste estudo encontramos a ocorrência em 17% das participantes, estando acima da prevalência encontrada em outro estudo nacional com 13,6% (BARROS et al., 2016). No depoimento podemos perceber que a violência sexual ocorre em âmbito doméstico e se caracteriza pela prática sexual induzida pelo uso de força, mesmo entre casais, sem o consentimento de uma das partes, se configura como estupro. Para o agressor, a dominação sobre a mulher, pode gerar satisfação.

Todas as formas de violência estão diretamente relacionadas à prejuízos para a saúde ao longo da vida, contudo a violência contra mulheres contribui de forma elevada para isto. Estudos comprovam que mulheres que sofreram violência praticada por parceiro íntimo e

violência sexual enfrentam mais problemas de saúde, implicando em gastos mais altos com atendimento, procuram pelos serviços de saúde com maior frequência ao longo da vida, e passam por internações hospitalares mais frequentemente se comparadas as que não sofreram violência (KRUG et al., 2002; BLACK, 2011).

A violência sexual, nem sempre caracterizada por uma forma de violência na percepção de mulheres e homens, reforça a construção social que impõe a mulher a ter relações sexuais como parte do contrato conjugal, estando aliada a cultura patriarcal que vivemos. Além do sexo, independente de seu desejo, também está exposta a práticas sexuais abusivas ou depreciativas, porém associadas à atribuição da mulher em proporcionar prazer ao homem (BARROS; SCHRAIBER, 2017). Mulheres em situação de violência necessitam de assistência integral promovida por equipes multiprofissionais e com atuação interdisciplinar, pois estão expostas a danos físicos, psicológicos e sociais por longos períodos.

Além de vivenciar a violência praticada por parceiro, duas participantes referiram à violência intrafamiliar, a violência praticada por pessoas da família, com ou sem laços consanguíneos, que pode ocorrer no âmbito doméstico ou fora dele. Nenhuma relatou a negligência ou a violência patrimonial, seja por não tê-la vivenciado ou por não reconhecê-la como violência:

“Minha mãe batia demais na gente. O pai não batia…, não gritava…Era muito calmo”. (Begônia)

“*Já tentaram me matar. Parente meu mesmo... meu filho. Ele veio com uma faca pra me matar na cama. Não tinha brigado com ele, mas ele é revoltado comigo*”. (Gardênia)

A criação de meninas em um ambiente violento e o fato de também vivenciar a violência na infância influencia na possibilidade destas meninas virem a ser, futuramente, vítimas de violência de gênero, o que pode ser denominado de transmissão intergeracional da violência. Pesquisa domiciliar envolvendo 10 mil mulheres residentes nas capitais do Nordeste do Brasil apresentou que 20% das entrevistadas vivenciaram violência doméstica e familiar durante a infância e adolescência e, 40% destas, sofreram violência praticada por parceiro na vida adulta (CARVALHO; OLIVEIRA, 2017). Nos depoimentos foi perceptível que a mulher passa por um ciclo da violência em que na infância e adolescência é agredida pelos pais, na vida adulta pelo companheiro ou ex-companheiro e com o avançar da idade os filhos passam a ser os agressores.

Duas entrevistadas relataram a vivência do assédio, sendo um do tipo sexual (violência sexual) e outro do tipo moral (violência psicológica) e nenhuma realizou a denúncia. No

primeiro caso o homem visualiza a mulher/menina como objeto para atender seus desejos reforçando as desigualdades de gênero, permeadas por desrespeito e intimidação do homem sobre a mulher, afetando sua saúde psicológica de forma crônica [trecho do depoimento já exposto anteriormente ao falar sobre a violência sexual] e o segundo caso através da depreciação do trabalho desenvolvido, cobrança exagerada, afetando a autoestima da mulher, que atua como secretária em uma escola pública:

"[...] *A minha chefe me desmerece muito. Ela me faz sentir incompetente o tempo todo. É horrível*". (Perpétua).

O assédio sexual praticado por uma pessoa, numa relação de poder superior no local de trabalho, se insinuando para uma criança é considerado como estupro, mesmo não havendo penetração, pois entende-se que uma criança não é capaz de permitir um ato sexual, ademais a chantagem também permeia a violência sexual.

O assédio moral se configura por atitudes grosseiras, intolerância às diferenças, abuso de poder constante no ambiente de trabalho na tentativa de desestruturar o trabalhador e suas relações no trabalho. Há diferenças entre as características do assédio moral em instituições privadas e públicas. Em instituições privadas, a exigência por alta produtividade, baixa remuneração, depreciação do trabalho e facilidade de demissão podem permear as relações, contudo costuma ter uma duração de tempo menor tendo em vista que é interrompida pela demissão. Em contrapartida, nas instituições públicas, devido a estabilidade, o assédio tende a ser duradouro, onde os assediadores e assediados raramente são demitidos, podendo acarretar em grande sofrimento para o trabalhador (HIRIGOYEN, 2015).

Pesquisa de abrangência nacional desenvolvida em 130 municípios pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública apresentou que, em uma amostra de 1092 mulheres, 29% estiveram expostas à violência ou agressão e 40% sofreram assédio (FBSP, 2019). Os resultados do assédio moral podem impactar na saúde física, mental e social do trabalhador, interferindo inclusive nas relações familiares como um componente estressor (DUFFY; SPERRY, 2014; PELLEGRINI; TOLFO; MORÉ, 2021).

Em momentos de estresse elevado a relação conjugal pode ser comprometida, pois a libido e a capacidade de diálogo tendem a diminuir gerando conflitos entre casais. Implicações nas relações com os filhos também são comuns de ocorrer em decorrência do sofrimento ocasionado pelo assédio, ou seja, quem vivencia o assédio não tem o mesmo como um problema exclusivo seu, mas sim em toda sua rede de relacionamento (PELLEGRINI; TOLFO; MORÉ, 2021), além da queda da autoestima em virtude da incapacidade ou inutilidade atribuída pelo

assediador (HARASEMIUC; BERNAL, 2013). Portanto, a relação entre trabalho e família está interligada e a vivência do assédio moral invade negativamente as relações familiares (PELLEGRINI; TOLFO; MORÉ, 2021).

No caso da participante Perpétua, ela revelou que vivenciou o assédio moral no trabalho e a violência doméstica praticada pelo parceiro. De acordo com Scherer et al. (2008), as pessoas refletem e procedem baseadas nas experiências vivenciadas, construindo um mundo conforme suas relações. As relações sociais são permeadas por situações prazerosas ou conflituosas e a partir desta última pode surgir a violência.

Quanto à ocorrência da violência durante a gestação, cinco participantes estiveram nesta situação, o que mostra que a gestação não é um fator protetor para a violência.

"Em época de muita chuva meu marido ia pra cidade e me deixava na roça sozinha. Ele ficava dias pra lá e eu quase pra ter nenê". (Begônia).

"Levei murro na cabeça durante a gravidez. Só que não foi desse não, foi do outro parceiro*".* (Gardênia).

" [...] *Já fui agredida pelo meu marido atual e o anterior. O marido atual me agrediu duas vezes, foi leve, ficou roxo e uma delas eu estava grávida e perdi o bebê. Não sei se porque o bebê estava nas trompas ou se foi por conta da agressão".* (Violeta).

"[...] *Assim..., quando eu estava grávida do outro menino eu levei xingamento. Foi quando eu estava esperando o outro menino meu. Até eu perdi o bebê. Ele estava com oito meses, estava morto. Ah, sei lá... Parece que foi uma briga. Às vezes não era para o menino vim. Deus sabe tudo. Deus me deu mais um filho depois*". (Magnólia).

" [...] *Sofri violência física, verbal e psicológica durante toda a gravidez, pelo meu ex-companheiro*". (Camélia).

Apesar de nenhuma das participantes reconhecer a negligência como forma de violência, deixar uma gestante sozinha em casa, na zona rural, por vários dias, sem meios de comunicação para solicitar ajuda, é uma forma de negligência e, embora uma das mulheres mencionar que sofreu um tipo de violência "leve" os resultados geraram hematoma e supostamente aborto, o que não caracteriza forma leve de violência, mas de acordo com suas representações, estas atitudes estão ancoradas em formas leves, possivelmente baseadas em suas vivências. Também houve naturalização das práticas violentas dentre as mulheres que sofreram aborto. Algumas mulheres conseguiram se desvencilhar do relacionamento violento,

mas se envolveram em outros semelhantes e continuaram a conviver com parceiros que utilizam da força e do poder para dominar a mulher.

A violência perpetrada contra gestante é considerada um agravo importante, tendo em vista que é mais incidente que doenças como diabetes e hipertensão arterial (BRASIL, 2006). Pesquisa realizada na Noruega constatou que mulheres expostas à violência física estão mais predispostas a interromper precocemente a amamentação, independente de existir depressão pré ou pós-parto (SORBO et al., 2015), enquanto que o abuso sexual, foi extensamente relatado pelas mães que não iniciaram a amamentação nos primeiros dias de vida do recém-nascido (BOYCE et al., 2017).

Baseado no relato de parturientes, a violência psicológica foi a forma mais frequente por elas vivenciada após o parto, sendo que estas mulheres apresentaram 49% menos chance de amamentarem exclusivamente seus bebês (ISLAM et al., 2017). Pesquisa sobre fatores que estão relacionados à agressão física contra gestantes em São Luís, no Maranhão, apresentou que a prevalência desta forma de violência foi igual a 12,4%, e destas gestantes, 66% estiveram expostas à violência uma única vez. O parceiro íntimo foi o perpetrador em 66% das ocorrências (COSTA et al., 2017).

Estudo realizado na Espanha, demonstrou que a violência psicológica, relatada por 20% das mulheres, estava relacionada com a diminuição da possibilidade de iniciar a amamentação (MARTIN-DE-LAS-HERAS et al., 2019). Revisão integrativa da literatura composta por 25 artigos, destacou que dentre as publicações analisadas, a maior parte das mulheres revelaram que a violência teve início antes da gestação e, 66% delas continuaram sendo agredidas durante o período da gravidez (CAVALCANTI et al., 2020).

Estudo no Brasil, com base em dados do SINAN, revelou que as formas de violência com maior incidência em gestantes foram a física (61,9%), psicológica (31,2%) e sexual (27,0%) podendo a violência física vir acompanhada da violência psicológica, e, nem sempre, reconhecida pela mulher como violência (COLONESE; PINTO, 2022). Dados preocupantes também encontrados neste estudo, pois as participantes estiveram expostas a violência física, psicológica e negligência durante a gestação.

Pesquisa brasileira que analisou notificações de violência contra gestantes no período de 2011 a 2018 mostrou que as gestantes estiveram expostas à violência em diferentes fases da gestação, entretanto detectou-se que quanto mais avançado o período gestacional menor era a incidência da violência (COLONESE; PINTO, 2022).

Estudo revelou que gestantes expostas à violência por parceiro íntimo estão mais suscetíveis a desenvolver sintomas depressivos e transtornos de estresse pós-traumático, deixar

de amamentar precocemente seu filho e sofrer aborto espontâneo (MENDOZA et al., 2018). Os impactos da violência também costumam incidir na criança, como o nascimento de um bebê prematuro, baixo peso ao nascimento e morte fetal e neonatal (LEITE et al., 2019b). Em nosso estudo 17% das participantes revelaram ter sofrido aborto após exposição à violência na gestação.

Estudos atuais revelaram a relação entre a violência praticada por parceiro e as práticas inadequadas de aleitamento materno (CHAVES et al., 2019; KJERULFF MADSEN et al., 2019; NORMANN et al., 2020), uma vez que pode interferir de forma direta na amamentação, como dificuldade de relaxamento para descida em quantidade adequada do leite e, de forma indireta, pela ausência ou escassez de apoio emocional a mulher, facilitando o desenvolvimento de depressão ou ansiedade e frustração com seu corpo (NORMANN et al., 2020), repercutindo em sua saúde física, mental e sexual. Outro estudo abordando 1146 gestantes concluiu que há uma redução da duração do aleitamento materno até os 12 meses de idade do bebê quando a mulher é exposta a violência recorrente antes ou durante a gestação (RIBEIRO et al., 2021).

Ainda que a violência perpetrada por parceiro íntimo seja a forma que mais acomete as mulheres, ainda é bastante omitida, uma vez que poucas procuram ajuda ou denunciam (MCGUIRE, 2015). Parceiros violentos também interferem na frequência de suas companheiras as unidades de saúde, com receio da revelação da violência, o que pode implicar em início do pré-natal tardio ou número reduzido de consultas, comprometendo informações que seriam compartilhadas pela equipe no que tange aos cuidados com a mãe e o bebê, inclusive sobre violência, assunto previsto para abordagem no pré-natal (FERRARI et al., 2020).

Revisão integrativa apresentou que a associação entre o aleitamento materno e a violência por parceiro ocasiona prejuízos quanto ao início precoce, à manutenção e a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebê e maior possibilidade dessas mulheres apresentarem depressão pós-parto (BAQUIÃO et al., 2022). A violência contra a mulher em qualquer circunstância é um evento grave, sobretudo na gestação, em que a mulher está mais frágil, causando malefícios não somente para a mulher como para o seu bebê, afetando as formas de cuidar de si e de seu filho.

O período gestacional além de apresentar alterações físicas no corpo da mulher, pode vir acompanhado de medo e ansiedade em relação aos cuidados com o bebê, a relação com o parceiro, questões financeiras, de trabalho e com seu próprio corpo. A violência pode tornar a mulher ainda mais fragilizada, interferir em sua autoestima, na sua disposição em relação aos cuidados com o bebê e consigo mesma, só agravando as condições da mulher e impactando em

seu filho. Na verdade, a gravidez é um momento em que a mulher espera um maior cuidado e atenção do companheiro e muitas se deparam com atitudes violentas.

Apesar da existência de protocolos que prevêem a abordagem da violência por parceiro na assistência ao pré-natal, é sabido que, na realidade, a sua operacionalização ainda não ocorre na rotina dos serviços. Ressalta-se a importância de equipes capacitadas para atuarem nos serviços de saúde da mulher, não somente na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, mas dentre outras questões, o enfrentamento da violência contra a mulher.

Podemos perceber bastante diversidade nas explicações das participantes sobre a violência entre casais, contudo suas falas são representadas pela opressão do homem e a submissão da mulher. Do ponto de vista das mulheres a violência entre casais pode ser explicada pelo amor excessivo, ciúmes, desconfiança, não cumprimento pela mulher das tarefas domésticas, tipo de vestimenta da mulher, consumo de álcool pelo agressor, traição, sentimento de posse do homem sobre a mulher, problemas cotidianos e falta de diálogo.

"*Acho que celular é a pior causa. As redes sociais provocam ciúmes. As mulheres ficam nas redes sociais ao invés de cuidar dos filhos, dos compromissos, deixar roupa lavada e passada, aí o marido chega e fica louco*". (Azaléia)

"*Amor. A mulher deve amar demais da conta. Tem violência, mas está junto*". (Amarílis)

"*Eu acho que eles acham que a pessoa é um objeto, sentem posse, acham que pode fazer o que quer, é isso*". (Camélia)

"*Eu acho que tem mulher que provoca, não sei. Tem mulher aí que põe shortinho* [...] *Tem mulher que fica até presa dentro de casa, eles trancam até a porta pra mulher não sair* [...]". (Gardênia)

Pelas respostas, nota-se o entendimento que a violência tende a ser tolerada pela dependência emocional da mulher em relação ao parceiro, a atribuição somente à mulher pela obrigatoriedade na realização de tarefas domésticas e culpabilizam a própria mulher por atitudes violentas do parceiro.

Um estudo concluiu que o acesso às redes sociais favorece o aumento do ciúme nas relações entre parceiros (ELPHINSTON; NOLLER, 2011). O ciúme é caracterizado por um sentimento desagradável ocasionado pela suspeita ou convicção que a parceira (o), de quem se espera exclusividade, manifeste afetividade por outra pessoa (ECHEBURÚA; MONTALVO, 2001).

A dependência emocional pode influenciar diretamente a mulher na permanência em uma relação violenta, colocando-a em condição de submissão e acatando as condutas e atitudes impostas pelo parceiro, sem reconhecer que isto infringe sua dignidade e viola seus direitos enquanto ser humano (OLIVEIRA et al., 2015).

A sociedade patriarcal edificou as desigualdades entre homens e mulheres através da construção dos valores masculinos dominantes e os femininos dominados pelo homem. Este tipo de relação dispõe o homem como pessoa ativa na sociedade e a mulher restrita ao âmbito doméstico e submissa ao marido (AZEVEDO; DUTRA, 2019).

O amor pode ser traduzido como um sentimento de prazer ao se relacionar com outra pessoa, bem como pode gerar sofrimento (VALVERDE et al., 2019). Autores como Cubells e Casamiglia (2015) apontam diferenças entre o amor verdadeiro e o amor romântico, sendo que o amor verdadeiro é permeado por respeito, preservando a individualidade do outro, ao passo que o amor romântico está ligado ao encantamento, sentimentos incontroláveis como ciúme e atitudes agressivas e a literatura demonstra a prática da violência por parceiro e sua convergência com o amor romântico, podendo evidenciar que o amor romântico é um fator de risco para um relacionamento tóxico ou abusivo (VALVERDE et al., 2019).

Parceiros que procuram usar o diálogo para solucionar conflitos tendem a ser menos agressivos, respeitam a individualidade da companheira e previnem prejuízos para a vida do casal (CIENFUEGOS, 2010). Estudo realizado com agressores salientou que o sentimento de inferioridade do homem em relação a mulher impulsiona a prática da violência para a solução de conflitos (VALVERDE, 2019).

Culturalmente, a mulher foi formada para ser submissa ao seu parceiro, compartilhando de relações em que ela se anula, na sua condição de ser social, para atender os desejos ou ser posse do outro. Tem seus desejos tolhidos e sua liberdade reprimida comprometendo suas referências. Inclusive algumas religiões ainda reforçam o modelo patriarcal, de submissão da mulher ao esposo, o que pode mascarar a violência entre casais, mantendo-a de modo íntimo e privado.

A representação social do amor pode encaminhar para o equilíbrio ou desequilíbrio das relações entre parceiros, visto que a concepção de amor pode interferir nas relações afetivas. Uma representação deformada sobre o amor pode estimular a passividade em relação a comportamentos dominadores por parte do parceiro facilitando a violência. Se faz importante dialogar com as mulheres para compreensão de que o amor não deve ser imbuído por violência cabendo às equipes de saúde estimular a mulher a refletir e assumir uma postura crítica acerca da situação vivenciada.

O relato das participantes reflete sentimentos de raiva, indignação, revolta, tristeza, humilhação, impotência e medo ao falar sobre a violência sofrida. O sentimento de raiva está presente na fala de quase metade das participantes, o que mostra o inconformismo com a violência.

"*Sinto muita raiva. Impotência de não poder falar, não poder reagir*". (Margarida)

"[...] *Fico Revoltada, né* [...]". [se emocionou e chorou] (Gardênia)

"[...] *Tenho tristeza. Você imagina como a gente fica, né. A gente conversa, ri, mas lembra* [...]". (Magnólia)

"[...] *Às vezes, até quando durmo à noite fico com medo do meu marido*". (Begônia)

Pesquisa conduzida na Paraíba com mulheres que vivenciaram violência doméstica observou que os discursos das participantes são permeados por sentimentos de inferioridade, angústia e revolta, repercutindo negativamente na sua autoestima (GUIMARÃES et al., 2018). Estudo de revisão integrativa apontou que o sentimento de raiva despertado na mulher decorrente da violência do parceiro possui uma combinação positiva com o término da relação e barreiras estruturais, como a dependência financeira da mulher em relação ao seu parceiro, possui relação negativa com o término. Assim sendo, aspectos sociais, estruturais e pessoais podem facilitar ou dificultar o processo de superação da violência (MURTA; PARADA, 2021).

Nos depoimentos das participantes deste estudo pudemos perceber as representações sociais da violência e a posição que elas assumem com relação ao parceiro e a violência praticada. As mulheres alternam entre passividade e tomada de atitude, sendo que menos da metade, cinco participantes, foram capazes de agir, realizando denúncias e rompendo a relação abusiva, enquanto a maioria, sete participantes, foram passivas. O domínio do homem sobre a mulher, ancorado no imaginário da mulher como algo comum, é proveniente de uma construção sociocultural das desigualdades de gênero, responsável pela naturalização da violência praticada pelo homem.

Os achados deste estudo demonstraram que a violência contra a mulher, sobretudo cometida pelo parceiro, é uma prática recorrente, em que as participantes relataram vivenciar violência por várias vezes, sendo que referiram à violência psicológica como uma ação rotineira do companheiro. Quando indagada se foi a primeira vez que foi agredida, emergiram respostas do tipo:

"*Aconteceu muitas vezes. Ele chegava bêbado e a gente brigava*". (Íris)

"*A violência acontece direto. Todos os dias*". (Lavanda)

"*Violência física foi a única vez. Psicológica acho que a vida inteira*". (Perpétua)

Pesquisa realizada com 300 mulheres em situação de violência revelou que a violência física é a forma mais denunciada sendo que 32% das mulheres relataram ter vivenciado a violência física uma única vez, 20% delas afirmaram ter sido duas ou três vezes, 11% mais de dez vezes e 15% nem sabem quantas vezes apanharam (SAFFIOTI, 2015). Corroborando com nossos achados, estudo conduzido nas unidades de saúde pública de São Paulo encontrou que mulheres declararam vivenciar episódios múltiplos e recorrentes das variadas formas de violência e, no Brasil, cerca de 33% das mulheres expostas à violência perpetrada por parceiro declararam vivenciá-la de forma recorrente (BARROS, SCHRAIBER, 2017).

Diferente da violência urbana, em que geralmente não se conhece o agressor e a violência ocorre esporadicamente, a violência praticada por parceiro não ocorre em momento isolado, mas em sua maioria, passa a assumir um padrão permanente até que a mulher consiga se desvencilhar da relação abusiva, e por isto a importância de políticas públicas que não estejam limitadas a punição do agressor, mas de possibilitar autonomia da mulher.

As participantes identificaram como principal agressor o homem (companheiro, ex-companheiro, pai, sogro, filho), pessoas com as quais a mulher possui algum tipo de vínculo e os casos de violência ocorreram no âmbito doméstico.

"[...]Eu não apanhei só dele de homem. Também já apanhei do pai dele, meu ex-sogro, do meu pai...". (Camélia)

"*Violência física foi do meu ex-companheiro. A psicológica eu estou vivendo no exato momento. Meu* companheiro *me deixa pra baixo só pelo psicológico. Ele consegue me reduzir a pó* [...]". (Perpétua)

O poder patriarcal é aparente nas relações desiguais de gênero, onde o homem dominante oprime a mulher. De acordo com Santos et al., (2019) a violência praticada por parceiro contra mulher é uma das formas de violência de gênero e pode ser entendida como uma relação de poder do homem sobre a mulher socialmente imposta, indo além das características biológicas. A violência contra a mulher é praticada de forma indiscriminada, principalmente no contexto familiar, que favorece sua ocultação (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017) e o companheiro é apontado como um dos principais agressores (LEITE et al., 2019a). Sendo assim, a mulher vive relacionamentos permeados por atitudes agressivas, que

acarretam impactos em sua saúde física, psicológica e sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Condizente com nosso estudo, uma pesquisa envolvendo mulheres da região nordeste do Brasil demonstrou que 93% dos agressores eram homens, reafirmando que os principais perpetradores de violência contra mulheres são do sexo masculino (BERNARDINO et al., 2016). Os achados de um estudo realizado por meio da análise de prontuários de 878 mulheres de Florianópolis verificaram uma alta prevalência de violência praticada por parceiro íntimo, expondo relações de dominação e subordinação, reafirmando a violência baseada em questões de gênero, seguida pela violência praticada por familiares (BORBUREMA et al., 2017) corroborando também com o presente estudo.

Em Gana, uma pesquisa domiciliar revelou que quanto maior a escolaridade do parceiro menor a exposição da mulher a situações de violência (ADJAH; AGBEMAFLE, 2016). Revisão da literatura apresentou que a maior parte dos agressores eram homens na faixa etária entre 30 e 49 anos (CAVALCANTI et al., 2020), e um estudo realizado no Mato Grosso aponta a maior prevalência de idade dos agressores entre 31 e 40 anos de idade (SEBALDELI; IGNOTTI; HARTWIG, 2021). De acordo com o balanço anual do ligue 180, baseado em dados do ano de 2019, os companheiros, ex-companheiros e cônjuges foram os principais perpetradores de violência contra a mulher, representando 63% (BRASIL, 2020) representatividade confirmada em nossos achados.

De quem a mulher espera amor, carinho e afeto, como dos pais, parceiros e filhos, muitas encontram violência, manifestada das mais variadas formas, violando seus direitos e sua dignidade. Apesar da violência afetar mulheres de todas as classes sociais, as de classes menos favorecidas podem estar mais expostas, pois características como baixa escolaridade ou desemprego do parceiro favorecem práticas violentas. O domicílio deveria ser um local de proteção contra a violência e, nestes casos, passa a ser um ambiente ameaçador.

Portanto as representações sociais da violência produzidas por estas mulheres estão direcionadas à violência física e psicológica tendo o homem como principal agressor e dominador, enquanto a mulher se vê na condição de vítima. Reforçamos a necessidade do empoderamento feminino no sentido de superar as desigualdades de gênero, abandonar a condição de vítima de violência e assim avançar culturalmente no sentido de desnaturalizar a violência, pois muitas mulheres entendem que atitudes violentas devam ser aceitáveis para se preservar um relacionamento, pois ainda vivemos numa sociedade patriarcal.

As participantes mencionaram o consumo de álcool pelos homens e a prática de atitudes violentas. Todas elas tendo o parceiro como agressor, mas também mencionaram, além da

violência cometida por parceiro, a praticada por filhos, sendo eles homens. Dentre as formas de violência com uso de álcool aparece a violência física, psicológica e sexual, mostrando que o consumo de álcool pode ser um fator disparador para desentendimentos entre parceiros e familiares, mas não deve ser considerado como justificativa para a violência.

"[...] *É só ele beber. E é direto. Sem bebida, não agride nem com palavras. Olha, ele xinga, ele ofende muito e a partir do momento que ele toma as bebidas dele, aí começa...Compra a bebida e traz pra casa. É pinga. Ele trabalha todos os dias ...e depois do serviço já traz a bebida [...]. A partir do momento que ele bebe, ele ouve vozes, alguém chamando ele pro bar. Eu penso que não é ele que me xinga, ele ouve vozes. O dia que tá nervoso toma o remédio em cima da bebida".* (Lavanda)

"[...] *A violência envolvia bebida. Nós dois bebíamos muito e a bebida interferia demais da conta na nossa relação. Quando me agrediu tinha usado álcool".* (Gérbera)

"[...] *Quando bebe ele é muito agressivo".* (Gardênia)

"[...] *Antes de eu desconfiar que ele estava me traindo, ele bebia, mas era carinhoso. Mas de um ano pra cá ele mudou* [...] e *passou a ser violento*". (Begônia)

A pouca idade e baixa renda, presenciar a violência na família de origem e o uso abusivo de álcool pelos homens foram descritos como fatores relacionados à probabilidade de um homem praticar violência física contra a parceira, o que mostra pesquisa realizada em países como no Brasil, Camboja, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Índia, Indonésia, Nicarágua, África do Sul, Espanha e Venezuela (KRUG et al., 2002; OPAS, 2017). O consumo de álcool e drogas e/ou o fato do parceiro estar sem ocupação aumenta a prevalência da violência psicológica, física e sexual para as mulheres (LEITE et al., 2019a). Profissionais de saúde, assistência social, judiciário e segurança pública que participaram de um estudo em São Paulo também mencionaram a relação entre o consumo de álcool e drogas a práticas violentas (VIEIRA; HASSE, 2017).

Em nosso estudo, os motivos atribuídos pelas participantes a prática da violência entre pessoas próximas está o uso do álcool, seguido por ciúmes:

"Eu acho que o pior é a bebida. Nossa, interfere demais [...]". (Gérbera)

"[...] O parceiro é por causa de umas coisas, quando bebe ele é muito agressivo, né [...]". (Gardênia)

"Bom, no meu caso foi por causa do álcool". (Lavanda)

"Olha, pra mim é filho agredindo os pais quando tá bêbado, drogado [...]". (Margarida)
"Maioria por motivo de ciúmes [...]". (Amarílis)

"Ah, nem sei te falar. Acho que não devia ter o ciúmes". (Íris)

O ciúme, questões econômicas, infidelidade, ausência de planejamento familiar e o abuso de álcool podem colaborar ou potencializar conflitos entre casais (FEIJÓ et al., 2016) e quando decide denunciar o parceiro violento, a mulher está ainda mais exposta à agressão, por revelar o vivido (MELO; PEDERIVA, 2016). Aliás, mulheres que vivenciam relacionamentos abusivos estão mais suscetíveis a consumir bebida alcoólica, em decorrência do desprezo e das ofensas recebidas do parceiro (DERRICK; TESTA, 2017).

Estudo realizado na Bahia envolvendo mulheres com idade entre 35 e 65 anos mostrou que as participantes relataram que após o uso de bebida alcoólica, os parceiros ficam agressivos, sobressaindo a agressão verbal, com possibilidade de se intensificar para a violência física e/ou sexual (SOUSA et al., 2018; PIRES et al, 2019).

Ao ouvir os relatos das participantes percebeu-se uma certa naturalidade atribuída ao fato do parceiro ficar violento após o consumo de álcool, como se isso justificasse o seu comportamento, passando a se adaptar e transformar algo que deveria ser incomum em comum, construindo suas representações acerca do uso do álcool e a prática da violência de forma naturalizada.

O consumo de álcool que, na maioria das vezes, está associado a situações de laser, pode ocasionar conflitos. A frequência da violência perpetrada por parceiro íntimo com o uso de álcool é significativa no estudo e converge com a associação do álcool e a prática de violência por parceiro em vários estudos citados anteriormente. Estratégias para reduzir o consumo de álcool podem contribuir para a prevenção da violência contra a mulher, tais como aumento do valor do produto e ações de sensibilização de crianças, jovens e adultos sobre os impactos do uso de álcool.

Portanto as participantes deste estudo vivenciaram violência física, verbal, sexual e negligência, inclusive estiveram expostas à violência durante a gestação, sobretudo no âmbito

doméstico e perpetrada por parceiro, e se perceberam na condição de vítima durante os conflitos. A violência verbal foi muito enfatizada pelas mulheres, acontece de forma recorrente e se mostra tão nociva quanto às demais formas. Tendem a naturalizar práticas violentas e suas falas são representadas pela opressão do homem e a submissão da mulher. O sentimento de raiva está bastante presente em seus depoimentos e relacionaram o uso do álcool e ciúmes às práticas violentas.

8.2.2. Categoria 2: Representações da violência doméstica e a rede de proteção à mulher: *"Se tem eu desconheço"*

Quanto a percepção sobre o que leva as mulheres que vivenciam a violência a não denunciar ou manter-se na relação, o medo foi o sentimento mais expressado pelas participantes, seguido pela dependência financeira, descrédito na denúncia e associado a estes aparecem falas como o "costume" em apanhar, sobre amor e esperança e a preocupação com os filhos.

"Medo. A Maioria das mulheres são ameaçadas. [...] Medo de acontecer algo com elas". (Camélia)

"Acho que ela fica com medo, né, tem medo. Porque eu não tenho onde ficar, né". (Gardênia)

"Ai, um pouco eu penso que às vezes é o medo ou a pessoa não tem pra onde ir. Fica se segurando, acaba ficando, apanhando, essas coisas". (Magnólia)

"Medo. Eu acho que é medo de enfrentar a vida. Não dar conta, não ter pra onde ir. [...]" (Margarida)

"Têm medo. Muitas mulheres morrem por denunciar, é o que eu vejo no jornal. Eu acho que é medo, né? Medo de ficar sozinha, de ser agredida". (Violeta)

"Eu vejo casos em que as mulheres não são independentes. Mulheres que dependem do marido. Aí elas ficam e não denunciam". (Gérbera)

"[...] Não adiantava denunciar. Às vezes não resolve. Até roubo não adianta denunciar. Quando a gente vai fazer BO parece que você é a criminosa. Um dia fui ajudar uma vizinha que estava sofrendo violência e o policial gritou "CALA SUA BOCA". Fui tentar ajudar e acabei sendo a ruim da história. Eu que fiquei com a cara grande desse negócio". (Azaleia)

"Tem mulher que é boba demais, muda, gosta [...] acostuma". (Amarílis)

"[...]Teu amor é tanto que você tem esperança que ele mude. Tenho uma amiga que foi assassinada há três anos, porque ela tinha essa esperança". (Perpétua)

"Eu, na verdade, acho que se eu denunciar a violência vai ser pior. Ele vai se revoltar mais, vai ficar pior. [...] Fico por causa da filha, ela é muito apegada". (Begônia)

Questões culturais, sociais e religiosas que pressionam as mulheres a permanecerem em situações de violência são apontadas como idealização do casamento e da maternidade. Igualmente questões como isolamento familiar e social, dependência emocional e financeira, sentimentos como medo, vergonha e culpa são apontadas como questões que fazem a mulher se manter em situação de violência (PORTO; BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

As unidades de atenção primária em saúde (APS) são os locais que mais possuem demanda de mulheres em situação de violência, sobretudo as praticadas por parceiro, entretanto, por medo ou vergonha da exposição, a violência não se mostra como o principal motivo pela busca do serviço, podendo estar implícita nas queixas da mulher. A violência é uma realidade no cotidiano dos profissionais de saúde da atenção primária, e a subnotificação é ainda persistente (BRASIL, 2003a; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013; KIND et al., 2013). Sabendo disto, a realização de uma abordagem com perguntas diretas e livre de julgamentos pode facilitar o diálogo, o relato do vivido e consequentemente a notificação (OLIVEIRA; DELZIOVO; LACERDA, 2014; PORTO; BISPO JÚNIOR; LIMA, 2014; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

Há vários fatores que inibem as mulheres de procurar ajuda quando em situação de violência. Dentre os mais comuns podemos mencionar a vergonha da exposição, o medo do parceiro ou de perder os filhos, a dependência afetiva e econômica pelo agressor, questões culturais, como o entendimento de que a violência do parceiro é algo de caráter íntimo e privado, falta de conhecimento e informação de seus direitos e acolhimento inadequado nas instituições de referência. A maioria dos fatores estão relacionados às questões de gênero, refletida pela posição social "inferior" ocupada pela mulher (DE FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009; HASSE, 2016).

Também inibe as mulheres na procura por ajuda o medo em expor a violência vivenciada e posteriormente sofrer retaliações, o que poderia potencializar as agressões e agravar os danos emocionais provocados. Fato este que deveria ser considerado pelos profissionais de saúde, pois não basta os cuidados com as lesões físicas e aparentes, mas o cuidado com as questões emocionais, sociais e as prováveis consequências da denúncia. Profissionais capacitados,

comprometidos e com disposição à investigação poderão colaborar para alterar o atual cenário de negligência na atenção às famílias expostas à violência doméstica (SILVA et al., 2015a).

De acordo com uma pesquisa realizada em São Paulo com profissionais que assistem mulheres expostas à violência, especificamente os profissionais do serviço social referem que estas usuárias se apresentam aos serviços com fragilidade emocional, vulnerabilidade econômica, medo e receio de criar vínculos. Os profissionais atribuem o medo à impunidade dos autores da violência, pois as mesmas se sentem desprotegidas. Quanto à percepção dos profissionais do judiciário, acreditam que as mulheres só procuram por este serviço após longos períodos de exposição à violência, com quadros graves e quando percebem que seus filhos também estão sob risco (VIEIRA; HASSE, 2017).

Estudos anteriores, bem como estudos recentes corroboram com nossos achados, que revelam que existe a expectativa da mulher pela mudança de comportamento do companheiro, de melhorias na relação, dependência emocional ou financeira e o medo do parceiro, que fazem com que ela permaneça muitos anos num relacionamento agressivo (SOUSA et al., 2018; PIRES et al., 2019).

O medo do parceiro pode inibir a mulher em procurar ajuda, aumentando sua vulnerabilidade e contribuindo para episódios repetitivos de violência. O sofrimento, muita das vezes silencioso, traz repercussões de ordem física, psicológica e social na vida da mulher, demandando atenção multiprofissional e interdisciplinar na tentativa de minimizar os impactos da violência. No entanto, sabemos que, costumeiramente, em países em desenvolvimento a busca por ajuda é tardia, permanecendo a mulher por muitos anos no relacionamento, mesmo em situação de sofrimento, por vários motivos como dependência emocional e/ou econômica do parceiro, medo da denúncia e suas consequências, por desacreditar nos serviços de referência e por questões culturais de tolerância à violência do parceiro.

Todas as participantes declararam não conhecer nenhum tipo de apoio à mulher em situação de violência no município:

"*Não, nenhum. Conheço vários serviços, mas nenhum da mulher*". (Gérbera)

"*Parece que não, nunca vi falar não. Tem? O certo é ter, né?* ". (Magnólia)

"*Eu não. Às vezes até pode ter, mas eu não conheço*". (Lavanda)

"*Não. Eu acho que não tem. Se tem eu desconheço, porque eu já precisei e não encontrei*". (Margarida)

O município conta com serviço da polícia militar, delegacia de polícia, promotoria de justiça, serviço de assistência social, pronto socorro, unidades básicas de saúde com 100% de cobertura de ESFs, contudo as participantes não reconhecem estas instituições como ponto de apoio. O referido município não possui serviços específicos de apoio à mulher que vivencia violência como delegacia da mulher, unidade de saúde da mulher, casa de apoio à mulher, programas de geração de renda para esta população, no entanto, com a rede básica existente é possível oferecer acolhimento e apoio às mulheres, inclusive serviços com condições para atuar de forma multidisciplinar e interdisciplinar. Vale ressaltar que quando nos referimos ao acolhimento não nos limitamos a um local, mas também a condutas profissionais a partir de práticas humanizadas.

A criação de serviços específicos no atendimento à mulher como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1983) as delegacias da mulher (1985), as casas-abrigo (1995), e os centros de referência já existem há muitos anos no Brasil e, apesar de mais de 25 anos de sua implantação, nem todos os municípios possuem estes serviços, tendo em vista que estão distribuídos em centros maiores ou capitais, dificultando o acesso às mulheres que necessitam do mesmo. Os serviços de saúde, independente de serem especializados ou não, precisam se estabelecer como um espaço de acolhimento e apoio e não uma barreira para estas mulheres.

As barreiras encontradas no processo de identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher estão relacionadas a vários motivos, dentre eles a falta de capacitação profissional; a baixa confiança nos serviços de proteção e responsabilização dos agressores; profissionais com receio de serem eleitos como testemunha ou comparecer em uma audiência; temor das atitudes do agressor e insegurança pela falta de habilidade para o manejo dos casos (BORBUREMA et al, 2017; FARAJ; SIQUEIRA, 2016).

Dentre os entraves para a inclusão da violência como uma das prioridades de atenção nos serviços de saúde podemos citar a invisibilidade do fenômeno por parte dos profissionais de saúde, pois se o problema não existe aos olhos desta categoria profissional, ele não é privilegiado como prática de atenção à saúde. A notificação é um instrumento relevante que permite dimensionar o problema e chamar atenção para a violência doméstica. A sensibilização e capacitação para diagnosticar precocemente situações de violência e o manejo dos casos são indispensáveis para o enfrentamento de um problema tão significativo no cotidiano dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2018).

No intuito de diminuir a invisibilidade dos serviços de saúde é preciso contar com gestores comprometidos em combater o fenômeno e profissionais capacitados para o manejo da violência contra a mulher, ações multidisciplinares e interdisciplinares que contemplem a promoção da saúde, prevenção dos casos, tratamento integral e reabilitação das mulheres que vivenciam a violência.

Sobre onde ou de quem procuraram ajuda quando vivenciaram a violência, destacou o número de mulheres que recorreram à polícia, quase metade delas, algumas procuraram ajuda da família, outras não procuraram por ajuda de ninguém e somente uma conversou sobre violência com a médica da ESF, que a encaminhou ao serviço social:

"*Assim, procurei. Procurei sim. Fiz denúncia. Quando a gente namorava, sabe. Fiz na delegacia*". (Gérbera)

"[...] *Então, o caso extremo, que foi às vias de fato, fiz o BO, mas não resolveu* [...]. *Depois que o estrago foi feito, a pessoa pode até ir presa que não conserta"*. (Perpétua)

"Quando eu saí de casa eu procurei a casa de parentes. Como ele estava muito alterado, não tinha como eu voltar [...]". (Lavanda)

"*Eu tinha conversado com a médica e ela me orientou a procurar a assistência social, mas minha filha não aceitou... Fiquei quieta no meu canto e deixei nas mãos de Deus* [...]". (Begônia)

A maioria mencionou o serviço policial como referência para procurar ajuda. A família vem em segundo lugar como ponto de apoio, na mesma proporção, mulheres que não recorreram a nenhum ponto de apoio e uma minoria identificou o serviço de saúde como referência para pedir ajuda, ou seja, não costumam identificar as unidades de saúde ou serviço de assistência social como ponto de apoio. Na fala de uma das participantes notou-se também a falta de preparo profissional, pois muitos profissionais optam por encaminhamentos automáticos e pouco efetivos, reforçando despreparo para a conduta necessária.

Estudo realizado pela OMS, no Brasil, verificou que tanto as mulheres da zona urbana quanto rural, quando buscam por ajuda em decorrência da violência, recorrem primeiramente à família, seguida por amigos e serviços especializados (WHO, 2005). Pesquisa realizada em Ribeirão Preto sobre a percepção de médicos acerca da violência contra a mulher, identifica várias barreiras para o atendimento destas mulheres, como: a falta de tempo, de estrutura do sistema, de recursos humanos e capacitação profissional. Além das barreiras institucionais, existem as barreiras pessoais em que os médicos relatam temer a reação do agressor (DE

FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009). Outro estudo, no mesmo município, desenvolvido no Instituto Médico Legal, com mulheres que vivenciaram violência, revelou que a procura pelos serviços de saúde está condicionada à gravidade do problema, tendo em vista a baixa resolutividade destes serviços (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

Revisão de literatura constatou várias dificuldades dos serviços de saúde para o atendimento a mulheres em situação de violência, dentre elas a atuação multidisciplinar e interdisciplinar, falta de preparo para abordagem do assunto, naturalização da violência e responsabilização da vítima (SANTOS A.; SANTOS M.; NASCIMENTO, 2015). A falta de conhecimento dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência, ou de uma rede de apoio, posterga o acolhimento dos casos podendo agravar a situação.

Costumeiramente, a violência por parceiro é uma forma de violência ocultada, e uma pequena parcela das mulheres procura ajuda ou denuncia (OPAS, 2017). No presente estudo, as mulheres procuraram ajuda em serviços de apoio, seja ele de saúde ou policial ou não procuraram ajuda ou se apoiaram na família.

Países como México, África e Estados Unidos, encontraram que, mulheres expostas à violência identificaram como principal ponto de apoio a família (FRÍAS; AGOFF, 2015). Em Hong Kong as mulheres expostas à violência buscam por ajuda mais precocemente, em que dois ou mais episódios de violência já aumentam a demanda por assistência (CHOI et al., 2018). As DDMs são consideradas como referência para mulheres que vivenciam a violência e necessitam contar com profissionais capacitados para o atendimento. Em relação à avaliação negativa dos serviços de saúde, considera-se que muitos profissionais apresentam dificuldades no manejo da violência e não o reconhecem como uma de suas atribuições, tanto que outros estudos realizados corroboram com estes resultados (BARAGATTI et al., 2018; CARLOS et al., 2017; GOMES; ERDMAN, 2017).

Pesquisa realizada em Campinas, com mulheres que vivenciaram violência, apresentou que as mulheres buscavam ajuda somente em situações extremas e o principal apoio citado foram os familiares. As participantes que realizaram boletim de ocorrência, não tiveram respostas efetivas e as DDMs são um dos serviços mais criticados por elas, pois, além de notarem um tratamento pouco acolhedor, relataram ser desencorajadas a continuar com o processo e incentivadas a reatar com o companheiro. As mulheres que procuraram pelo sistema judiciário tiveram a mesma percepção das que foram as DDMs. Quanto ao desempenho dos serviços de saúde, incluindo atenção primária e hospitais, foi observado rotineiramente o encaminhamento para outros serviços, tais como centros de referência, e que nem sempre ofertam serviço de saúde mental. Estas mulheres buscaram com frequência o serviço social e

avaliaram positivamente a maneira de atendimento recebida, ressaltando como o melhor apoio recebido em suas rotas, pois se sentiram acolhidas e não eram julgadas (BARAGATTI et al., 2018).

Muitas mulheres só recorrem à ajuda quando compreendem que a situação está incontrolável e ela corre risco de vida. As ESFs são espaços privilegiados para detecção precoce dos casos, acolhimento e cuidado às mulheres expostas a violência, especialmente pela descentralização e longitudinalidade que devem ser contempladas pelas equipes, propiciando facilidade de acesso e vínculo entre profissionais e usuários dos serviços.

Dentre as participantes que procuraram ajuda em instituições oficiais de apoio, para metade delas foram sugeridos encaminhamentos para assistência social ou orientadas a procurar o fórum. No entanto, elas procuraram o fórum, mas não procuraram pela assistência social.

"*Eles falaram que eu tinha que ir no fórum e tocar pra frente*". (Gérbera).

"*Fui chamada uma vez no fórum. A queixa foi feita em 2017 e eu fui chamada no fórum em 2021*". (Camélia).

Quanto aos atendimentos recebidos, todas as participantes que procuraram ajuda nos serviços declararam não ter tido suas necessidades atendidas:

"[...] *Eu fui chamada lá no fórum e eles me pediram pra confirmar o ocorrido em frente ao meu ex-companheiro. Ele foi preso no dia da ocorrência, em 2017, e foi liberado no mesmo dia. Pagou fiança e saiu. Meu ex-sogro foi em 2018, foi igual ao filho dele: me agrediu, foi preso, pagou fiança e foi solto[...] A justiça propôs acompanhamento psicológico para o meu ex-companheiro, pra mim com meus três filhos, mas eu não dou conta de manter. Não tem vaga no SUS. Daí eu pago psicólogo uma vez por semana pra mim. O meu menino menor tem encaminhamento e está aguardando vaga desde 2019".* (Camélia).

No artigo 8º da Lei Maria da Penha é previsto ações integradas entre poder judiciário com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação (BRASIL, 2006). A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher também prevê uma rede de serviços, porém, na realidade, o trabalho desenvolvido ocorre de forma desarticulada (BRASIL, 2011). Muitos profissionais não se veem como integrante da rede (DUTRA; VILELA, 2012), visto que numa mesma instituição pode não ocorrer o trabalho

multiprofissional, quem diria o intersetorial, prevalecendo a fragmentação da atenção tanto na instituição quanto em rede (SCHRAIBER et al., 2012).

Em nosso estudo, as mulheres demonstraram pouco conhecimento acerca das medidas preventivas e punitivas para a prática da violência contra a mulher, sendo que somente uma delas mencionou a lei Maria da Penha, e as que conheciam alguma forma de punição, demonstraram descrédito nestas medidas, deixando evidente a baixa capacidade para se defender.

"[...]Se a mulher for atrás, as polícias daqui prende 24 horas e no outro dia está solto [...]".(Amarílis)

"*Ah, não sei se tem alguma punição séria. Se prende, logo solta. Ou nem prende, sei lá* [...]. *Tão enrolado*". (Azaléia)

"Acho que deveria ser preso por um bom tempo. Não sei porque tem esse aval para o primário [...]. *Por isso não tem limite, no máximo pagar cesta básica, serviço comunitário, onde eles continuam a praticar violência. Quem tem dinheiro pode fazer à vontade"*. (Camélia)

"Ah, vai preso, né. Depois sai da cadeia e ele vai e mata ela". (Íris)

"Eu sei que é enquadrado na lei Maria da Penha e daí fica por isto mesmo. Depois tem opção de pagar fiança. Isso quando consegue prender, né".(Margarida)

"[...] Em casos mais raros ele vai preso. Quer dizer, não funciona este sistema". (Perpétua)

A violência contra a mulher é uma prática criminosa e de acordo com a Lei 11.340/06, é considerada uma infração grave e inafiançável. Mesmo que publicada em 2006, a popular Lei Maria da Penha, elaborada democraticamente com a participação de organizações feministas, amplamente discutida e divulgada, muitas mulheres ainda desconhecem os instrumentos de proteção e punição que a lei confere. A lei Maria da Penha foi instituída a fim de atender os anseios da sociedade contra a sensação de impunidade aos casos de violência doméstica. Esta lei visa aumentar o rigor das punições sobre crimes domésticos, proibindo penas alternativas, aplicação de multas ou suspensão de processos, tendo em vista a prática da violência ser considerada crime de maior potencial ofensivo e é aplicada aos homens que praticam violência contra a mulher (BRITO FILHO, 2017). Sendo assim, esta lei prevê que toda mulher possa viver sem violência, preservando a sua saúde física, mental, moral, intelectual e social (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Um estudo que analisou a eficácia da Lei Maria da Penha apontou que a implantação da mesma resultou na redução dos homicídios envolvendo questões de gênero no Brasil. A lei 11.340/06 é de abrangência nacional, mas seus impactos não ocorrem de modo similar no país, tendo em vistas que muitas localidades estão desprovidas de delegacias especializadas, casas de apoio à mulher em situação de violência, dentre outros. Pode haver o entendimento que nos locais onde não ocorreu a implantação dos serviços de apoio que a possibilidade de intervenção e punição esteja enfraquecida (CERQUEIRA et al., 2015).

Apesar de mais de 15 anos de sua promulgação e considerada um marco no enfrentamento à violência doméstica contra a mulher, ainda não é atendida em sua totalidade, o que demonstra a necessidade de trabalhar estratégias que não se limitam ao caráter punitivo, mas também a execução de ações direcionadas à promoção da cultura de paz e a prevenção da violência (MACHADO et al., 2017). A criação da legislação não basta, mas divulgá-la e fazer chegar a quem é de interesse para que realmente seja um instrumento de direito da sociedade.

Nos discursos das participantes fica evidente a sua vulnerabilidade em relação à violência, tanto no que se refere ao desconhecimento dos pontos de apoio, da legislação, como por acreditar que o agressor sairá impune da situação, podendo potencializar a violência ao longo do tempo. Assume uma posição de passividade e fragilidade em relação ao homem e, desta forma, pode facilitar a reincidência da violência. A partir da objetivação, acreditam que penalidades para crimes de violência contra a mulher seja algo inalcançável, impalpável, uma vez que julgam que a impunidade seja algo concreto.

Alguns estudos apontam que serviços de assistência básica realizam encaminhamentos de grande parte dos casos de violência para os serviços de assistência especializada, no intuito de se livrar do problema, se descomprometendo em atender este tipo de situação, uma vez que se faz necessário um trabalho em rede e não simplesmente encaminhamento. A violência doméstica costuma respingar em vários membros da família e por este motivo, a necessidade de atendimento multiprofissional de forma a não desconsiderar a necessidade de nenhum dos envolvidos (SCHRAIBER et al., 2012).

A Organização Panamericana da Saúde descreve como “Rota Crítica” situações nas quais a mulher encontra fluxos obscuros, com idas e vindas no serviço, baixa resolutividade nos atendimentos, desgaste emocional e exposição à recidivas de violência (OPAS, 1998; SCHRAIBER et al., 2012). Estudo reconhece que, com relação aos sistemas de referência e contra-referência, existe uma atuação fragmentada e pouco eficaz. Há falhas na comunicação entre os serviços e profissionais, o atendimento ocorre de forma individualizada, não otimizando o acompanhamento da mulher (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Até porque

não há necessidade de um fluxo verticalizado de atendimento, mas ter possibilidades de realizar encaminhamentos que melhor se adequar em cada situação.

As equipes de Saúde da Família têm um papel importante no enfrentamento à violência contra a mulher, em virtude do vínculo que constrói com a comunidade, o que facilita o diagnóstico precoce e intervenção efetiva sobre os casos. Os Agentes Comunitários de Saúde atuam no contexto das famílias e conhecem a realidade local, auxiliando na detecção dos casos (GOMES et al., 2015). O fenômeno da violência contra a mulher é multicausal, o que requer a intervenção de vários segmentos e, a ESF, como serviço de saúde que compõe a rede de atenção, é elencada como porta de entrada para os casos, em virtude da descentralização, facilidade de acesso aos usuários e atuação multiprofissional, contudo a atuação intersetorial, que pode ser articulada pelas ESFs, favorece resultados mais eficazes (OLIVEIRA et al., 2015).

Apesar dos avanços ocorridos nas políticas de atenção à mulher em situação de violência, é preciso reconhecer que os serviços de referência e contra-referência ainda não atendem às necessidades deste grupo. A escassez de diálogo entre os próprios profissionais dos serviços, para discussão dos casos também é uma realidade (HASSE, 2016). Mulheres que necessitam dos serviços de saúde mental encontram dificuldade de acesso e existe escassez de ações preventivas (VIEIRA; HASSE, 2017). É relevante que os profissionais tenham conhecimento dos serviços ofertados pela rede municipal em que atuam para que possam privilegiar ações intersetoriais às mulheres assistidas (BRASIL, 2016).

A Atenção Básica, composta pelos serviços que possuem maior proximidade com as demandas das famílias e usuários do SUS, possui extrema importância ao tratar questões de violência em suas práticas cotidianas (CARLOS et al., 2017). As Unidades Básicas de Saúde são espaços adequados para abordagem da violência, algo bastante complexo, mas que por sua vez, se contar com profissionais capacitados e engajados em enfrentar o problema, possui condições para avaliar vulnerabilidades, prevenir novos casos, recidivas e agravos decorrente de práticas violentas (RODRIGUES et al., 2018). A Estratégia de Saúde da Família, por facilitar o acolhimento e a constituição de vínculo entre usuários e profissionais, possui características favoráveis para o enfrentamento do fenômeno.

Estudo conduzido em Minas Gerais com 628 usuários e 300 profissionais de saúde verificou que, apesar da violência ser um problema reconhecido pelos profissionais, até então, não se compreende em práticas cotidianas, nem tampouco eficazes, sob a ótica dos usuários (RODRIGUES et al., 2018). Isto denota lacunas na formação e capacitação profissional, que não consegue atender as demandas dos usuários, preservando práticas ancoradas no modelo biomédico, desconsiderando a assistência integral. Coerente quando autores como Carlos et al.

(2017) apontam a importância de investir na qualificação dos profissionais da atenção básica, de forma que realmente possam incorporar o tema em suas ações, e reconhecer a rede de atendimento disponível de forma a prestar um cuidado efetivo e atuar de forma interdisciplinar e intersetorial (ARBOIT et al., 2017; RODRIGUES et al., 2018).

O atendimento primário e encaminhamentos necessários não devem ser desprendidos do acompanhamento da mulher em situação de violência e a rota por ela percorrida, pois a atenção primária deverá realizar o constante monitoramento dos casos. Deste modo, a criação de protocolos com fluxos de atendimento, de acordo com as necessidades de cada mulher, e a colocação dos mesmos em prática colabora com ações intersetoriais, mas para que isto ocorra efetivamente é preciso contar com profissionais engajados na proposta, evitando que cada um realize um atendimento a seu próprio modo, deixe de acolher os casos ou não prestem um serviço de saúde de qualidade, o que poderia resultar em violência institucional.

As participantes desconheceram formas de proteção à mulher exposta à violência, e as que conheceram alguma forma, mencionaram a polícia, contudo desacreditam na ação efetiva da mesma:

"*Não, não conheço não*". (Azaleia)

"*Pior que não sei, não sei que forma* [...]". [Ficou pensativa] (Magnólia)

"*Não. Polícia, mas a polícia não faz nada. A última vez ele me bateu com meu filho no colo. Eu não tinha prova, nem câmera* [...]". (Camélia)

"*Pra mim não. Se as mulheres chamam a polícia é ali naquele momento, depois elas não têm segurança".* (Margarida)

"*Eu acho que ligar para polícia. Meu ex me segurou à força e saiu sangue, aí eu pedi pro vizinho ligar pra polícia. Ele ficou preso de 3 a 4 meses*". (Violeta)

A desigualdade de gênero, ainda muito persistente no Brasil, estimulou a criação de leis específicas para proteção da mulher e, dentre elas, podemos destacar a Lei 11.340/06, popular Lei Maria da Penha, que inclui medidas protetivas e ronda policial dentre outras, e a Lei 13.104/2015 que qualifica o homicídio de mulheres como um crime hediondo denominado feminicídio (BRASIL, 2006; 2015).

A notificação dos casos de violência permite sua identificação, avaliação, conduta e estabelecimento das medidas de proteção (BRASIL, 2011) e apesar de ser obrigatória desde de 2011, ainda não acontece como rotina nos serviços por motivos como, mulheres que não revelam a violência e profissionais que não identificam ou notificam os casos, se prendendo ao modelo biomédico de assistência, sempre pautado na conduta baseada na queixa do cliente. O Ligue 180, é um serviço que atende mulheres em situação de violência 24 horas por dia, e desde de 2018, além do serviço que já prestava de escuta e acolhimento, passou a encaminhar os casos aos órgãos da rede de proteção (BRASIL, 2020).

Existem várias leis, portarias e serviços que estabelecem medidas para o combate a violência contra a mulher no Brasil, entretanto sua execução vincula a atuação de profissionais capacitados de diversos segmentos, a partir de parcerias nas esferas governamentais e sociais, mas ainda que avanços venham ocorrendo, a rede de cuidado disponível à mulher exposta à violência ainda não atende suas necessidades. A atuação profissional divergente das políticas públicas vigentes, em virtude da inaptidão para atuação, acentua a fragmentação do cuidado. Encaminhamentos automáticos para serviços especializados e ausência de atuação intersetorial podem sinalizar um descompromisso dos serviços básicos para o enfrentamento da violência (SCHRAIBER et al., 2012).

Em vários serviços há uma atuação profissional fragmentada permeada por queixa e conduta, favorecendo a invisibilidade da violência e a rota crítica percorrida por muitas mulheres (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Pesquisas apresentam a baixa capacidade dos profissionais para o manejo da violência, principalmente sob a perspectiva intersetorial, sustentando um histórico de ações preconceituosas e discriminatórias, sobretudo nos setores de justiça e segurança pública, fortalecendo desigualdades de gênero e dificultando uma assistência integral (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; TAVARES, 2015). Contudo oferecer treinamentos isolados aos profissionais se mostra insatisfatório e de baixo impacto na melhoria do atendimento (GARCIA-MORENO et al., 2015).

Estudo sobre as percepções dos profissionais no atendimento a mulheres em situação de violência revelou que as mulheres possuem pouca informação sobre as atribuições do judiciário, da delegacia de polícia e a função do boletim de ocorrência. Para determinados profissionais da segurança pública, as mulheres interferem no bom andamento do serviço, pois acreditam que elas recorrem aos mesmos sem estar seguras se realmente desejam processar o agressor, sobrecarregando-os e desviando seu tempo de prestar serviços aos casos que efetivamente necessitam de ajuda. Na verdade, todas as mulheres que procuram pelo serviço precisam de

ajuda, independente da gravidade do problema, e o serviço deve atender. Relatos como estes denotam a culpabilização da mulher, profissionais com capacitação insuficiente e que prestam um atendimento de baixa qualidade. Estes mesmos participantes, profissionais da segurança pública e do judiciário, apesar de afirmarem os avanços que vêm ocorrendo nos serviços, consideram pouco efetivas as medidas protetivas disponíveis às mulheres (VIEIRA; HASSE, 2017). Mesmo que o atendimento seja insatisfatório, a polícia representa uma das principais referências para mulheres que vivenciam violência.

Profissionais de saúde declararam sobre a dificuldade das mulheres em revelar a vivência da violência e, somente os casos mais graves procuram o serviço, especialmente em casos de violência física. Tanto os profissionais de saúde, como assistência social, segurança pública e judiciário mencionaram que a assistência aos casos de violência é uma tarefa árdua, acompanhada por sentimento de impotência, frustração, angústia e também apresentam medo (VIEIRA; HASSE, 2017).

As DDMs estão disponíveis somente em centros maiores e traz como proposta inicial um atendimento especializado às mulheres em situação de violência, contudo enfrentam problemas com estrutura física e recursos humanos capacitados. Os desajustes ou ausência nos fluxos de atendimento nos diferentes segmentos contribuem para a rota crítica percorrida pelas mulheres. Faz-se necessário aprimorar a humanização nos atendimentos, a comunicação entre os profissionais, adequar a estrutura física para o acolhimento e atendimento adequado, avançar na implementação de serviços especializados e fortalecer programas para prevenção de violência, conforme previsto na legislação (VIEIRA; HASSE, 2017).

A formação profissional, ainda muito atrelada ao desenvolvimento de habilidades técnicas, distancia o trabalhador de tratar questões subjetivas como o enfrentamento da violência, mas na perspectiva da assistência integral do indivíduo o problema não pode ser afastado de seu cotidiano, pois acolher, orientar e divulgar informações também compõem ferramentas de trabalho. É adequado que os profissionais atuem em consonância com as políticas públicas implementadas e colaborem com o aperfeiçoamento das mesmas. De acordo com Batista, Schraiber e D'Oliveira (2018), é apropriado que os setores de saúde operem em conformidade com redes intersetoriais, de maneira a praticar a integralidade da assistência.

A rede de proteção à mulher que vivencia violência permanece na invisibilidade, sob a percepção das participantes, bem como a violência permanece na invisibilidade para muitos profissionais. Parcela da população feminina ainda não reconhece a rede de proteção, e acredita-se que suas atitudes podem depender não somente de questões pessoais ou culturais como também do conhecimento do serviço disponível e por isto a instituição e divulgação da rede

disponível pode produzir resultados positivos a curto e longo prazo. Cabe aos municípios elaborar planos de prevenção à violência, fortalecer a notificação dos casos, estruturar serviços para atendimento às mulheres expostas à violência, bem como capacitar as equipes, pois a violência é umas das maiores violações dos direitos humanos. É oportuno trabalhar a questão dos direitos humanos já na educação básica como forma de avançar culturalmente e reduzir a desigualdade de gênero.

As participantes têm opiniões diversificadas sobre as formas de enfrentamento à violência contra a mulher, entre as quais estão que a separação do companheiro seria a melhor alternativa, sugeriram a punição severa do agressor, apontaram a importância da dedicação do casal, mas uma dedicação que incide expressivamente sobre a mulher, recomendaram palestras, criação de casas de apoio, formação de grupos de apoio, contudo somente duas não sabiam o que poderia ser feito.

"O *único jeito é separar* [...]*Seria separação, porque não tem outra opção. Lá em casa, nem dormir de quarto separado não adianta, porque ele não deixa eu trancar a porta. Uma tentação*". (Begônia)

"[...]Eu falo por mim. Meu marido me diminuía, falava do meu corpo, me colocava pra baixo...Daí quando tomei a decisão de me separar, foi um alívio. Hoje, Graças a Deus, vivo melhor sem ele. Ele acabava com minha autoestima. Eu não tinha vontade de olhar no espelho, era do trabalho pra casa. Agora amo até meus cabelos brancos". (Margarida)

"*Acho que a maneira de tá implantando* palestras *nas escolas e as crianças iam crescer sabendo que não pode bater. Não podia passar em branco. Precisa de medidas mais drásticas. A mulher tem que se impor também".* (Camélia)

"Campanha já tem. Acho que devia ter palestra para homens. As mulheres já sabem". (Gérbera)

"*Eu acho que não, porque a pessoa vai presa, depois sai. Mesmo com medida protetiva ele vai atrás da mulher".* (Violeta)

"Uma pena de cadeia bem grande. Pelo menos 3 anos. Ir e ficar preso, porque eles vão e depois ficam soltos. Não adianta nada". (Amarílis)

"*Nem sei o que pode fazer, nem sei te falar. A mulher tem que ter uma proteção, né? Então, isso que eu não sei te explicar".* (Magnólia)

"Ah, acho que maior atenção de ambas as partes, dedicação de ambas as partes, parceria de ambas as partes. Dedicação em primeiro lugar. Se não tiver comida pronta e casa arrumada, o marido perde a cabeça. Ele está dando o sangue e a mulher não está fazendo nada". [...] (Azaleia)

"Eu acho que ter um apoio, uma casa de apoio pras mulheres assim, eu acho que seria. Pra ajudar a mulher, porque na rua elas não vão poder ficar, né". (Gardênia)

"Poderia ser feito [...] *A gente que é do SUS, sabe igual ao AA* (Alcoólicos Anônimos)*? Fazer os grupos, pros dois* [...] *Quando procura um grupo para te apoiar* [...] *Grupos separados e grupos juntos, homem e mulher. Evitar as vias de fato. Porque se buscar um entendimento. Ninguém merece derrubar uma lágrima".* (Perpétua)

Em relação às formas de prevenção da violência, as respostas acabaram se repetindo, ou seja, as participantes não conseguiram distinguir formas de combate e prevenção da violência. Um único caso nos chamou a atenção com relação a esta questão, baseado na resposta da mulher:

"*Deixar o marido fazer o que ele quiser*". (Íris)

Esta mulher acredita que a passividade ou permissividade poderia prevenir ou minimizar os conflitos entre o casal, denotando a presença da questão cultural, transgeracional e religiosa que nos é imposta, representando a sociedade a qual estamos inseridas, em que mulher deve ser submissa ao parceiro para evitar conflitos entre o casal.

A OMS e colaboradores identificaram as principais estratégias para redução da ocorrência de diversificadas formas de violência. Dentre as estratégias estão: desenvolver relacionamentos seguros entre crianças e seus responsáveis e desenvolver em crianças e adolescentes habilidades para a vida; diminuir a acessibilidade ao uso de álcool (restrições na venda e de horários para comercialização, idade para aquisição e aumento de impostos sobre este produto) e armas, promover a igualdade de gênero, modificar normas culturais e sociais que naturalizam a violência e oferecer atendimento às vítimas de violência. A modificação de normas culturais e sociais foram as abordagens mais relatadas para enfrentar a violência contra

a mulher. Programas de prevenção da violência entre jovens, nas escolas, podem estimular relacionamentos saudáveis e diminuir atitudes violentas ou sua aceitação (OMS, 2014).

Ações educativas como palestras, recomendadas pela OMS, foram mencionadas por poucas participantes de nosso estudo, mostrando que, provavelmente, os serviços de atenção primária não têm desenvolvido atividades como estas. Estudo refere que os profissionais da Atenção Primária à Saúde não estão privilegiando as ações de prevenção e enfrentamento da violência, mesmo reconhecendo ser um problema de saúde pública (GARCÍA-MORENO et al., 2015).

Planos de segurança também poderão ser construídos em conjunto com a mulher, tais como identificar moradores próximos e criar códigos de comunicação para solicitar ajuda. Em caso de briga, ocupar lugares que facilitem a fuga, planejar um local que possa acolhê-la, manter cópia de documentos pessoais e dos filhos, algum dinheiro e roupas caso tenha que fugir (BRASIL, 2016). Somente uma das participantes deste estudo recorreu a ajuda de vizinhos, depoimento já apresentado na rede de apoio à mulher, e obteve auxílio satisfatório, pois o mesmo acionou a polícia e resultou na prisão do agressor.

A notificação da violência contra a mulher é um instrumento relevante para subsidiar a formulação de políticas públicas mais efetivas no combate à violência e reduzir a impunidade do agressor (SOUZA et al., 2015; BORBUREMA et al, 2017), pois, além de fornecer dados aos segmentos da saúde, retrata a magnitude do evento, retirando-o da invisibilidade, podendo ser considerada uma tecnologia leve, um canal de comunicação para o relato de situações vivenciadas, a exposição de alternativas disponíveis, proposição de ações de prevenção e enfrentamento da situação (HASSE, 2016; BRASIL, 2016). Mas para que a notificação aconteça é preciso empoderar as mulheres a procurar ajuda e contar com profissionais capacitados para a detecção precoce dos casos. A subnotificação da violência é uma questão que preocupa e dificulta a ruptura de ciclos de violência.

No Brasil, o balanço anual do Ligue 180, além de divulgar informações à sociedade e às redes de proteção, mostra-se como instrumento que gera informações que podem nortear estratégias para o enfrentamento das violências. As informações produzidas por este serviço são um importante recurso para divulgar, sensibilizar e contar com a população para o combate à violência contra mulheres (BRASIL, 2020). Apesar de ser um serviço gratuito, disponível 24 horas por dia, de fácil acesso, com capacidade de escuta, orientação e encaminhamentos necessários, não é mencionado por nenhuma das participantes.

A violência contra a mulher é resultante desta sociedade patriarcal que não oportuniza as condições igualitárias a mulheres e homens. Eliminar a violência contra as mulheres envolve

alterações no modo de pensar e agir da sociedade, não limitando as mulheres às atribuições domésticas, mas permitindo espaços no contexto público e político para atuação das mesmas. E para isto é preciso combater as desigualdades de gênero na escola, no trabalho, na política e no âmbito doméstico (IPEA, 2020).

A Lei Maria da Penha, reconhecida mundialmente pelos benefícios que pode proporcionar em relação à prevenção e combate à violência contra a mulher, foi citada por apenas uma das entrevistadas quando questionadas sobre as penalidades para o agressor.

O medo do parceiro foi o sentimento mais expressado pelas participantes e as inibem de denunciar o vivido. Ao mesmo tempo declararam não conhecer nenhum tipo de apoio à mulher em situação de violência no município. Há um destaque para o número de mulheres que recorreram à polícia, mas declararam não ter suas necessidades atendidas. Não conseguiram diferenciar formas de prevenção e enfretamento à violência, a rede de proteção permanece na invisibilidade e fica evidente sua vulnerabilidade. As ESFs precisam se constituir em espaço de acolhimento para estas usuárias.

O Brasil vem avançando na criação políticas públicas de prevenção e combate à violência contra a mulher, fenômeno persistente na vida de muitas mulheres, contudo as participantes desconhecem estas políticas e não usufruem de seus direitos, tampouco profissionais de saúde e áreas afins não se sentem capacitados para o enfrentamento do fenômeno.

Ao conhecer as representações sociais das participantes sobre as formas de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher identificou-se o conhecimento comum do grupo ancorado na invisibilidade dos serviços que, ao contrário, deveriam representar um espaço de acolhimento e apoio, pois as mulheres estão sendo desprovidas de seus direitos da forma com que os serviços têm se organizado. A escola também é um espaço para a construção de representações originais acerca da violência e suas implicações na violação dos direitos humanos.

8.2.3. Categoria 3: Representações da violência doméstica para as mulheres durante a pandemia do COVID-19

Tendo em vista que a violência já permeava o cotidiano das participantes deste estudo, a situação se manteve durante a pandemia e, em algumas famílias, houve intensificação da violência neste período, praticada por filho, pai, irmão ou companheiro, sempre agressores homens.

"*Na pandemia a violência não piorou. Manteve do jeito que era. Meu marido não fica em casa. Nós temos roça. Ele só vem fim de semana. Quando ele vai, eu dou graças a Deus. Imagina, ele vai se aposentar, ficar direto em casa. Não vai ser fácil* [...]". (Begônia)

"*Não. Na minha casa teve até bom durante a pandemia. A gente orou junto. Pensamos mais na vida, cuidar um do outro* [...]". (Gérbera)

"*Sim. Meus filhos estão rebeldes* [...]". (Amarílis)

"*Eu vivenciei violência física, psicológica e emocional. A violência está relacionada com o isolamento. Meu pai me deu um tapa na cara recentemente* [...]*Porque assim, eu fiquei desempregada durante a pandemia e fui para casa dos meus pais e eles me cobravam ajuda financeira e me batiam. Meu irmão desligava o relógio de energia quando eu ia tomar banho*". (Camélia)

"*Ferro, me bateram, em casa. Afogamento com travesseiro, enforcamento. Foi o parceiro. Ele veio com o ferro no meu pescoço, depois do travesseiro, veio com a mão. Sempre no pescoço e chute também, né. De vez em quando fica agressivo. Eu não posso falar nada*". (Gardênia)

Resultados de pesquisas mostraram o aumento de risco de ocorrência de violência doméstica no decorrer da pandemia (USHER et al., 2020), achados também encontrados no nosso estudo, em que a partir dos relatos das participantes que estiveram expostas a violência durante a pandemia, 33% delas passaram a ser ofendidas por filho, pai e irmão, o que não ocorria anteriormente à pandemia. O registro de casos de violência doméstica nos serviços policiais ou serviços de ajuda elevaram mundialmente desde o começo da pandemia. Em Hubei, na China, a incidência de casos, em fevereiro de 2020, triplicou em relação ao mesmo mês do ano de 2019; na França houve um aumento de 30% e no Brasil foi estimada uma alta de 40% a 50% (CAMPBELL, 2020).

Das seis participantes que foram expostas à violência durante a pandemia, três não procuraram ajuda. Das três que buscaram, uma procurou ajuda da filha, uma do patrão do marido e de médico para o companheiro, e uma de médicos.

"*Não, do meu pai e meu irmão não denunciei. Eu só ameacei, mas eu não tinha pra onde ir, onde morar. Vivia trancada no quarto. Entrei em depressão".* (Camélia)

"Procuro minha filha mais velha. Ela está amigada e mora em frente à minha casa". (Amarílis)

"Já pedi ajuda para o patrão dele. No começo eles me ajudaram, mas depois….Eu agendei pra ele, aí ele foi no psiquiatra. Agendou muito rápido quando contei o caso dele. Receitou remédio e ele toma só o dia que cisma". (Lavanda)

"Sim, eu procuro médicos, falo tranquilamente. Eu sei que eu preciso, mas não consigo me libertar disso. Eu emagreci horrores por stress, tristeza… (Perpétua)

No período de isolamento social, recomendado para contenção da transmissão do novo coronavírus, os integrantes da família permaneceram um maior período de tempo juntos, crianças em tempo integral em casa, sobrecarga de trabalho para as mulheres, com tarefas domésticas, cuidados com os filhos e, às vezes, com os pais, auxílio nas atividades escolares das crianças, aumento do desemprego, o que acarretou geração de conflitos em muitas famílias, seja pelo aumento do tempo de convivência, aumento do consumo de substâncias como álcool e drogas e/ou por dificuldades financeiras. No grupo em estudo, como já vivenciavam violência antes da pandemia, a situação se manteve para a maioria.

É importante ressaltar que a violência contra a mulher tem um caráter histórico e cultural, fruto de desigualdades existentes entre homens e mulheres, sejam elas no âmbito público ou privado, em que a pandemia foi um fator agravante para o fenômeno e não a causa. O estado de confinamento e o estresse gerado por múltiplos fatores ocasionados pela pandemia aumentou ainda mais a incidência dos casos de violência contra a mulher, que sempre teve o ambiente doméstico como seu epicentro. Além do isolamento social como um fator agravante, a prestação de serviços nas áreas de saúde e assistência social passaram a restringir atendimentos, priorizando sua atenção aos casos de COVID-19, limitando o acesso das mulheres que vivenciam violência e agravando ainda mais a situação (IPEA, 2020).

Ainda assim, o número de denúncias aumentou significativamente na maioria dos países que recomendaram isolamento social, de acordo com a divulgação da ONU Mulheres (UNITED NATIONS WOMAN (UN WOMAN), 2020). Ao contrário, no Brasil, reduziram os registros de lesão corporal (10,9%), ameaça (16,8%), estupro (23,5%), estupros de vulneráveis (22,7%), mas aumentou a violência letal contra as mulheres em 0,8% nos homicídios dolosos e 1,2% nos registros de feminicídios no primeiro semestre de 2020 quando comparados ao mesmo período de 2019 (FBSP, 2020) o que sinalizou que as mulheres poderiam estar encontrando obstáculos para realizar a denúncia durante a pandemia. Já em 2021 houve uma queda de 2,4% no número de feminicídios registrados, em relação ao ano de 2020, mas um aumento de 3,7% nos registros de estupro de mulheres (FBSP, 2021). Vale refletir que nem sempre casos de feminicídios são

registrados como tal e que, o aumento nos registros de estupro pode ter relação com o retorno gradual dos atendimentos presenciais em serviços públicos, possibilitando as denúncias.

Em nosso estudo, no período da pandemia da COVID-19, as mulheres que vivenciaram violência não recorreram aos serviços de apoio, nem tampouco realizaram denúncia, comportamento este que condiz com o cenário brasileiro, ou seja, redução no registro dos casos de violência.

Estudo que analisou casos de violência contra a mulher divulgados pela mídia durante a pandemia apontou que as vítimas já vivenciavam violência antes da pandemia, e o consumo de álcool e drogas foram eleitos os responsáveis pela violência. Dos casos analisados no estudo mencionado, 36% resultaram em feminicídio, mostrando que estar restrita ao âmbito doméstico para se proteger da COVID-19 é contrária à proteção para violência de gênero (MENEGATTI et al., 2020). Na realidade, o uso de álcool e drogas são fatores precipitantes para a prática de violência, não podendo ser considerados como condicionantes para o fenômeno.

No Brasil foram mantidos os serviços de atendimento à mulher exposta à violência, implementadas campanhas para estimular a denúncia e a expansão de canais de atendimento (IPEA, 2020), entretanto, nosso país possui um perfil de mulheres expostas à violência que integram a classe menos favorecida economicamente e apresentam limitações do uso e acesso a celular e internet, com tendência a se apoiar nos serviços públicos, que neste período, priorizaram atendimento aos casos de COVID-19 (FBSP, 2020). Não bastasse isso, as mulheres enfrentaram outras barreiras para solicitar ajuda, pois estavam confinadas, algumas em constante vigília do agressor, sem privacidade para conversar com alguém, pedir ajuda ou denunciar.

A divulgação de informações consistentes e de fácil entendimento sobre o cenário pandêmico e os serviços disponíveis para mulheres expostas à violência são indispensáveis para permitir que elas procurem por ajuda e assim evite que o agressor utilize argumentos que possam inibir essa busca, tais como impedir que a mulher saia de casa ou frequente os serviços de saúde alegando as recomendações de isolamento, por exemplo (GUIMARÃES; ALVES JÚNIOR; MEDEIROS, 2021).

O estudo mostrou que, durante a pandemia, houve intensificação da violência em algumas famílias, porém metade das participantes não procurou por ajuda. O fato dos integrantes da família permanecerem um tempo maior em casa já torna um ambiente mais tumultuado e conflituoso, podendo predispor a mulher a situações violentas. Ademais, momentos de crise econômica, aumento de desemprego, dificuldades financeiras podem

disparar a violência e, além de todos os impactos ocasionados pela pandemia, no cenário mundial, a situação endêmica da violência contra a mulher também foi acentuada.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência se configura como violação dos direitos humanos, interfere na liberdade de expressão das pessoas e na convivência harmônica de casais, famílias, grupos e comunidades. Está presente no âmbito doméstico, em nosso cotidiano, nas ruas, na sobrevivência, no bem-estar, na identidade ou liberdade. Não se conhece sociedade em que as variadas formas de violência não aconteçam.

O estudo contou com mulheres expostas à violência com média de idade de 47 anos, maioria parda, todas manifestaram ser heterossexual, metade do grupo em estudo estava sem parceiro fixo e a outra metade estava em um relacionamento; maioria com ensino fundamental incompleto e não exerciam atividades remuneradas ou desempenhavam atividades laborais de baixa remuneração, reconhecendo que a violência possui relação com as iniquidades sociais.

As participantes consideraram como violência as agressões físicas, psicológicas e sexuais e se entenderam na condição de vítima durante os conflitos. Manifestaram seus conhecimentos acerca da violência ancorados nas representações sociais do senso comum, traduzidos por atitudes concretas de violência como tapa, enforcamento, estupro e xingamento. Reforçaram que as agressões verbais machucam mais que a física e que a gestação não é um fator protetor para a violência, pois quase metade delas vivenciaram violência enquanto estavam grávidas. O uso do álcool e o ciúme estão entre os principais motivos atribuídos pelas participantes para prática da violência entre pessoas próximas.

A representação da mulher sobre a rede de apoio disponível mostra fragilidade em relação aos serviços de saúde. O serviço policial, mesmo tendo sido o mais procurado, produziu a percepção de ineficácia. Percebeu-se que, a partir das fragilidades encontradas nos serviços e a ineficácia do apoio recebido, a família acabou sendo uma referência importante para a mulher, contudo, considerando questões culturais arraigadas no patriarcado, elas podem ser estimuladas a não se manifestar diante da violência, perpetuando ensinamentos tradicionais provenientes de gerações anteriores. Traz-se aqui a importância da abordagem da família para avanços nas questões culturais em busca da igualdade de gênero, pois a família é um dos principais núcleos na formação dos sujeitos e compõe a rede de apoio à mulher exposta à violência. Ações com o agressor também devem ser incluídas nas políticas públicas, pensando numa assistência integral.

Para atenuar a invisibilidade da violência contra a mulher no serviço de saúde é essencial capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde em relação à temática, legislação vigente, obrigatoriedade da notificação dos casos com registros adequados, acolhimento,

diagnóstico precoce, atendimento integral, acompanhamento, ações multiprofissionais e intersetoriais.

Os dados apresentados mostraram que, com relação às formas de enfrentamento à violência, as participantes mencionaram a importância da dedicação do casal, palestras educativas, formação de grupos e casas de apoio, punição do agressor, separação do companheiro e algumas não sabiam o que poderia ser feito. Possuem baixo conhecimento acerca da diferenciação entre prevenção e combate à violência e não conseguiram distinguir estas duas situações.

Intervenções para prevenção, redução da incidência e prevalência da violência contra a mulher irão contribuir de forma significativa para esta e outras gerações. Investir em ações contínuas e articuladas de prevenção à violência, ao longo do tempo, poderia realmente gerar mudanças de comportamento nos indivíduos, visto que a violência não afeta somente a mulher, mas a família e a sociedade.

O enfrentamento da violência vai muito além de trabalhar o fenômeno propriamente dito, ou a penalização do agressor, mas faz-se necessário buscar equidade social para a população feminina e agir sob fatores determinantes e condicionantes que envolvem a violência contra a mulher. Há também que se buscar ações efetivas para amenizar o problema, dentre elas a redução do consumo de álcool e drogas; controle da posse e porte de armas; condições adequadas de moradia; promoção da autonomia da mulher na sociedade, com mais oportunidades no mercado de trabalho; elaboração de políticas públicas que incentivem a educação; dispor de uma rede de apoio multiprofissional, intersetorial e interdisciplinar, pois somente o serviço de saúde atuando de forma isolada não seria suficiente.

O cenário pandêmico acabou expondo as mulheres, além da COVID-19, a outras fragilidades, dentre elas a acentuação da violência doméstica. O uso de tecnologias digitais pode facilitar o acesso das mulheres em situação de risco de violência aos serviços de atendimento e campanhas de prevenção. Contudo, nem todas as mulheres expostas à violência têm acesso à internet. Ações intersetoriais como a atuação conjunta dos serviços de saúde, assistência social, segurança pública e educação são relevantes. Instruções adequadas acerca da violência e de pandemias devem considerar as condições de acesso à informação do público alvo. Assim, é reforçada a importância do fortalecimento de políticas públicas voltadas a garantir investimentos na criação e acesso aos serviços de atendimento e proteção da mulher, bem como às ações de prevenção como o oferecimento de informações sobre a violência contra a mulher, adequadas ao contexto de cada região.

As representações sociais da violência para mulheres que vivenciaram o fenômeno, tanto no período da pandemia como antes, nos permitiram considerar que a violência é algo rotineiro na vida das mesmas e o contexto doméstico representa um local ameaçador. Demonstraram sentimentos de raiva, indignação, revolta, tristeza, humilhação, impotência e medo impactando em sua saúde e suas relações. Baseado no referencial teórico-metodológico utilizado no estudo foi possível se aproximar da realidade das participantes permitindo transformar algo distante em familiar, aprimorando a compreensão acerca da realidade.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.

ADJAH, E.; AGBEMAFLE, I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. **BMC Public Health**, v. 16, n.1, p.1-9, 2016.

AIZER, A.The gender wage gap and domestic violence. **American Economic Review**, v. 100, n. 4, p. 1847-59, 2010.

ALBUQUERQUE NETTO, L. Isolation of women in situation of violence by intimate partner: a social network condition. **Esc Anna Nery**, v. 21, n.1, p.1-8, 2017.

ALMEIDA Filho, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ARBOIT, J. et al. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, n. 03, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016113303207. Acesso em: 7 jan. 2018.

AZEVEDO, A. K. S.; DUTRA, E. M. S. Era uma vez uma história sem história: pensando o ser mulher no Nordeste. **Pesquisas e Práticas Psicosociais**, v. 14, n. 2, São João Del-Rei, 2019.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc Estado**, v. 29, n. 2, p. 449-69, 2014.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 352, 2015.

BAQUIÃO, L. S. M. et al. Influência da violência perpetrada por parceiro íntimo na prática do aleitamento materno. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em: < https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24493> Acesso em: 16 fev. 2022.

BARAGATTI, D. Y. et al. Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018.

BARROS, E. M. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 2, p. 591-598, 2016.

BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Violência por parceiro íntimo no relacionamento de mulheres e de usuários de unidades básicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

BARALDI, A. C. P. et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 307-318, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições, 2016.

BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Artmed, 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

BERNARDINO, Í. M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 4, p. 740–752, 2016.

BERTONI, L. M., GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., ASSIS, R. A. M., orgs. **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação**: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122.

BEZERRA, I. M. P. et al. Enfermeiro da estratégia saúde da família frente à violência conjugal: analisando o processo de trabalho em saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 67-74, 2012.

BLACK, M. C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 5, n. 5, p. 428–439, 2011.

BORBUREMA, T. L. R. et al. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p.1-13, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1460. Acesso em: 17 fev. 2022.

BORDONI, P. H. C. et al. Violência física contra mulheres: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) no contexto da COVID-19. **J Health Biol Sci**. v. 9, n.1, p. 1-8, 2021.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11ed. Rio de Janeiro, RJ: Bertran Brasil; 2012.

BOTT S. et al. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Rev Panam Salud Pública**, v. 43, e. 26, 2019. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50485. Acesso em: 21 fev. 2022.

BOYCE, S. C. et al. Associations of intimate partner violence with postnatal health practices in Bihar, India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.17, n.1, 2017.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado,1998.

_____. **Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: DF, 2003a.

_____. **Lei no 10.714, de 13 de agosto de 2003**. Autoriza o Poder Executivo disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. Brasília: DF, 2003b.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Portal da Legislação.** Brasília: DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 09 de abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf> Acesso em: 15 dez. 2020.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: *primary care assessment tool pcatool*. Brasília, 2010. 80 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Decreto nº. 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013**. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências, integrando a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2013b.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 13.104, de 09 de março de 2015. Dispõe o Feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. **Portal da Legislação.** Brasília: DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm. Acesso em 09 abr. 2018.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional**. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2014a.

_____. **Legislação da mulher**. 6.ed. Brasília. Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 1. ed. Brasília, 2014c.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica** – saúde da mulher. I. ed. Parte 7, p. 213-230, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017.

_____. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. **Mapa da Violência contra a Mulher 2018**. Brasília: Câmara de Deputados, 2018.

_____. Lei Nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2019.

_____. **Ligue 180**: Central de Atendimento à mulher. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/BalanoDisque180v21.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

BRITO FILHO, C. M. Violência de gênero: Feminicídio. **Cadernos de Direito**, Piracicaba, v. 17, n. 3, 2017.

BÜCHELE, M. L. C., PHILIPPI, J. M. S. Mapeamento da Violência Contra a Mulher em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Rede Feminista de Saúde**. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://redesaude.org.br/comunica/wp-content/uploads/2015/03/MAPEAMENTO-DA-VIOL%C3%8ANCIA-CONTRA-A-MULHER-EM-FLORIAN%C3%93POLIS.pdf>. Acesso em: 1 Jan. 2017.

CAMPBELL, A. M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. **Forensic science international**: reports, v. 2, 2020.

CANTOR, E.; SALAS, R.; TORRES, R. Femicide and Attempted Femicide before and during the COVID-19 Pandemic in Chile. **Int J Environ Res Public Health**. v. 19, n. 13, 2022.

CARLOS, D. M., et al. The care network of the families involved in family violence against children and adolescents: the Primary Health Care perspective. **J Clin Nurs**, v. 27, p. 2452-67, 2017.

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. **PCSVDF mulher**: pesquisa de condições socioeconômicas e violência doméstica e familiar contra a mulher. Violência doméstica, violência na gravidez e transmissão entre gerações. Relatório III - Primeira Onda – 2016. Fortaleza: UFC/IMP, 2017.

CAUS, E. C. M. et al. Estudo comparativo das notificações da violência contra a mulher antes e durante a pandemia do COVID-19 no Planalto Norte Catarinense. **Saúde e Meio Ambiente**: Revista Interdisciplinar, v. 10, p. 102–117. 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3442>. Acesso em: 11 out. 2022.

CAVALCANTI, G. M. B. et al. A violência contra a Mulher no Sistema Único de Saúde. **Rev Fun Care Online**, p. 146-154, 2020.

CERQUEIRA, D. et al. **Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha**. Ipea, FBSP, Brasília, 2015.

CERQUEIRA, D.; et al. **Atlas da Violência 2018**. Ipea, FBSP, Rio de Janeiro, p. 36-42, 2018.

CERQUEIRA, D.; et al. **Atlas da Violência 2019**. Ipea, FBSP, Brasília/Rio de Janeiro/São Paulo, 2019.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R.; PASINATO, W. **Participação no mercado de trabalho e violência doméstica contra as mulheres no Brasil**. Ipea, Rio de Janeiro, 2019.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAGAS, E. R.; OLIVEIRA, F.V.A.; MACENA, R. H. M. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de COVID-19. Ceará, 2014 a 2020. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 63-75, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W5qpBwDyPXgdSjDgttZwtSy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2022.

CHANDAN, J. S. et al. COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 6, 2020.

CHAVES, K. et al. Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n.1, 2019.

CHOI, A. W. M. et al. Intimate partner violence victims' acceptance and refusal of on-site counseling in emergency departments: Predictors of help-seeking behavior explored through a 5-year medical chart review. **Prev. Med**., v. 108, p. 86-92, 2018.

COLONESE, C. F.; PINTO, L. W. Análise das notificações de violência contra gestantes no Brasil no período de 2011 até 2018. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, 2022.

CRUZ, S. T. M. et al. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. **Psico-USF**, v. 22, n. 3, p. 555-567, 2017.

CUBELLS, J.; CASAMIGLIA, A. El repertorio del amor romántico y las condiciones de posibilidad para la violencia machista. **Universitas Psychologica**, v. 14, n.5, p. 1681-1694, 2015.

DAGORD, A. L. L. **Viva Maria:** dez anos. 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

DATASUS. **CID-10**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10. Acesso em: 12 abr. 2018.

_____. **Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violemg.def. Acesso em: 20 set. 2021.

DE FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ**., v. 13, n. 31, p. 287-99, 2009.

DELARA, M. Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. Ment. **Health Fam. Med**., v. 12, p.119-25, 2016.

DERRICK, J. L.; TESTA, M. Temporal effects of perpetrating or receiving intimate partner aggression on alcohol consumption: a daily diary study of community couples. **J Stud Alcohol Drug**, v. 78, n.2, p. 213-21, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554102/. Acesso em: 08 jul. 2018.

DIAS, L.; GAMBINI, R. **Outros 500**. Uma conversa sobre a alma brasileira. São Paulo: SENAC, 1999.

DOISE, W. **Direitos do homem e força das ideias**. Lisboa: Horizonte, 2002.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de Gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000. Tese (doutorado em medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med**, São Paulo, v. 92, n. 2, 2013.

DUARTE, M. C. et al. Gender and violence against women in nursing literature: a review. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 2, p. 325-32, 2015.

DUFFY, M. P.; SPERRY, L. **Overcoming mobbing**: a recovery guide for workplace aggression and bullying. New York: Oxford University Press, 2014.

DUTRA, M.L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica, **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

DUTRA, M. L.; VILLELA, W. V. O setor saúde e a configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Boletim Instituto Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 266-273, 2012.

ECHEBURÚA, E.; MONTALVO, J. **Celos en la pareja**: una emoción destructiva. Barcelona: Ariel, 2001.

ELPHINSTON, R.; NOLLER, P. Time to face it! Facebook intrusion and the implications for romantic jealousy and relationship satisfaction. Cyberpsychology, **Behavior, and Social Networking**, v.14, n.11, p. 631-635, 2011.

FARAH, M. F. S. **Gênero e políticas públicas**: iniciativas de governos subnacionais no Brasil. São Paulo: NPP/FGV-EAESP, 2002.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C. Notificação da Violência: Percepções de Operadores do Direito e Conselheiros Tutelares. **Psicol. ciênc. prof**., v. 36, n. 4, p. 907-920, 2016.

FARIA, J.; CASTRO, B. **Meu corpo não é seu** – desvendando a violência contra a mulher. THINK OLGA. Breve companhia/Ensaio, Companhia das Letras, 2014.

FEIJÓ, M. R. et al. Álcool e violência nas relações conjugais: um estudo qualitativo com casais. **Psicol Estud**, v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31556. Acesso em: 04 mar. 2022.

FERRARI, D. V. J. et al. Profile of pro-inflammatory cytokines in colostrum of nursing mothers at the extremes of reproductive age. **PLOS ONE**, v. 15, n. 6, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231882. Acesso em: 16 fev. 2022.

FERREIRA FILHO. A. B. Um breve olhar sobre imagem, representações sociais e saúde no Rio de Janeiro do fim do Império ao alvorecer da República. In NOVIKOFF, C. (org.). **Teoria das representações sociais**: caminhos metodológicos em pesquisas na/para formação de professores. São Paulo: Pontocom, p. 131-148, 2016.

FERREIRA, V. P. et al. Prevalência e fatores associados à violência sofrida em mulheres encarceradas por tráfico de drogas no estado do Pernambuco, Brasil: um estudo transversal, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2255-2264, 2014.

FRÍAS, S. M.; AGOFF, M. C. Between support and vulnerability: examining family support among women victims of intimate partner violence in Mexico. **J Fam Viol**. v. 30, n.3, p.277-91, 2015.

FUNARI, P. P. A. **Grécia e Roma**. São Paulo: Contexto, 2002.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível**: A vitimização de mulheres no Brasil. 2. ed. , São Paulo, 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Anuário brasileiro de segurança pública**. São Paulo, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Violência contra mulheres em 2021**. São Paulo, 2021.

GARCIA, L. P. et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência, 2001-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 1-11, 2016.

GARCIA-MORENO C. et al. The health-systems response to violence against women. **Lancet**, v. 385, p.1567-1579, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOICOLEA, I. et al. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. **Gac. Sanit**., v. 33, n. 2, p. 169-176, 2019. Disponível em: < https://doi. org/10.1016/j.gaceta.2017.10.005>. Acesso em: 21 dez. 2020.

GOMES, M. P.; ERDMANN, A. L. Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 1, p.76-84, 2017.

GRIFFIN, K. "Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 2, p. 304-11, 2013.

GUIMARÃES, S. S.; ALVES JÚNIOR, R. T.; MEDEIROS, M. N. Isolamento social, proteção à saúde e risco para violência durante a pandemia de COVID-19. **Psicol. argum**, p. 364-383, 2021.

GOMES, N. P. et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Rev salud pública**, v. 17, n. 6, p. 823-35, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a01.pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

GUIMARÃES, R. C. S. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Rev Cuid**., v. 9, n.1, p.1988-97, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438. Acesso em: 10 mar. 2022.

HARASEMIUC, V. A.; BERNAL, J. R. D. Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, v. 59, n. 232, p. 361-371, 2013.

HASSE, M. **Violência de gênero contra as mulheres**: Em busca da produção de um cuidado integral. 2016. 281 p. Tese (doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Revista Brasileira de Histórias & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 3-8, 2009.

HIRIGOYEN, M. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Muzambinho**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/muzambinho/panorama. Acesso em: 26 mar. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Tolerância social para a violência contra as mulheres**. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília, 2020. Disponível em: <http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf>. Acesso em: 07 maio 2020.

_____. **Políticas públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da COVID-19**: ações presentes, ausentes e recomendadas. Nota Técnica, 2020.

ISLAM, M. D. et al. Explorando a influência de fatores psicossociais no aleitamento materno exclusivo em Bangladesh. **Arquivos de saúde mental da mulher**, v. 20, n. 1, pág. 173-188, 2017.

JODELET, D. (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, p. 17-44.

_____. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: _____. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993. Disponível em: http://portaladm.estacio.br. Acesso em: 30 maio 2013.

JOFFER, S.; RODRIGUES, R. **Violência contra mulher:** uma expressão da questão social em evidência. Londrina, 2015.

KJERULFF MADSEN, F. et al. Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: A cohort study. **PLOS ONE**, v. 14, n.6, 2019.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2013.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.16, n. 3, 2011.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, 2007.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

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

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A**. Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 14, p. 595-604, 2009.

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

LEITE, F. M. C. et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, 2019a.

LEITE, F. M. C. et al. Implicações para o feto e recém-nascido da violência durante a gestação: revisão sistemática. **J Res Fundam Care Online**, v. 11(spec.), p. 533-539, 2019b.

LETTIERE, A. **A rede de atenção à mulher em situação de violência sob a perspectiva do pensamento complexo**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2015. Disponível em: < https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32977 >. Acesso em: 22 set. 2020.

MACHADO, M. E. S. et al. Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo. **Online braz. j. nursing**, v. 16, n. 1, p. 209-217, 2017.

MATOS, M.; PARADIS, C. G. Desafios à despatriarcalização do Estado brasileiro. **Cadernos Pagu**, n. 43, p. 57-118, 2014.

MARTIN-DE-LAS-HERAS, S. et al. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.126, n.6, p.778–783, 2019.

MCGUIRE, S. World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant, and young child nutrition. Geneva, Switzerland, 2014. **Advances in Nutrition**, v. 6, n.1, p. 134–135, 2015.

MELO, B. D. et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. 2020.

MELO A. G.; PEDERIVA, R. Violência contra a mulher: a permanência da mulher na relação violenta após a denúncia e a retirada da queixa. **Unoesc & Ciênc** – ACBS, v. 7, n. 2, p. 221-8, 2016. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/11757/pdf. Acesso em: 09 set. 2018.

MENEGATTI, M. S. et al. Retratos da violência doméstica de gênero na pandemia da COVID-19. **Comunicação & Inovação**, v. 21, n. 47, p. 158-175, 2020.

MENEZES, P. R. M. et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 778-786, 2014.

MINAYO, M. C. S**.** Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.

_____. Violência e saúde. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Introdução à metodologia das ciências sociais. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2010.

_____. Violência e educação: impactos e tendências. **Rev. Pedagógica**, v. 15, n. 33, p. 249-264, 2013.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MINAYO, M. C. S., COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, p.139-153, 2018.

MORAES, C. L. et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: Contribuições para o seu enfrentamento. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 25, [suplemento 2], 2020.

MOREIRA, G. A. R. et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 3, p. 327-36, 2015. Disponível em: http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3877/pdf. Acesso em: 22 jun. 2021.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Representações sociais**: investigação em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.

MUNIZ, C. R.; LEUGI, G. B.; ALVES, A. M. Mulheres no sistema prisional: Por que e como compreender suas histórias. **RP3 Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2017. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/12449/10873. Acesso em: 23 set. 2020.

MURTA, S. G.; PARADA, P. O. Término de relacionamentos íntimos violentos: uma revisão da literatura. **Psicologia USP**, v. 32, 2021.

MUZAMBINHO. **Prefeitura Municipal de Muzambinho**. Disponível em: https://www.muzambinho.mg.gov.br/conheca-a-cidade/dados-estatsticos-ibge. Acesso em: 18 maio 2019.

MYDIN, F. H. M.; OTHMAN, S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia. **J. Interpers. Violence**, p. 1-26, 2017.

NAÇÕES UNIDAS. **Chefe da ONU alerta para aumento da violência doméstica em meio à pandemia do coronavírus**. Disponível em: https://nacoesunidas.org/chefe-da-onu-alerta-para-aumento-da-violenciadomestica-em-meio-a-pandemia-do-coronavirus/amp/. Acesso em: 09 jun. 2021.

NASCIMENTO, V. F. et al. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 15-22, 2019.

NETTO, A. A. O. **Metodologia da pesquisa científica**: guia prático para apresentação de trabalhos acadêmicos. 2. ed. Florianópolis: Visual Books, 2006.

NETTO, L. A. et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 15, p.135-42, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0135.pdf. Acesso em: 03 jun. 2017.

NORMAN, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse and neglect: a systematic review and metaanalysis. **Plos Medicine**, v. 9, n. 11, 2012.

NORMANN, A. K. et al. Intimate partner violence and breastfeeding: A systematic review. **BMJ Open**, v. 10, n.10, 2020.

NOVIKOFF, C. Dimensões Novikoff: um constructo para o ensino-aprendizado da pesquisa. In ROCHA, J. G.; NOVIKOFF, C. (orgs.). **Desafios da práxis educacional à promoção humana na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Espalhafato Comunicação, p. 211-242, 2006.

OLIVEIRA, A. M. N. et al. Percepção dos profissionais de saúde frente às intervenções primárias: prevenindo a violência intrafamiliar. **Rev Texto e Contexto Enferm**, v.24, n. 2, p. 424-311, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24- 02-00424.pdf. Acesso em: 30 out. 18.

OLIVEIRA, A. N. S; CARVALHO, E. C; ROSSI, L. A. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.14, n. 1, p. 986-992, 2015. Disponível em: < http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>. Acesso em: 31 mar. 2018.

OLIVEIRA, C. S.; DELZIOVO, C. R.; LACERDA, J. T. (org.). **Redes de atenção à violência**. Florianópolis: UFSC, 2014.

OLIVEIRA, P. P. et al. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto Contexto Enferm**., v. 24, n. 1, p. 196-203, 2015.
ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. Genebra: ONU, 1979.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Belém do Pará, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre prevenção da violência 2014**. Washington DC: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Violencia contra la mulher**: un tema de salud prioritario. Washington D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

_____. **Género, Salud y Desarrollo em las américas**: indicadores básicos 2016. Washington, 2016.

_____. **Folha Informativa** - Violência contra as mulheres. Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-

informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820#:~:text=Estimativas%20globais%20publicadas%20pela%20OMS,de%20viol%C3%AAncia%20infligida%20por%20parceiros>. Acesso em: 4 set. 2020.

_____. **Quase 60% das mulheres em países das Américas sofrem violencia por parte de seus parceiros**. Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5812:quase-60-das-mulheres-em-paises-das-americas-sofrem-violencia-por-parte-de-seus-parceiros&Itemid=820. Acesso em: 8 set. 2020.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violence among female users of health units: prevalence, perspective and conduct of managers and profissional. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 351-8, 2012.

OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p.701-13, São Paulo, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11551/13481. Acesso em: 11 maio 2020.

PALHONI, A. R. G., AMARAL, M. A.; PENNA, C. M. M. Representations of violence against women and its relationship to their quality of life. **Online braz j nurs**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2014. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4286/html_107. Acesso em: 31 jul. 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Centers for Disease Control and Prevention. **Violence Against in Latin America and the Caribbean**: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: PAHO; 2012. Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

PASINATO, W. **Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte**. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2012.

PELLEGRINI, P. G.; TOLFO, S. R.; MORÉ, C. L. O. O. Assédio moral no trabalho, aposentadoria e dinâmica familiar: repercussões percebidas pelo casal. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 22, n. 1, p. 29-39, 2021.

PIRES, V. M. M. M. et al. Violência por parceiro íntimo em abuso de álcool perpetrada contra mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 45, 2019.

PNUD – PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. **Los impactos económicos del Covid-19 y las desigualdades de género**: recomendaciones y lineamentos de políticas públicas. Nota Técnica, 2020.

PORTO, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.17, n.2, 2012.

PORTO, M. S. G. Crenças, valores e representações sociais da violência. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 16, p. 250-273, 2006.

PORTO, M.S.G. A violência, entre práticas e representações sociais: uma trajetória de pesquisa. **Soc. Estado**, v. 30, n.1, p. 19-37, 2015.

PORTO, R. T. S.; BISPO JÚNIOR, J. P.; LIMA, E. C. Violência doméstica e sexual no âmbito da ESF: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.215-53.

RAFAEL, R. M.R.; MOURA, A. T. M. S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 287-90, 2013.

RAMPIN, T. T. D. Mulher e sistema penitenciário: a institucionalização da violência de gênero. In: BORGES, P. C. C. (org.) **Sistema Penal e Gênero**: tópicos para emancipação feminina. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p. 29-64.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações Sociais: teoria, procedimentos metodológicos, e educação ambiental. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RIBEIRO, M. R. C., et al. Recurrent Violence, Violence with Complications, and Intimate Partner Violence Against Pregnant Women and Breastfeeding Duration. **J Womens Health**, v. 30, n. 7, p. 979-989, 2021.

RODRIGUES, E. A. S. et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 55-66, 2018.

RODRÍGUEZ-BLANES, G. M. et al. Detection of intimate partner violence in primary care and related factors. **Gac. Sanit**., v. 31, n. 5, p. 410-415, 2017.

ROSA, D. O. A. et al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 67-80, 2018.

SAFFIOTI, H. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu,** v.16, p. 115-36, 2001.

_____. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. **Gênero patriarcado violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

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

SANTOS, A. C.; SANTOS, M. L. M.; NASCIMENTO, D. D. G. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. **Saúde Redes**, p. 21-30, 2015.

SANTOS, C. M. Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, 2015.

SANTOS, I. B. et al. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1935-1946, 2020.

SANTOS, R. G., et al. Violência contra a Mulher a partir das teorias de gênero. **Rev Psicol**, v.13, n. 44, p. 97-117, 2019. Disponível em: <https:// idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1476>. Acesso em: 24 maio 2021.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Caderno de apoio**: atenção à saúde da pessoa em situação de violência. São Paulo: SMS, 2016. 52p

SCHEK, G. et al. Os profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceptuais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 780-785, 2016.

SCHERER, Z. A. P. et al. Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI): a construção de sabers e práticas. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n.1, p. 60-65, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702008000100010. Acesso em: 31 jan. 2022.

SCHERER, Z. A. P. **Mulheres aprisionadas**: representações sociais de violência. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SCHERER, Z. A. P. et al. Freedom-deprived women: social representations of prison, violence, and their consequences. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 73, n.3, 2020.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra a Mulher: Interfaces com a Saúde. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde às mulheres em situação de violência doméstica**. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões, 2003.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 104-113, 2001.

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

SCHRAIBER, L. B; OLIVEIRA, A. F. P. L; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 205-216, 2009. Supplement. 2.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social**, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.

SEBALDELI, A. C. G.; IGNOTTI, E.; HARTWIG, S. V. Violência contra a mulher em uma cidade da fronteira do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: Cengage Learnig, 2010.

SEMAHEGN, A.; MENGISTIE, B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. **Reproductive Health**, v. 12, n. 78, 2015.

SEN, S.; BOLSOY, N. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. **BMC Womens Health**, v. 17, n.1, 2017.

SHARMA, I. Violence against women: Where are the solutions? **Indian J. Psychiatry**. v. 57, n. 2, p. 131-139, 2015.

SILVA, I. A. Prefácio. In: FABBRO, M. E. C.; MONTRONE, A. V. G. **Enfermagem em saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Senc Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3523–3532, 2015.

SILVA, S. A. et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. v. 25, n. 2, p. 182-186, 2015a.

SILVA, C. D. et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 22-29, 2015b.

SILVA, C. D. et al. Violência contra a mulher: agressores usuários de drogas ilícitas. **Rev pesqui cui fundam**, v. 7, n. 2, p. 2494-504, 2015c. Disponível em: http://www.index-f.com/pesquisa/2015/72494.php. Acesso em: 23 jun. 2021.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015.

SILVA, J. A.; SALES, L. C. Representações sociais do meio ambiente construídas por alunos de 8º série do ensino fundamental. **Linguagens, Educação e Sociedade**, v. 5, n. 5, p.11-23, 2000.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB). Disponível em : <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. Acesso em: 21 out. 2022.

SORBO, M. F. et al. Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: Results from a large prospective cohort in Norway. **BMJ Open**, v.5, n. 12, 2015.

SOUSA, A. R. et al. Violência conjugal: discursos de mulheres e homens envolvidos em processo criminal. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 22, n. 1, p.1-7, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8VFp5db8mBWFt9vJcwg38VM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SOUZA, M. C. et al. **A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha.** Portal Âmbito Jurídico, 2014. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874>. Acesso em: 17 jan. 2014.

SOUZA C. S. et al. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 80-93, 2015.

SOUZA, E.G. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. **Saúde Debate**, v. 42, n. 4, p. 13-29, 2018.

TANAKA, T.; OKAMOTO, S. Aumento do suicídio após um declínio inicial durante a pandemia de COVID-19 no Japão. **Nat. Zumbir**. **Comportamento** , v. 5 , p. 229-238, 2021.

TARDIN, J. M. Cultura camponesa. In: CALDART, R. et al. (org.). **Dicionário da educação do campo.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Expressão Popular, 2012.

TAVARES, M. S. Roda de Conversa: denúncias sobre a lei Maria da Penha e descrenças na justiça, **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n.2, 2015.

TELES, M. A. A; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

YAKUBOVICH, A. R., et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective– longitudinal studies. **Am J Public Health**, v. 108, n.7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>. Acesso em: 23 fev. 2022.

UNITED NATIONS (UN). **Report of the world conference of the international women's year**. New York: United Nations, 1976.

_____. **The shadow pandemic: violence against woman ang girls and covid-19**, 2020. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>. Acesso em: 07 jun. 2021.

USHER, K. et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 29, p. 549–552, 2020.

VALVERDE, E. M. P. et al. Creencias sobre el amor romántico de víctimas y agresores en casos de violencia de género. **Apuntes de Psicología**, v. 37, n. 1, p. 47-52, 2019.

VASCONCELOS, N. M. et al. Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

VELOSO, M. M. X. et al. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017.

VIANA, N. **Senso comum, representações sociais e representações do cotidiano**. Bauru: Edusc, 2008.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 60, p. 51-62, 2017.

VIEIRA, L. B. et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, 2014.

VIEIRA, L. B. et al. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, p. 410-414, 2011.

VIEIRA, L. B. et al. Intencionalidade de mulheres que decidem denunciar situações de violência. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.3, p.423-429, 2012.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2010**. Anatomia dos Homicídios no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2010.

_____. **Mapa da Violência 2012. Atualização:** Homicídio de Mulheres no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2012.

_____. **Mapa da Violência 2015**: Homicídio de Mulheres no Brasil. 2015. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br. Acesso em: 10 de abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the World Health Report on Violence and Health**'. Geneva: WHO, 2004.

_____. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: World Health Organization; 2005.

_____. **Manual for estimating the economic costs of injuries due to interpersonal and selfdirected violence**. Geneva: World Health Organization; 2008.

_____. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women**: WHO clinical and policy guidelines. Genebra: WHO; 2013.

ZANCAN, N.; HABIGZANG, L. F. Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. **Psico-USF**, v. 23, n. 2, p. 253-265, Bragança Paulista, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro Entrevista (Parte I)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
ID (identificação numérica do instrumento): **Data Entrevista:** **Idade (em anos completos): _____.** **Raça/Cor :** Branca [ ] Preta [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena [ ] Ignorado [ ] **Naturalidade:_____.** **Escolaridade**: Analfabeto [ ] EF incompleto [ ] EF completo [ ] EM incompleto [ ] EM completo [ ] ES incompleto [ ] ES completo [ ] Ignorado [ ] Não se aplica [ ] **Ocupação: _____.** **Situação Conjugal / Estado civil:** Solteiro [ ] Casado/União consensual [ ] Viúvo(a) [ ] Separado(a) [ ] Não se aplica[ ] Ignorado [ ] **Orientação Sexual:** Heterossexual [ ] Homossexual (gay/lésbica) [ ] Bissexual [ ] Não se aplica[ ] Ignorado [ ] **Identidade de Gênero:** Travesti [ ] Mulher Transexual [ ] Homem Transexual [ ] Não se aplica[ ] Ignorado [ ] **Município de Residência:_____.** **Gestante quando ocorreu a Violência?:** 1ºTrimestre [ ] 2ºTrimestre [ ] 3ºTrimestre [ ] Idade gestacional ignorada [ ] Não [ ] Não se aplica [ ] Ignorado[ ]

Roteiro da Entrevista (Parte II)

1- O que é violência para você? *(o entrevistador deve notar que atos o informante identifica como sendo violência)*
2- Na sua opinião existem diferentes formas de violência? Quais são? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas natureza dos atos violentos apresentando quatro modalidades de abusos: físicos, sexuais, psicológicos e negligência ou abandono)*
3- Qual foi a violência que você sofreu? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas abusos físicos, sexuais, psicológicos e negligência ou abandono)*
4- Quem foi o agressor(a)? *(o entrevistador deve notar se são mencionados integrantes da família, identificando grau de parentesco e intensidade do relacionamento; conhecidos e estranhos, identificando intensidade do relacionamento)*

5- Foi a primeira vez que você foi agredida? *(o entrevistador deve notar se se trata de violência sofrida; dentro ou fora do domicílio; quais pessoas estavam presentes, próximas ou não)*
6- Você já foi vítima de outros tipos de violência? *(o entrevistador deve notar se se trata de violência sofrida dentro ou fora do domicílio; quais pessoas estavam presentes, próximas ou não)*
7- Qual foi o seu sentimento ao ser agredida? *(o entrevistador deve notar se são manifestados sentimentos de raiva, medo, tristeza, conformismo e outros)*
8- Você conhece serviços de apoio a mulher em situação de violência no seu município?
(o entrevistador deve observar se são apontados serviços como DDM, serviços de saúde, assistência social, centro de referência, casa de apoio, entre outros)
9- Você procurou ajuda? De quem? Onde? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas busca de suporte de família, amigos e comunidade, além de serviços de saúde, assistência social e jurídico)*
10- Quais foram os encaminhamentos sugeridos? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas serviços de atendimento e apoio na área da saúde, assistência social e jurídica)*
11- O que buscou ou fez do que foi sugerido depois do atendimento? *(o entrevistador deve notar se buscou serviços de atendimento e apoio na área da saúde, assistência social e jurídica)*
12- Os atendimentos recebidos atenderam suas necessidades? S/N. Por que?
(o entrevistador deve analisar que tipo de apoio pode atender as necessidades da entrevistada)
13- Durante o período de isolamento social, em virtude da pandemia da COVID-19, você vivenciou alguma forma de violência? Se sim, como foi?
(o entrevistador deve analisar se neste período a violência se iniciou, manteve ou se agravou)
14- Em caso afirmativo, qual o motivo acredita que desencadeou a violência?
(o entrevistador deve observar se há relatos de uso de álcool e drogas, problemas financeiros, estresse, aumento da convivência com o agressor como fatores agravantes)
15- Neste período procurou ajuda? Se sim, onde?
(o entrevistador deve atentar se a participante teve limitação de acesso ao serviços ou aos meios de comunicação)
16- Na sua opinião, o que leva as mulheres que vivenciam a violência a não denunciar ou manter-se na relação?
(o entrevistador deve notar se são mencionadas características pessoais, razões transgeracionais, fatores do meio social ou questões culturais)
17- Você conhece alguma forma de proteção à mulher em situação de violência?
18- Você sabe o que acontece com o agressor?
19- Na sua opinião, que motivos podem explicar a ocorrência de violência entre pessoas próximas? *(o entrevistador deve começar a direcionar a entrevista para a violência doméstica contra a mulher)*
20- Na sua opinião, como podemos explicar a violência que existe na vida de casais? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas características pessoais, razões transgeracionais, fatores do meio social ou questões culturais)*
21- Na sua opinião, o que poderia ser feito para combater fenômenos como o da violência doméstica contra mulheres? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas mudanças de comportamento e atitudes da potencial vítima frente ao agressor (evitar contato, confrontar, enfrentar, fazer denúncia, buscar ajuda de outras pessoas ou serviços (saúde, legal)*
22- Na sua opinião, o que poderia ser feito para prevenir ou reduzir os casos de violência doméstica contra mulheres? *(o entrevistador deve notar se são mencionadas a busca de ajuda da família, amigos e de profissionais da saúde e da lei; se sugere fazer denúncias; se sugere mudanças de comportamento e atitudes na educação dos filhos em casa, escola e sociedade (ensino das questões de diferenças de gênero e de direitos humanos)*

23- Há algo mais que gostaria de acrescentar? *(o entrevistador deve fazer uma pausa longa antes da próxima questão)*
24- Tem alguma pergunta que gostaria de fazer? *(o entrevistador deve agradecer e terminar a entrevista considerando a possibilidade de a pessoa pretender apoio ou ter dúvidas mais tarde).*

APÊNDICE B - Guia de Serviços Públicos do Município de Muzambinho

TELEFONES PARA SOLICITAR ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA 180 – Central de Atendimento à mulher 190 –Polícia Militar 192 - Disque Pronto Socorro – Ambulância 193 – Corpo de Bombeiros
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Secretaria Municipal de Ação Social Endereço: R. Sete de Setembro, Número 1174 – Centro Telefone: (35) 3571-2277
SERVIÇOS DE SEGURANÇA **Delegacia de Polícia** Rua Francisco Marques Almeida, 401 Telefone: (35) 3571-1597
SERVIÇOS DE JUSTIÇA - Ministério Público do Estado de Minas Gerais **Promotoria de Justiça de Muzambinho** Rua Aparecida, 99 , Centro Tel: (35) 3571-1377
SERVIÇOS DE SAÚDE PSF Anápolis Rua Francisco Leonardo Cerávolo - 86, Jardim Anápolis (35) 3571-2612 PSF Barra Funda Rua Rua Cesário Alvim, 128 – Centro (35) 3571-1355 PSF Bela Vista Rua Cónego Esaú, 116, – Centro (35) 3571-1150 PSF COHAB Rua Carajás, 537, Cohab (35) 3571-2466

PSF Vila Lima
Rua Venâncio Dias, 59 – Jardim Paraíso
(35) 3571-1252

Centro Municipal de Saúde Dona Itália Franco
Rua Dick Prado, 1, Centro
(35) 3571-3603

Posto de Saúde Amadeu de Almeida Lima (Apoio Psicossocial)
Praca Alvaro Martins De Oliveira, 800, Alto do Anjo
(35) 3571-3444

Santa Casa Misericórdia
R. Aristides Coimbra, 10 - Centro
(35) 3571-1122

APÊNDICE C – Autorização da Pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Muzambinho, 11 maio de 2021.

Ilustrissima Senhora:
CIRLENE ADRIANA MARQUES LÁZARO
Secretária Municipal de Saúde de Muzambinho

Estamos propondo a realização de uma pesquisa intitulada "**Representações sociais da violência doméstica contra a mulher atendidas no setor de saúde**" de autoria das pesquisadoras Prof. Zeyne Alves Pires Scherer, Enfermeira e Professora Associada da EERP/USP e Larissa Sales Martins Baquião, Enfermeira e doutoranda pela EERP/USP.

O trabalho, ora apresentado, encontra relevância ao trazer dados referentes aos casos de violência contra a mulher no município de Muzambinho e podem servir como base para propor estratégias condizentes com as necessidades das mulheres e que estejam ao alcance dos profissionais e serviços de saúde, programas de cooperação entre setores da sociedade como serviços de saúde, escolas, locais de trabalho, organizações não governamentais e sistemas de justiça criminal.

Solicitamos à V. Sa. autorização para coleta de dados, necessitando de acesso a dados secundários do Setor da Vigilância Epidemiológica, SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para seleção e recrutamento das participantes da pesquisa e, caso haja consentimento por escrito das mesmas, acesso aos prontuários.

Ressaltamos que após a autorização desta Secretaria, o projeto será encaminhado para análise e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e somente após aprovação do mesmo a coleta de dados será iniciada, seguindo os preceitos éticos da pesquisa e sempre garantindo o sigilo de identidade das participantes conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Ressaltamos que esta secretaria não terá nenhuma despesa com relação à pesquisa.

Na expectativa da pronta acolhida a nossa solicitação, agradecemos antecipadamente, reiterando votos de estima e consideração e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Cirlene Adriana Marques Lázaro
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Enf. Ma. Larissa Sales M. Baquião

Prof. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer

APÊNDICE D – Autorização para uso das instalações das USFs/UBS

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DAS INSTALAÇÕES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Muzambinho, 12 agosto de 2021.

Ilustrissima Senhora:
Lucineide Aparecida Rosa Queiroz
Coordenadora Municipal da Estratégia de Saúde da Familia

Solicito autorização para o uso de sala das unidades básicas de saúde para realização de pesquisa intitulada "**Representações sociais da violência doméstica contra a mulher atendidas no setor de saúde**", a qual terá como atividades entrevista individual e grupo focal. Estas atividades ocorrerão em datas e horários previamente acordados com o representante da instituição, evitando interferência na rotina dos serviços realizados. Será necessária a utilização de uma sala com cadeiras.

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e só será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo os preceitos éticos da pesquisa e sempre garantindo o sigilo de identidade das participantes conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Considerando a pandemia da COVID-19 e a importância de evitar a propagação da doença, as entrevistas e grupo focal serão realizados respeitando o distanciamento de um metro e meio entre participantes e pesquisador, uso obrigatório de máscara de proteção facial, utilização e disponibilização de álcool em gel 70% para higienização das mãos. O grupo focal terá número limitado de participantes. As participantes também serão comunicadas que, caso na data agendada para entrevista ou grupo focal, apresente sintomas gripais, sua presença deverá ser reagendada.

Ressalto que este departamento não terá nehuma despesa com relação à pesquisa.

Na expectativa da pronta acolhida a solicitação, agradeço antecipadamente, reiterando votos de estima e consideração e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Ciente e De acordo

Enf. Ma. Larissa Sales M. Baquião

Lucineide A. Rosa Queiroz
COORDENADORA ESF

12/Agosto/2021

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DAS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE

Muzambinho, 07 agosto de 2021.

Ilustríssimo Senhor:
João Amaro Vieira Filho
Coordenador do Posto de Saúde Amadeu de Almeida Lima

Solicito autorização para o uso de sala da unidade básica de saúde para realização de pesquisa intitulada "**Representações sociais da violência doméstica contra a mulher atendidas no setor de saúde**", a qual terá como atividades entrevista individual e grupo focal. Estas atividades ocorrerão em datas e horários previamente acordados com o representante da instituição, evitando interferência na rotina dos serviços realizados. Será necessária a utilização de uma sala com cadeiras.

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo os preceitos éticos da pesquisa e sempre garantindo o sigilo de identidade das participantes conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Considerando a pandemia da COVID-19 e a importância de evitar a propagação da doença, as entrevistas e grupo focal serão realizados respeitando o distanciamento de um metro e meio entre participantes e pesquisador, uso obrigatório de máscara de proteção facial, utilização e disponibilização de álcool em gel 70% para higienização das mãos. O grupo focal terá número limitado de participantes. As participantes também serão comunicadas que, caso na data agendada para entrevista ou grupo focal, apresente sintomas gripais, sua presença deverá ser reagendada.

Ressalto que este departamento não terá nehuma despesa com relação à pesquisa.

Na expectativa da pronta acolhida a solicitação, agradeço antecipadamente, reiterando votos de estima e consideração e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Enf. Ma. Larissa Sales M. Baquião

Ciente.
07/10/2021. João V.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde", que tem como pesquisadora responsável Larissa Sales Martins Baquião, aluna do programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob orientação da Profª. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer. O objetivo desta pesquisa é descrever o conhecimento que mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde do município de Muzambinho têm sobre violência. Assim, pretendemos conhecer um pouco da história de mulheres vítimas de violência doméstica e a opinião sobre a violência contra a mulher. Para a sua seleção foram analisados os casos notificados, suspeitos ou confirmados de violência doméstica contra a mulher, registrados no banco de dados da Secretaria de Saúde no período de 2016 a 2020.

Sua participação é totalmente voluntária e se fará através da aplicação de uma entrevista individual com duração aproximada de 60 minutos, com questões sobre seu conhecimento sobre a violência doméstica. Você também será convidada a participar de um grupo onde vocês mulheres poderão trocar ideias e opiniões sobre a violência contra a mulher. Estão previstos dois encontros com duração de 60 minutos cada um deles. A entrevista e o grupo serão realizados pela pesquisadora e dois integrantes da equipe de pesquisa, em uma sala do serviço de saúde. Serão gravados em áudio, sem sua identificação, e depois transcritos pela pesquisadora. Os áudios serão então apagados.

Sua participação contribuirá com a atualização de dados sobre a violência doméstica contra a mulher no município de Muzambinho. Pode servir, ainda, como base para criar programas em serviços de saúde, escolas e locais de trabalho. Você também poderá se beneficiar ao participar deste momento de debate, reflexão e troca de informações acerca da violência doméstica.

Esclarecemos que, participando desta pesquisa, você poderá lembrar-se de fatos desagradáveis, experiências ruins que podem ter ocorrido em sua vida, podendo se sentir triste e angustiada. Caso sinta que precisa conversar sobre isso, me coloco disponível para ouvir e auxiliar a buscar atendimento no serviço público, caso seja necessário.

Você pode se recusar a participar da pesquisa, ou mesmo desistir, a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer penalidade ou prejuízo à sua pessoa. Caso aceite participar,

assumimos o compromisso de manter sigilo sobre sua identidade, e as informações fornecidas serão utilizadas em conjunto, somente para fins de pesquisa e divulgados em revistas e eventos científicos, sempre garantindo o sigilo dos participantes.

Não há nenhum custo financeiro para sua participação na pesquisa e também não há qualquer forma de remuneração. Caso tenha despesas com transporte, para participar da pesquisa, você será ressarcida. Esclareço ainda, a garantia de indenização, conforme as leis vigentes no país, caso haja qualquer ou eventual dano decorrente da participação na pesquisa.

Considerando a pandemia da COVID-19 e a importância de evitar a propagação da doença, as entrevistas e grupo focal serão realizados respeitando o distanciamento de um metro e meio entre participantes e pesquisadores, uso obrigatório de máscara de proteção facial, utilização e disponibilização de álcool em gel 70% para higienização das mãos. O grupo focal será realizado com a presença de até cinco participantes.

Também lhe será garantido o direito a resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados com a pesquisa pela pesquisadora responsável, Larissa Sales Martins Baquião, pelo e-mail larissamartins@usp.br ou pelo telefone 35 999224752. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante da pesquisa. Caso você queira apresentar reclamações ou tirar eventuais dúvidas sobre questões éticas da pesquisa, contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem (EERP-USP), situado na Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto - SP–Brasil, CEP: 14040-902, telefone (16) 3315 9197. Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, das 10h às 12h e das 14h às 16h.

Esse termo é assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará com você e a outra com a responsável pela pesquisa.

Li e concordo participar da pesquisa.

Muzambinho, ____ de _____de _____.

_____ _____

Participante Pesquisadora responsável

ANEXO

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ofício CEP-EERP/USP nº 0248/2021, de 20/09/2021

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** "*ad referendum*" pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 17 de setembro de 2021.

Protocolo CAAE: 47712921.6.0000.5393

Projeto: Representações sociais da violência doméstica contra mulheres atendidas no setor de saúde

Pesquisadores: Larissa Sales Martins Baquião (doutorado)
Zeyne Alves Pires Scherer (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.
Profª. Drª. Zeyne Alves Pires Scherer
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP